

**Tesis Doctoral Europea**



**VARIABLES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ALUMNADO PARTICIPANTE  
EN PROGRAMAS UNIVERSITARIOS DE MAYORES**

**Presentada por:**

**D. Alfonso Javier García González**

**Dirigida por:**

**Dr. D. Manuel Marín Sánchez  
Dra. Dña. Yolanda Troyano Rodríguez**



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
Departamento de Psicología Social

**Tesis Doctoral-Doctor Europeus**

**VARIABLES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL  
ALUMNADO PARTICIPANTE EN PROGRAMAS UNIVERSITARIOS DE MAYORES**

Autor:

**D. Alfonso Javier García González**

Directores:

**Dr. D. Manuel Marín Sánchez**  
**Dra. Dña. Yolanda Troyano Rodríguez**

UNIVERSIDAD DE SEVILLA



**D. Manuel Marín Sánchez**, Catedrático de Psicología Social, del Departamento de Psicología Social de Universidad de Sevilla, y

**Dña. Yolanda Troyano Rodríguez**, Profesora Contratada Doctora del Departamento de Psicología Social de la Universidad de Sevilla,

**INFORMAN**

Que la Tesis Doctoral realizada bajo su dirección por **D. Alfonso Javier García González**, con el título **“Variables Psicosociales que inciden en la Calidad de Vida del alumnado participante en Programas Universitarios de Mayores”**, reúne los requisitos de calidad, originalidad y presentación exigibles a una investigación científica, por lo que es susceptible de ser sometida a la valoración del Tribunal encomendado para juzgarla.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmamos la presente en Sevilla, a de de 2011.

Fdo.: D. Manuel Marín

Fdo.: Dña. Yolanda Troyano



A Manuel y Yolanda, directores de tesis, por su paciencia y disponibilidad para hacer esta investigación posible. Gracias por sus enseñanzas que me han hecho crecer.

A mis compañeras y compañeros del grupo de investigación y docencia por su apoyo y ánimo para seguir adelante con el presente trabajo.

A los coordinadores de los Programas Universitarios de Mayores de Andalucía, por su disponibilidad para facilitar la recogida de datos y, en especial, a Manuel Velázquez.

Al alumnado mayor, sin cuya aportación no hubiera sido posible la presente investigación.

A Elena, compañera de viaje en mi vida. Por el esfuerzo en regalarme su tiempo para dedicarme de lleno a la investigación, y por su afecto incondicional.

A Daniela y Pablo Javier, que siendo pequeños y sin ser conscientes, han sacrificado tiempo de sus juegos, de sus paseos por el sol y de sus vidas. Este trabajo es de ellos en gran parte.

A mi madre y a mi padre, porque ellos son el origen y la motivación para ver a las personas mayores con otros ojos. Gracias por su cariño.

A toda aquella persona que durante la gestación de esta tesis ha estado en mi pensamiento. A todas y todos GRACIAS.

*“Los viejos siempre están en sazón para aprender”*  
(Aeschylus)

*“Noble cosa es, aún para un anciano, el aprender”*  
(Sófocles)

*“Si fuego es lo que arde en los ojos de los jóvenes,  
luz es lo que vemos en los ojos del anciano”*  
(Víctor Hugo)

## ÍNDICE GENERAL

<b>Introducción General</b>	3
<b>Parte I. Fundamentación Teórica</b>	9
<b>Capítulo 1. Aspectos Psicosociales de las Personas Mayores</b>	13
1. Introducción	13
2. Teorías psicosociales sobre las personas mayores	14
2.1. Teoría de la Desvinculación	15
2.2. Teoría de la Actividad	16
2.3. Teoría de la Continuidad	18
2.4. Teoría del Ciclo Vital	19
3. Definiciones y escenarios sociales de las personas mayores	25
4. Enfoque psicosocial en el análisis de las personas mayores	29
<b>Capítulo 2. Calidad de Vida y Variables Psicosociales asociadas en Personas Mayores</b>	35
1. Calidad de Vida	36
1.1. Estudio de la Calidad de Vida en las Personas Mayores	42
2. Apoyo Social	48
2.1. Estudio del Apoyo Social en las Personas Mayores	59
3. Bienestar Psicológico	65
3.1. Estudio del Bienestar Psicológico en las Personas Mayores	71
4. Autoestima	76
4.1. Estudio de la Autoestima en las Personas Mayores	82
5. Ocio y Tiempo Libre	87
5.1. Estudio del Ocio y Tiempo Libre en las Personas Mayores	92
<b>Capítulo 3. Aspectos Psicosociales del Aprendizaje que potencian una Vida Saludable y de Calidad en las Personas Mayores</b>	101
1. Introducción	101
2. Intervención Psicoeducativa en Personas Mayores	103
3. Definición de un nuevo Rol Psicosocial en la Persona Mayor	106
4. Aproximación al concepto de Competencia Psicosocial	111
<b>Capítulo 4. La Educación de Personas Mayores</b>	119

## **y Programas de Intervención: los Programas Universitarios de Mayores**

1. Introducción	119
2. Antecedentes de los Programas Universitarios de Mayores	121
3. Justificación de la Enseñanza Universitaria a Personas Mayores	123
3.1. El envejecimiento de la población	124
3.2. Cambios políticos, sociales y económicos favorecedores de la enseñanza universitaria de mayores	126
3.3. Aclaración terminológica entre Educación de Adultos, Aulas de la Tercera Edad y Programas Universitarios de Mayores	127
4. Los Programas Universitarios de Mayores	133
4.1. Historia de los Programas Universitarios de Mayores	133
4.2. Situación actual de los Programas Universitarios de Mayores en Andalucía	137
<b>Parte II. Estudio Empírico</b>	143
<b>Capítulo 5. Justificación, Hipótesis y Objetivos de Estudio</b>	147
1. Justificación del estudio	147
2. Hipótesis del estudio	151
3. Objetivos del estudio	153
<b>Capítulo 6. Metodología</b>	157

1. Participantes de la investigación	157
1.1. Universo	157
1.1.1. Estratificación y Composición del Universo	157
1.2. Muestreo	158
1.2.1. Justificación del modelo de muestreo	158
1.2.2. Tamaño de la muestra	159
1.2.3. Procedimiento de elección de la muestra	160
2. Diseño	161
2.1. Diseño de la investigación	161
2.2. Variables y condiciones de control	163
2.2.1. Variables Sociodemográficas	163
2.2.2. Variables objeto de estudio	164
3. Instrumento	169
3.1. Selección del instrumento	169
3.2. Estudio piloto	174
3.3. Procedimiento de realización de cuestionarios	175
3.4. Administración de cuestionarios	176
3.5. Admisión de casos a la investigación	178
<b>Capítulo 7. Resultados</b>	
	181
1. Análisis de resultados descriptivos generales	181
2. Análisis de resultados según hipótesis	204
<b>Capítulo 8. Discusión y Conclusiones</b>	219
<b>Summary</b>	249
1. General Introduction	249
2. General objective and Hypotheses	280
3. Method	281
4. Results	283
5. Discussion	289

<b>Referencias Bibliográficas</b>	299
<b>ANEXO 1: Instrumento propuesto para la investigación</b>	403

## ÍNDICE DE FIGURAS

### **Capítulo 1**

Figura 1. Escenarios sociales y vejez (guía de análisis). Tomado de Corraliza (2004) 28

### **Capítulo 3**

Figura 1. Dilemas en la experiencia de la vejez. Tomado de Corraliza (2004) 110

### **Capítulo 8**

Figura 1. Enfoque psicosocial de Calidad de Vida en los PUM 245

## ÍNDICE DE TABLAS

### Capítulo 2

Tabla 3. Principales dimensiones del Apoyo Social	53
---	----

### Capítulo 4

Tabla 1. Evolución mundial de los PUM. Tomado de Junta de Andalucía (2010)	135
--	-----

### Capítulo 6

Tabla 1. Universo de estudio por capitales de provincia de Andalucía	158
--	-----

Tabla 2. Población y tamaño muestral por provincias	161
---	-----

Tabla 3. Variables objeto de estudio	163
--------------------------------------	-----

### Capítulo 7

Tabla 1. Provincia de procedencia	182
-----------------------------------	-----

Tabla 2. Curso en el que está matriculado	183
---	-----

Tabla 3. Calidad de Vida Personal	185
-----------------------------------	-----

Tabla 4. Recursos Sociales en Ancianos I	187
--	-----

Tabla 5. Recursos Sociales en Ancianos II	188
---	-----

Tabla 6. Recursos Sociales en Ancianos III	189
--	-----

Tabla 7. Recursos Sociales en Ancianos IV	190
---	-----

Tabla 8. Apoyo Social I	191
-------------------------	-----

Tabla 9. Apoyo Social II	192
--------------------------	-----

Tabla 10. Apoyo Social III	193
----------------------------	-----

Tabla 11. Bienestar Psicológico	195
---------------------------------	-----

Tabla 12. Autoestima Personal	197
-------------------------------	-----

Tabla 13. Autoestima Colectiva	198
--------------------------------	-----

Tabla 14. Actividades de Ocio y Tiempo Libre	201
--	-----

Tabla 15. Satisfacción con el Apoyo Social recibido	205
---	-----

Tabla 16. Aspectos cuantitativos del Apoyo Social I	208
---	-----

Tabla 17. Aspectos cuantitativos del Apoyo Social II	209
Tabla 18. Bienestar Psicológico y Calidad de Vida Personal	209
Tabla 19. Bienestar Psicológico y Ocio y Tiempo Libre	210
Tabla 20. Frecuencia de apoyos y Autoestima	211
Tabla 21. Bienestar Psicológico y Autoestima	211
Tabla 22. Ocio y Tiempo Libre y Rol Generacional	212
Tabla 23. Ocio y Tiempo Libre y Competencia Psicosocial	213
Tabla 24. Varianza total explicada	215
Tabla 25. Matriz de componentes rotados(a)	216

## **Introducción General**

---



## INTRODUCCIÓN GENERAL

---

Desde la segunda mitad del siglo XX se viene produciendo un fenómeno social denominado envejecimiento de la población. Así, el incremento de la población mayor tanto en términos absolutos como en relativos se ha doblado a lo largo del último siglo (Pérez, 2006; Díaz, 2009). Este fenómeno se ha debido a dos factores esenciales: el aumento de la esperanza de vida junto con el descenso de la mortalidad, y a una fuerte caída de la tasa de natalidad.

Como respuesta a este fenómeno, la presente investigación cobra sentido en un contexto que incentiva y potencia la calidad de la actividad socio-educativa y cultural en las personas mayores. Hecho constatable no sólo desde las Administraciones estatales y autonómicas, sino también desde la cooperación institucional. Así pues, la sociedad demanda de las instituciones de Enseñanza Superior fórmulas sobre cómo abrir la Universidad a grupos de personas que demandan sus servicios (Pérez, 2006).

La enseñanza universitaria de las personas mayores es un hecho relativamente reciente, como lo demuestran las investigaciones sobre el tema y el gradual aumento de Programas Universitarios de Mayores en España desde 1990 (Martín, 2007; Orte, 2006; Requejo, 2007, 2009). Cada vez son más los interrogantes que surgen en el ámbito de la formación de las personas mayores que acuden a la Universidad para formarse. En este sentido, nos planteamos la necesidad de investigar las variables psicosociales que inciden en la calidad de vida de las personas que se forman en los Programas Universitarios de Mayores Andaluces, así como profundizar en las características sobre su bienestar y adaptación psicosocial al entorno que les rodea.

Se pretende aportar nuevos datos al estudio de la vejez, para profundizar en el desarrollo humano de la persona mayor y favorecer, en último término, el conocimiento de la calidad de vida de los mayores en situaciones de aprendizaje. De este modo, se considera importante que, en la relación del adulto mayor con el contexto universitario de aprendizaje y a través del estudio de distintas variables psicosociales, se logren resolver los interrogantes que se deriven de la investigación.

El objetivo principal es conocer la calidad de vida y las variables psicosociales relacionadas del alumnado mayor que asiste a los Programas Universitarios. Para ello, se parte de la *teoría del Ciclo Vital* desde una perspectiva de envejecimiento activo o exitoso (Fernández-Ballesteros, 2009). Este enfoque se basa en la percepción de la última etapa vital como un periodo no sólo de pérdidas, sino también de ganancias, además de destacar las posibles competencias que puede mejorar o desarrollar la persona mayor (Villar, Triadó, Pinazo, Celdrán y Solé, 2010). En esta línea, los procesos educacionales son fundamentales, puesto que uno de los retos de las personas mayores en la sociedad actual es demostrar que su edad no es sinónimo de enfermedad y que pueden todavía realizar una vida activa e independiente, y con ello optimizar su tiempo libre con el disfrute personal de la cultura y favorecer sus relaciones sociales y bienestar personal (Villar, 2005; Montoya, 2006).

Respecto al marco teórico del presente trabajo, éste se configura sobre la base de dos bloques temáticos principales: una parte teórica y otra empírica. La primera versa sobre la calidad de vida y variables psicosociales asociadas a las personas mayores, los aspectos psicosociales del aprendizaje y los Programas Universitarios de Mayores. La parte empírica, referida a la

justificación, hipótesis y objetivos de estudio, al análisis de resultados descriptivos y de resultados según las hipótesis planteadas; y a la discusión, que incluye las conclusiones.

Dentro de la primera parte, el Capítulo 1 profundiza en los aspectos psicosociales que se han de considerar para estudiar a las personas mayores, donde se resumen las aportaciones de las diferentes teorías psicosociales sobre la vejez (Teoría de la Desvinculación, de la Actividad, de la Continuidad y del Ciclo Vital), así como también se exponen las definiciones y escenarios sociales de las personas mayores, y se propone un análisis desde un enfoque psicosocial. En el Capítulo 2, se incluye la revisión de la variable calidad de vida y de las variables psicosociales relacionadas con la misma. A su vez, se estructura en cinco grandes apartados que hacen referencia a la calidad de vida, al apoyo social, al bienestar psicológico, a la autoestima y al ocio y tiempo libre. Cada una de estas cinco variables es relacionada con la población mayor, delimitando en cada caso el grado de influencia en la misma. El Capítulo 3 analiza la intervención psicoeducativa en personas mayores, dando lugar a la definición de un nuevo rol y a la aproximación al concepto de competencia psicosocial que puede desempeñar el alumnado de los Programas Universitarios de Mayores. El Capítulo 4, último de la primera parte, versa sobre la educación y los programas de intervención para personas mayores y, en concreto, los Programas Universitarios de Mayores (en adelante PUM). En él se desarrollan los antecedentes de los PUM, justificando asimismo la enseñanza universitaria a personas mayores, para terminar esbozando los elementos que comparten los PUM andaluces.

Una vez concluida la primera parte de fundamentación teórica, en la segunda parte, empírica, el Capítulo 5 define cuáles son las *hipótesis y objetivos de investigación* planteados, previa justificación, para el desarrollo de la misma. Todo ello según la revisión teórica realizada sobre la calidad de vida en relación con las personas mayores y con la intervención educativa de éstas en el contexto universitario. El Capítulo 6 continúa con la definición del *método* a seguir en la investigación propuesta, incluyendo en el mismo la definición del universo, el procedimiento de muestreo, la definición del diseño a desarrollar, así como de las variables que se pretenden estudiar. Se finaliza con los aspectos referidos al instrumento empleado, en cuanto a la selección y la administración del mismo, el estudio piloto, el procedimiento seguido para la realización de cuestionarios y los criterios de admisión de casos a la investigación. El Capítulo 7 contiene el análisis de resultados, partiendo del análisis sociodemográfico de la población objeto de estudio, para continuar con un análisis descriptivo y de frecuencias de las variables estudiadas y finalizar con el análisis de resultados en función de las hipótesis planteadas. Por último, el Capítulo 8 de discusión y conclusiones que, además de relacionar los resultados obtenidos con la fundamentación teórica, desarrolla las conclusiones, limitaciones, perspectivas futuras y presenta una propuesta de enfoque psicosocial para personas mayores que emana de la realización del estudio.



## **Parte I: Fundamentación Teórica**

---



## Capítulo 1

---

# Aspectos Psicosociales de las Personas Mayores



### 1. Introducción

El presente capítulo tiene por objetivo desarrollar los aspectos psicosociales que determinan la forma de entender el proceso de envejecimiento. Para ello, se describirán las principales teorías psicosociales, destacando las definiciones sociales que conceptualizan a la persona mayor. Asimismo, se considera la importancia que tienen los diferentes escenarios de intervención y el análisis de las personas mayores desde un enfoque psicosocial.

El envejecimiento es un proceso que describe la experiencia vital como consecuencia del hecho de cumplir años. Dicho proceso se ha asociado con la discriminación por la edad y los estereotipos negativos sobre el envejecimiento (Tabueña, 2006). No obstante, desde el envejecimiento con éxito se priman las ganancias y potencialidades existentes en la última etapa vital (Caprara, 2009). Teniendo en cuenta que el envejecimiento implica simultáneamente un hecho personal y social, es necesario un abordaje psicosocial que considere la calidad de vida en el proceso del “envejecimiento del envejecimiento” (Fernández, 2007).

Para analizar el proceso de envejecimiento algunos autores utilizan una triple perspectiva donde se describe el impacto personal, grupal y social que conlleva el hecho de cumplir años (Corraliza, 2004; Corraliza, Martín y Berenguer, 2007). El **impacto personal** analiza las expectativas y consecuencias del hecho de cumplir años. El **impacto grupal** define las características, demandas y necesidades del grupo social de edad considerado mayor. El **impacto social** plantea las consecuencias que tienen las tasas de envejecimiento en la organización social. En este sentido, el análisis del proceso de envejecimiento puede poner el acento en las necesidades personales (salud, autoestima, bienestar psicológico), las necesidades grupales (redes de apoyo social, realización de actividades de ocio) y las necesidades sociales vinculadas al envejecimiento (calidad de vida, satisfacción general de la persona mayor).

Del análisis del envejecimiento surge el planteamiento de las principales teorías psicosociales. Nos centraremos en aquellas teorías, de corte funcionalista, que consideran el proceso de envejecer como una forma de adaptación social, donde el éxito de la persona mayor radica en una adecuada adaptación al entorno social en el que vive (Motte y Muñoz, 2002).

### 2. Teorías psicosociales sobre las personas mayores

Desde la psicología y la sociología, Fernández-Ballesteros (2004) y Belando (2008) revisan las aportaciones realizadas por diferentes teorías psicosociales que analizan el proceso de envejecimiento en función de la adaptación de la persona mayor al contexto que les rodea. Las teorías propuestas son la teoría de la desvinculación, la teoría de la actividad, la teoría de la continuidad y la teoría del ciclo vital. Los postulados de cada una de estas teorías ofrecen una concepción del envejecimiento desde ópticas diferentes.

#### 2.1. Teoría de la desvinculación

La teoría de la desvinculación, también denominada del desenganche, surge a finales de los cincuenta, aunque alcanza su esplendor en 1961 con la publicación de la obra *Growing Old*, de Cumming y Henry. Cumming y Henry (1961) plantean una teoría basada en un estudio longitudinal realizado con 275 personas de edades comprendidas entre los 50 y 90 años, con el

objetivo de determinar la relación entre la edad cronológica y el bienestar. Los resultados concluyen que las personas presentan un buen estado emocional entre las décadas de los 40 y 50 años, se aprecia un periodo de crisis entre los 60 y 65 años, a lo que le sigue un periodo de satisfacción relativa hasta los 70 años, describiendo un nuevo estado de ánimo positivo hasta una edad muy avanzada.

Con estos resultados, la teoría de la desvinculación sostiene que el proceso normal de envejecimiento se caracteriza por un desenganche inevitable de las actividades que venía realizando hasta ahora y una disminución de las interacciones entre la persona que envejece y las personas que conforman el sistema social al que pertenecen.

La desvinculación producida entre la persona y su sistema social está asociada a un buen estado emocional o más bien a un envejecimiento satisfactorio. De ahí que esta desvinculación sea funcional, pues prepara al individuo para la muerte y permite la sustitución generacional (Fernández-Ballesteros, 2004). Para ello la persona mayor ha de aceptarse a sí misma con las limitaciones propias de la edad (Aguerre y Bouffard, 2008).

Pese a ser una de las teorías que cuenta con más tradición en la trayectoria psicosocial en relación con la población mayor (Meza y Villalobos, 2008; Huenchuan y Rodríguez, 2010), ha recibido considerables críticas. Atchley (1999) afirma que la desvinculación no siempre juega un rol positivo para la sociedad. La desvinculación precoz de muchas personas tiene un efecto negativo al reducirse de forma drástica el número de trabajadores que sostienen el sistema de pensiones, y priva a los jóvenes de la experiencia que les podrían proporcionar sus mayores. Motte y Muñoz (2002) critican que adolece del carácter universal que se le pretende dar a la teoría, ya que, dependiendo de la personalidad del mayor y de su posición social, muchas personas pueden estar unidas al sistema y no desvincularse a pesar de su avanzada edad.

## *2.2. Teoría de la actividad*

Formulada por Havighurst y Albrecht (1953) se fundamenta en la hipótesis de que “la realización de un elevado número de roles sociales o interpersonales correlaciona de forma significativa con un elevado nivel de adaptación y satisfacción vital percibido por la persona mayor”. Para verificar esta hipótesis los autores aplicaron una encuesta sobre una muestra de 100 personas elegidas de una población de 670 mayores de 65 años. Se utilizó una escala que contenía 13 tipos de roles combinados con 12 niveles de actividad para cada tipo de rol; además de un cuestionario que medía la adaptación personal mediante la evaluación de los sentimientos de felicidad y satisfacción experimentados por las personas a la hora de realizar las actividades. Los resultados del estudio avalaron una correlación positiva entre el número de actividades realizadas y la adaptación personal, de manera que las personas mayores que son más activas y realizan más actividades, gozan de mayor adaptación y bienestar en el proceso de envejecimiento.

Esta teoría sostiene que las personas mayores tienen las mismas necesidades psicológicas y sociales de mantenerse activos. Sólo cuando la persona realiza alguna actividad se siente feliz, satisfecho y adaptado. Las personas más adaptadas y más longevas en mejor estado psicofísico son las que más actividades realizan (Aguerre y Bouffard, 2008; Dávila y Díaz-Morales, 2009; Fernández-Ballesteros, 2004).

Una de las críticas que recibe esta teoría es que, en ocasiones, no se puede explicar por qué determinadas personas que son pasivas pueden sentirse felices, y otras que son activas no le encuentran sentido a su vida (Motte y Muñoz, 2002). Por otra parte, el concepto de actividad también es criticado, puesto que puede haber personas que sienten una gran satisfacción cuando son liberadas de un rol que no les satisface y dejan de realizar las actividades asociadas a dicho rol (Fernández, 2002; Martín y Martínez, 2010).

### *2.3. Teoría de la continuidad*

Para la formulación de esta teoría, Neugarten (1968) se apoyó en los estudios realizados en Kansas City sobre el desarrollo de la vida adulta. El objetivo consistía en estudiar el impacto que ejerce el transcurso de los años sobre una eventual evolución de la personalidad. Los resultados obtenidos permitieron concluir que la evolución psicológica de cada persona es única e irreplicable; que la evolución de la persona va a depender de lo que haya sido anteriormente; que a la persona sólo se puede conocer a través de su personalidad; que ésta configura su entorno según su funcionamiento interno; que la personalidad es el mejor predictor de la actitud y de la adaptación a la vejez; que la persona mayor muestra rasgos de personalidad más nítidos; y que la personalidad evoluciona toda la vida según los acontecimientos que se afrontan. Fundamenta sus principios en el siguiente postulado: a medida que el individuo va avanzando en determinados estadios, va desarrollando nuevos valores, actitudes, hábitos, conductas y metas que posteriormente retiene, en cierta medida, durante la vejez. Esta teoría, más que analizar la vejez como un estadio distinto, intenta explicar la adaptación de las personas a este periodo, analizando sus actitudes y rasgos de personalidad. Desde esta perspectiva, todas las experiencias y roles sociales que han sido asumidos por la persona, a lo largo de su existencia, tendrán influencia y le ayudarán a adaptarse mejor al último periodo de la vida.

Atchley (1999) valida el postulado de esta teoría que refiere la continuidad en aspectos como el concepto de sí mismo, los patrones de respuesta emocional, las metas personales, las creencias, las formas de vida, los patrones de actividad y las formas de transporte de las personas en la última etapa vital. En este sentido, los seguidores de esta teoría consideran que la persona mayor que envejece bien, busca asegurarse una continuidad en su vida a pesar de los cambios (Aymerich, Planes y Gras, 2010; Márquez, Izal, Montorio y Losada, 2008; Paniagua, 2007).

La complejidad de la teoría de la continuidad es el aspecto más criticado, especialmente en cuanto a su verificación empírica. Las reacciones que la persona tiene a lo largo del envejecimiento se explican con una interacción entre los cambios biológicos y físicos y por la continuidad de patrones de comportamiento que fueron adoptados en etapas anteriores (Fernández, 2002). Por último, no se tiene en cuenta la diversidad de historias personales experimentadas hasta llegar a la vejez y tampoco se explica cómo la necesidad de continuidad también puede influir negativamente en la autoestima, por ejemplo: problemas de salud y económicos pueden obligar a modificar el estilo de vida de las personas mayores (Motte y Muñoz, 2002).

### *2.4. Teoría del Ciclo Vital*

En el origen de la teoría del ciclo vital está en la necesidad de estudiar el proceso de envejecimiento a lo largo de la vida como un continuo (Fernández-Ballesteros, 2004; Graça y Roseira, 2009). Esta teoría del ciclo vital es iniciada por Neugarten (1975) que parte de dos premisas: por un lado, que los eventos vitales suponen una transición para la persona; y por otro, que los roles que ésta asume, implican cambios en el autoconcepto y la identidad personal.

La teoría del ciclo vital ha sido desarrollada por autores como Baltes (1987), quien profundizó en los cambios que experimentan las personas a lo largo del tiempo a través de estudios longitudinales y transversales. Este autor, en su trabajo sobre las propuestas teóricas para la psicología del desarrollo en el ciclo vital establece cinco postulados. En primer lugar, a lo largo de la vida se da un balance entre las ganancias y las pérdidas, dándose en la vejez una mayor proporción de pérdidas. Segundo, existen funciones psicológicas que declinan con la edad y otras que no. Tercero, a través del ciclo vital se va incrementando la variabilidad interindividual. En cuarto lugar, se pueden compensar las pérdidas mediante entrenamientos o manipulaciones externas. Finalmente, la variabilidad entre los mayores viene dada por la forma de envejecer: normal, patológica y con éxito (Amador y Moreno, 2006; Fernández-Ballesteros, 2004, 2008; Villar, 2005).

Referente a la forma de envejecer con éxito, Baltes y Baltes (1990) proponen un modelo de envejecimiento que sugiere la inclusión de indicadores de funcionamiento biológico como la longevidad y la salud biológica; de funcionamiento psicológico como la salud mental y aspectos positivos de la persona tales como la eficacia cognitiva, la competencia social y productividad, el control personal y la satisfacción vital.

Fernández-Ballesteros (2009) afirma que, a pesar de no haber consenso entre los autores sobre qué es envejecer con éxito y qué causa determina esta forma de envejecimiento, es preciso señalar tres modelos representativos de esta forma de envejecer como son el modelo de envejecimiento satisfactorio, de envejecimiento activo y un tercer modelo de Selección, Optimización y Compensación (SOC). Para la autora estos modelos pretenden diferenciar entre los indicadores del buen envejecimiento de los determinantes del mismo.

El modelo de *envejecimiento satisfactorio* propuesto por Rowe y Kahn (1997, 1999) se basa en investigaciones longitudinales. El modelo parte de la hipótesis de que el envejecimiento con éxito se identifica con tres dimensiones: una baja probabilidad de enfermar y de discapacidad, un alto funcionamiento cognitivo y físico, y un alto compromiso con la vida. Estas tres dimensiones están relacionadas jerárquicamente, de manera que cada una de ellas hace posible el mantenimiento de las demás. No obstante, cada una por sí sola es un indicador de bienestar independiente. Desde este modelo, el envejecimiento con éxito es más que la ausencia de enfermedad y que el simple mantenimiento de las capacidades funcionales, siendo su combinación junto con un compromiso activo con la vida lo que define totalmente el concepto de envejecimiento con éxito o satisfactorio (Caprara, 2009; Carrasco et al., 2010; Fernández-Ballesteros et al., 2010).

Aguerre y Bouffard (2008) afirman que las investigaciones actuales realizan un análisis del envejecimiento satisfactorio desde un enfoque multifactorial e integrador, tal y como se desprende de los estudios de Ryff y Singer (2002) y Ryff y Keyes (2003). Este modelo defiende que un nivel de actividad social alto, ayuda a pronosticar una mejor salud, felicidad y una mayor longevidad desde una perspectiva integradora (Fernández, 2002). Pero para alcanzar una longevidad satisfactoria debe lograrse un envejecimiento saludable, desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables. Se trata promocionar una salud física, mental y emocional que se corresponda a una buena calidad de vida (Gardner, 2006).

El modelo de Rowe y Kahn presenta algunas deficiencias, ya que al emplear sólo tres dimensiones para definir el envejecimiento con éxito, reduce el mismo a un número limitado de personas. Además, no considera la experiencia personal y subjetiva de cada persona respecto a su envejecimiento, así como no tiene en cuenta aspectos más psicológicos y personales que sí destacan otros modelos como el de las habilidades de afrontamiento (Fisher, 1992, 1995) u otras condiciones referentes a la personalidad (OMS, 2002) (Caprara, 2009).

El modelo de *envejecimiento activo* (OMS, 2002) surge para superar los límites del anterior modelo. Parte de la idea de que las personas que envejecen con múltiples condiciones críticas pueden mantenerse activas física, cognitiva y socialmente. El término de envejecimiento activo “indica el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad de las personas mayores, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. El modelo contempla factores poblacionales que determinan el envejecimiento con éxito, y factores personales y comportamentales que refieren las condiciones individuales de cada persona. Asimismo y a modo de ejemplo, existen estudios sobre atención primaria y discapacidad visual que son asociados al envejecimiento activo como respuesta a los determinantes contextuales e individuales de cada población objeto de estudio (Díaz-Veiga, 2008; Hoskins, Kalache y Mende, 2005; Pruchno, Wilson-Genderson, Rose y Cartwright, 2010).

Desde una perspectiva psicológica, se ha intentado conceptualizar el envejecimiento con éxito por medio de un metamodelo que considera tres mecanismos que regulan el proceso de envejecimiento adaptativo (Riediger, Li y Lindenberger, 2006). Es el *modelo SOC* propuesto por Baltes y Freund (2002) que emplea tres mecanismos: *Selección, Optimización y Compensación (SOC)*. Estos mecanismos se entienden como condiciones de regulación del desarrollo que variarán en su intensidad según sean las circunstancias socio-históricas y personales del individuo, el contexto y los aspectos examinados (Freund, 2006; Freund y Baltes, 2002; Sarabia, 2009).

En este sentido, la *Selección* es el mecanismo presente en el ciclo vital que permite a la persona adaptarse entre la gran cantidad de estímulos del contexto y la limitación de recursos que posee. La *Optimización* se refiere a la mejora continua de los conocimientos, habilidades y demás características y virtudes humanas. Finalmente, la *Compensación* contrarresta las pérdidas y deterioros propias de la vejez, para así mantener un buen funcionamiento (Fernández-Ballesteros, 2009; Izquierdo, 2005). Hay autores que consideran la Selección, Optimización y Compensación como mecanismos de afrontamiento de los problemas o estrategias de gestión de la vida, como determinantes del envejecimiento activo y el bienestar (Jopp y Smith, 2006). El modelo SOC ha sido aplicado por investigadores que estudian a

trabajadores mayores (Collins y Smyer, 2006; Freund y Baltes, 2007; Yeung y Fung, 2009); que han centrado el interés en el mantenimiento y frecuencia de las relaciones interpersonales (Rohr y Lang, 2009); la reducción del estrés y del conflicto de roles familiar-laboral (Vera-Martínez y Martín, 2009); o que han relacionado la selección de actividades físicas en personas mayores para su eficaz consecución (Guo y Phillips, 2010).

Una vez desarrolladas las principales teorías psicosociales que explican el proceso de adaptación de la persona al envejecimiento, es importante considerar cómo se conceptualiza al mayor desde la dimensión social y desde la hipótesis de modernización.

### 3. Definiciones y escenarios sociales de las personas mayores

La situación y características de la vida de las personas mayores cobran cada vez mayor importancia en el momento presente. La población crece poco, mientras que las tasas de envejecimiento de la población están creciendo rápidamente (Aguilera, 2005; Díaz, 2009; Miguel y Montero, 2004; Ortiz y Gerónimo, 2008). La forma en que la sociedad caracteriza la vejez define en gran medida las condiciones sociales e institucionales en las cuales la persona mayor vive, y refleja la idea social compartida de la experiencia de ser mayor (Garay y Ávalos, 2009). De esta manera, la vejez es entendida como etapa cronológica, grupo o categoría social, y analizada sobre la hipótesis de modernización.

En primer lugar, las personas mayores pertenecen a una **etapa cronológica** determinada que se considera como un proceso dinámico que distingue la edad social, la edad biológica y la edad psicológica (Yuni y Urbano, 2005). Las personas mayores son un **grupo** definitorio y distinto. Es lo que Green (1993) definió como “tendencia al agrupamiento” (*grouping tendency*) en los mayores que predice su interacción con los otros. Desde esta perspectiva las personas se relacionan por el hecho de formar parte y ser miembros de un grupo social, sobre el cual poseen categorías y elementos de definición implícitos o explícitos (Cottrell y Neuberg, 2005). Desde este punto de vista, la vejez puede ser definida como una **categoría social** relevante. De manera que, Brown (1995), y después Brown y Gaertner (2001) y Brown y Capozza (2006) destacan una tendencia a definir a las personas mayores como personas menesterosas, con necesidades inespecíficas, que ni ellos mismos ni sus familiares cercanos pueden satisfacer con los recursos de los que disponen. Reforzándose, en consecuencia, una visión de la vejez como etapa necesariamente subsidiada, dependiente, elevada a categoría de opresión social (Arias, 2007).

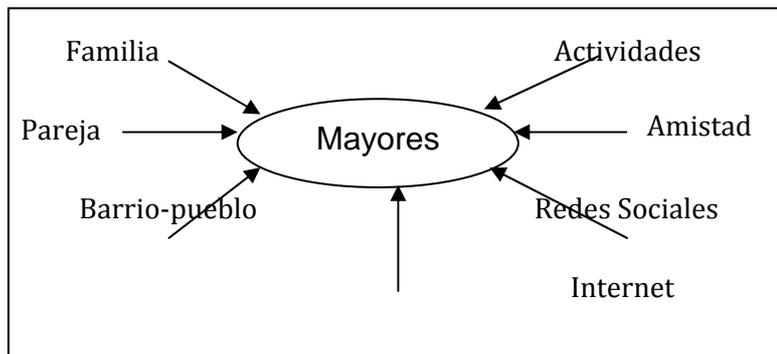
Por otro lado, desde la **hipótesis de modernización**, descrita por Cowgill y Holmes (1972), las sociedades modernizadas se caracterizan por una tendencia a ignorar las tradiciones culturales del pasado. Como consecuencia de ello, las personas mayores pierden estatus, y lo ganan grupos pertenecientes a otras etapas del ciclo vital (Jönson, 2005; Phillipson y Baars, 2007; Fry, 2010; Zimmer y Martin, 2007). No obstante, a pesar del rigor y la precisión con que esta hipótesis ha sido formulada, no explica suficientemente aspectos específicos de la organización de la vida cotidiana y del desempeño de las personas mayores en un nivel microsociedad, como en las relaciones intergeneracionales (Guo, Aranda y Silverstein, 2009). Para desarrollar esta idea con más precisión, es necesario analizar la influencia de los mayores en la sociedad, y generar un marco conceptual que tenga en cuenta el cambio demográfico y la continua reorganización de la sociedad (Osorio, 2006).

Para analizar la influencia de las personas mayores en la sociedad hay que prestar atención a las diferentes dimensiones básicas relacionadas con la persona mayor. En esta línea, Krause (2010) considera las aportaciones de Rosow (1976) y refiere como dimensiones más destacables la pérdida del trabajo y la jubilación; la necesidad de buscar actividades y usos del tiempo alternativos; la demanda de cuidados específicos de salud y recursos de bienestar, individual y comunitario; y la necesidad de asumir cambios en la dinámica de la familia nuclear debido a la nueva reorganización del tiempo y de las actividades o a las variaciones en el ciclo de vida de la familia.

Steverink, Lindenberg y Slaets (2005) consideran que, con el envejecimiento, las personas mayores están expuestas a un riesgo creciente de pérdida de recursos, como consecuencia de la disminución de energía física y la disminución de la participación en diferentes actividades que afectaría a su bienestar. En otras palabras, en la última etapa del ciclo vital se dejan de desempeñar importantes roles sociales que han desarrollado durante largo tiempo (Krause, 2007a, 2009; Szanton et al., 2007), lo cual afecta a la autopercepción de la calidad de vida del mayor (Peña, Terán, Moreno y Bazán, 2009) y determina su redefinición a través de la participación social (Funes, 2010). Para responder al posible aislamiento social derivado de la pérdida de recursos existen propuestas de acercamiento a las personas mayores, permitiendo conducir estas situaciones a la normalización y asignando los recursos sociales oportunos en cada caso (Santos-Olmo, Ausín, Muñoz y Serrano, 2008). Asimismo, se han desarrollado revisiones de los instrumentos multidisciplinares que valoran la soledad y el aislamiento social de la persona mayor, de manera que las escalas de valoración social y de soledad son un elemento útil en la detección de personas mayores con riesgo de percibir y sufrir la soledad (Puig, Lluch y Rodríguez, 2009).

Para abordar la experiencia social de la vejez, Corraliza (2004) considera que hay escenarios decisivos para analizar y propone una estructura sistemática de los diferentes entornos que vivencian los mayores. Los diferentes escenarios sociales propuestos son la familia, la pareja, las amistades, otras redes informales, el vecindario, los grupos de actividad y las relaciones sociales que puede establecer el mayor a través de las nuevas tecnologías (Figura 1).

*Figura 1. Escenarios sociales y vejez (guía de análisis).  
Tomado de Corraliza (2004)*



Para este autor es necesario analizar tantos aspectos de actividad y desempeño de las personas mayores, como el grado de satisfacción personal que les produce su implicación en los distintos escenarios. Dicho análisis permitirá definir posibles factores de riesgo en la situación social de las personas mayores, sobre todo en relación con la tendencia al aislamiento social. En

este sentido, es preciso el análisis de las personas mayores desde un enfoque psicosocial que desarrollaremos en el siguiente apartado.

#### 4. Enfoque psicosocial en el análisis de las personas mayores

El análisis de las personas mayores se enmarca en los avances producidos en la Psicología del Envejecimiento centrada en el envejecimiento exitoso (Neri, 2002). Los mayores pueden desarrollar mecanismos que contribuyen a una buena salud física y mental, a la autonomía y a un rol activo en relación con su vida personal, familiar y con sus actividades de ocio y tiempo libre (IMSERSO, 2010). La vejez constituye por tanto el estudio reciente en el ámbito de la Psicología, en general, y de la Psicología Social, en particular, en un intento de comprender este fenómeno desde una óptica psicosocial (Azevedo, 2001; Fernandes y Lucena, 2005; Gómez, 2002; Neri, 2004).

Para analizar a las personas mayores desde un enfoque psicosocial, la Psicología Social estudia los cambios vitales de la persona a través del conocimiento de uno mismo y de su interacción con los demás (Wilson, 2005). Recoger información sobre estos aspectos exige trabajar desde tres conceptos fundamentales que describen el enfoque psicosocial: la interacción, los factores situacionales y la interpretación. En primer lugar, sobre el concepto de **interacción**, la Psicología Social plantea la necesidad de analizar la forma y el escenario en que las personas se relacionan entre sí. En segundo lugar, los **factores situacionales** determinan la actividad de la persona en cuanto a creencias, sentimientos y conductas. En tercer lugar, la **interpretación** subraya la importancia del valor personal que la realidad objetiva tiene para una persona (Corraliza, 2004). Asimismo, se cree conveniente incluir en temas de investigación relacionados con las actitudes hacia los mayores, los estilos de vida activos, la satisfacción y la calidad de vida, así como los beneficios de la formación de los mismos desde esta perspectiva de valoración y análisis (Martín, 2010; Monreal, Valle y Serda, 2009).

Este enfoque psicosocial plantea una forma de analizar la naturaleza humana desde una perspectiva psicológica (Sabini y Silver, 2005). Estudios que enfatizan este análisis son el de Pronin (2008) que afirma que las personas se ven a sí mismas de manera diferente a cómo las ven los demás, de manera que esas diferencias producen desacuerdos y conflictos. La autora propone comprender la base psicológica de esas diferencias para mitigar algunos de los efectos negativos de dichas divergencias. Aguado y Alcedo (2004), por su parte, presentan los resultados de una investigación basada en el análisis de las preocupaciones y necesidades percibidas por las personas con discapacidad que envejecen. Los principales resultados hacen referencia a que las personas mayores manifiestan como necesidades y preocupaciones dominantes el área de la salud, los recursos económicos, la supresión de barreras, la asistencia domiciliaria, la calidad de los servicios y el incremento de los recursos asistenciales. Leturia (2007) define un modelo de intervención psicosocial basado en el carácter interdisciplinar y de complementariedad entre las diferentes disciplinas implicadas en la atención de personas mayores. Uno de los principales objetivos que plantea a partir de este modelo es ofrecer a través de un equipo de profesionales competentes, organizados interdisciplinariamente, una atención profesional, complementaria a la relación familiar y social, de alta calidad, a la vez que muy profesional, muy cercana, personalizada y humana, incorporando al voluntariado y considerando a la familia como el eje central de la intervención con el usuario y residente. El autor considera necesario el avance en el desarrollo de valoraciones más específicas, adaptadas

a avanzados niveles de deterioro, un análisis más exhaustivo sobre la eficacia de las diferentes intervenciones, la sistematización de las mismas, la gestión adecuada de las personas, y la gestión de los riesgos en la atención. Más recientemente, hay estudios que han abordado el análisis de diferentes aspectos de la vejez tomando como referente un enfoque psicosocial en relación con las representaciones sociales y el deporte (Ruíz, Chinchilla y Ruíz, 2010); con la atención a personas en situación de dependencia (Contel, 2009); o con el cuidado de personas con demencia (Harris, 2010; Miesen, 2010).



## Capítulo 2

---

### **Calidad de Vida y Variables Psicosociales asociadas en Personas Mayores**



## **CAPÍTULO 2. CALIDAD DE VIDA Y VARIABLES PSICOSOCIALES ASOCIADAS EN PERSONAS MAYORES**

---

En el presente capítulo se abordará el desarrollo teórico de las principales variables psicosociales propuestas para la investigación. Desarrollaremos la variable de Calidad de Vida como eje vertebrador de nuestro trabajo, donde además se señala la relación que se ha establecido entre dicha variable y otras de carácter psicosocial como son el Apoyo Social, el Bienestar Psicológico, la Autoestima y el Ocio y Tiempo Libre.

Actualmente existen investigaciones centradas en los factores que afectan a la Calidad de Vida, entendida ésta como indicador de envejecimiento satisfactorio (Castellón y Romero, 2003, 2004; Chiroso, Chiroso y Padial, 2000; Dulcey, Mantilla, Alfonso y García, 1998; Maldonado y Mendiola, 2009). Considerando una de las aportaciones de Orte y Vives (2006), la Calidad de Vida es uno de los objetivos de la intervención psicosocial de las personas mayores. Ello conlleva la mejora y optimización de toda una serie de variables que inciden sobre la persona, junto con el desarrollo de un estilo de vida positivo, saludable y activo, mediante la adaptación a un rol socialmente aceptado.

En la fundamentación teórica de cada una de las variables, comenzaremos con la aproximación conceptual de cada constructo y finalizaremos revisando los estudios que han analizado cada variable en relación con la población mayor, pasando por el análisis de las dimensiones, teorías y modelos que han sustentado cada una de ellas.

### **1. Calidad de Vida**

El concepto de Calidad de Vida tiene su origen en la década de los años 30 en el ámbito de las políticas sociales (Gómez, Verdugo, Arias y Navas, 2008; Tonón, 2009). El constructo pasa de ser una forma abstracta del bienestar y la felicidad a ser considerado operativamente como el nivel y condiciones de vida según diferentes disciplinas y áreas de saber (Cardona y Agudelo, 2005).

En los 60 dicho término empezó a popularizarse con el objetivo de conocer el bienestar humano a través de indicadores sociales vinculados al bienestar psicosocial (Musitu, Herrero y Fernández, 2000) y orientados a los denominados componentes psicosociales (Casas, 1999; Tonón, 2005). Una de las definiciones de Calidad de Vida que considera estos componentes es la propuesta por Casas (1996, p. 100) como “las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de todo conjunto social experimentan en relación a su entorno y la dinámica social en que se encuentran inmersos, incluyendo los servicios que se les ofrecen y las intervenciones sociales de las que son destinatarios y que emanan de las políticas sociales”.

En los 70 y comienzos de los 80 se empieza a diferenciar los indicadores sociales del constructo de Calidad de Vida y se empieza a definir como un concepto integrador (Ardila, 2003; Rodríguez y García, 2005) referente a múltiples dimensiones de la vida tanto subjetivas como objetivas (Castellón y Romero, 2003; Cummins y Cahill, 2000; Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Caprara, 2007; Fernández-Ballesteros, Reig y Zamarrón, 2009; Gómez-Vela y Sabeh, 2009; Inga y Vara, 2006; Poon et al., 2010; Tonón, 2005; 2009). En la dimensionalización objetiva-subjetiva de la Calidad de Vida, es importante estudiar la perspectiva subjetiva de la experiencia vital, atendiendo al grado de satisfacción de las personas y a su percepción de

necesidades desde un enfoque psicosocial (Valera, 1996). Es necesario entender la Calidad de Vida en términos de construcción social de la realidad hecha por personas y grupos y, por lo tanto, reconocer la implicación de aspectos subjetivos y objetivos que permitan entender estas construcciones sociales. Se trata, por tanto, de un concepto multidisciplinario y de naturaleza psicosocial (Blanco, 1985; Morales, Blanco, Huici y Fernández, 1985).

A la hora de dar una definición del constructo, la multidimensionalidad y subjetividad del concepto junto con la ausencia de una definición consensuada hacen que la evaluación de la Calidad de Vida sea compleja (Bauman, 2009; Cummins, 2005). Esta dificultad es aún mayor al tratar de definir la Calidad de Vida referida a distintas poblaciones de personas mayores discapacitadas (Alcedo, Aguado, Arias, González y Rozada, 2008, 2009), mayores de 45 años con lesión medular (Aguado y Alcedo, 2005), o en situación de dependencia (Aguado, Alcedo, Rueda, González y Real, 2008).

Actualmente, la Calidad de Vida, como constructo integrador, está relacionada con otros conceptos como percepción de bienestar, satisfacción de necesidades objetivas, disponibilidad de recursos, desarrollo sostenible, crecimiento económico y equilibrio ecológico (Moyano y Ramos, 2007; Rodríguez y García, 2005; Tifner, 2007). En la misma línea, Ardila (2003, p. 163) realiza una revisión de las definiciones principales sobre Calidad de Vida y propone una nueva definición, más comprensiva e integradora: "Calidad de Vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida".

La relevancia que adquiere la Calidad de Vida queda patente en los últimos años en los que se está consolidando la investigación de la Calidad de Vida relacionada con diversos ámbitos y poblaciones tales como la salud (Schwartzmann, 2003; Valderas, Ferrer y Alonso, 2005) entendida como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo como la ausencia de enfermedad (Velarde-Jurado y Avila-Figueroa, 2002); con aspectos psicológicos como la depresión y los síntomas físicos dolorosos asociados (Ruíz, Colín, Corlay, Lara y Dueñas, 2007) y con el funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia (Caqueo y Lemos, 2008); con la salud y el consumo de tabaco (Grau, Font-Mayolas, Gras, Suñer y noguera, 2007); con los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual (Schalock y Verdugo, 2007); o con la medida de la Calidad de Vida en personas con cáncer cervical (Zeng, Ching y Loke, 2010).

Referente al carácter multidimensional del constructo, Verdugo, Schalock, Keith y Stancliffe (2005, p.90) sistematizan la definición de Calidad de Vida, y apuntan que "la calidad de vida es un concepto multidimensional y está influida por factores personales y ambientales y su interacción; tiene los mismos componentes para todas las personas; tiene componentes subjetivos y objetivos; la calidad de vida se mejora con la autodeterminación, los recursos y el propósito de vida y un sentido de pertenencia".

De manera específica, de la relación establecida entre Calidad de Vida y la salud resultan las siguientes dimensiones: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional (Tifner, 2007). Urzúa, Cortés, Prieto, Vega y Tapia (2009), dimensionan la Calidad de Vida desde el área clínica y de salud pública, considerando el

bienestar físico, bienestar psicológico, relación con los padres y autonomía, apoyo social y ambiente escolar, en distintos rangos de edad y tipos de educación recibida y, en concreto, en niños y adolescentes escolarizados.

Verdugo y Martín (2002) plantean que el uso del concepto de Calidad de Vida se ha fundamentado en *modelos teóricos* multidimensionales que permiten abordar una investigación más compleja. Un modelo teórico sobre la Calidad de Vida basado en la teoría del Ciclo Vital, y centrado en la etapa de la adultez mayor fundamentalmente es el que enuncian Trujillo, Tovar y Lozano (2004). Proponen la operativización del constructo de Calidad de Vida durante el ciclo vital atendiendo a tres ejes temáticos: persona-sociedad, objetivo-subjetivo y biografía-historia. Cada uno de estos ejes tiene dos polos que se relacionan, y a su vez establecen relaciones interactivas con los demás ejes, lo cual exige formular para cada una de ellas preguntas de investigación e hipótesis, decidir diseños de investigación, construir y aplicar instrumentos, recoger información, sistematizar y analizar e interpretar esta información para poder avanzar en el estudio de la Calidad de Vida. Finalmente, los autores destacan que dichas categorías, coinciden en su formulación general con los tres principales aspectos de la Calidad de la Vida que viene utilizando Naciones Unidas para la formulación y el seguimiento de políticas de Calidad de Vida en la adultez mayor: Bienestar y Salud, Redes de Apoyo Social y Seguridad Económica.

Más recientemente, los mismos autores matizan el modelo propuesto reconociendo la importancia de las percepciones y las actitudes de las personas, considerando además de las condiciones objetivas de vida, la satisfacción y el bienestar subjetivos. Este trabajo se orienta a dimensionar el papel que tienen los aspectos subjetivos de la persona, en interacción con las características objetivas de su entorno, y en la configuración de su Calidad de Vida (Trujillo, Tovar y Lozano, 2007).

Yanguas (2006) considera que el *Modelo de Calidad de Vida aplicado a personas mayores* que más vigencia tiene es el propuesto por Margaret y Paul Baltes (1990), que ofrecen un modelo psicológico de competencia para el estudio del envejecimiento con éxito denominado de *optimización selectiva con compensación* (modelo SOC). Como ha sido descrito en el capítulo 1, la puesta en marcha de los mecanismos de selección, optimización y compensación posibilita que la persona pueda vivir una vida de calidad efectiva, aunque restringida.

Hay estudios que avalan dicho modelo destacando el uso de diferentes mecanismos adaptativos a la hora de plantearse objetivos vitales, tales como el de Ebner, Freud y Baltes (2006) que comprueba que los adultos mayores tienden a plantearse sus objetivos vitales en relación con el mantenimiento y la prevención de las pérdidas, lo que correlaciona positivamente con el bienestar. Los autores concluyen que el cambio en la orientación de los objetivos se analiza como un mecanismo de adaptación ante las oportunidades y limitaciones que presenta la edad adulta. En la misma línea, Kotter-Grühn, Scheibe, Blanchard-Fields y Baltes (2009) proponen que, como una estrategia de compensación para hacer frente a las pérdidas, los deseos vitales pueden desarrollarse a partir de objetivos personales. Otra forma de hacer frente a las pérdidas en la última etapa vital está relacionada con los mecanismos utilizados por las personas mayores para predecir la muerte, lo que correlaciona con los cambios respecto al bienestar subjetivo de las mismas (Gerstorf, Ram, Röcke, Lindenberger y Smith, 2008). Otros estudios plantean que el abordaje de objetivos basados en la propia historia personal posibilita un desarrollo exitoso de la adultez, puesto que la persona mayor se muestra más comprometida

con su consecución (Hensley, Martin, MacDonald y Poon, 2010; Riediger, Freund y Baltes, 2005; Salmela-Aro, Aunola y Nurmi, 2007).

### 1.1. Estudio de la Calidad de Vida en las Personas Mayores

La Calidad de Vida referida a la población mayor surge a mediados de los 70 para describir las circunstancias que definen a este colectivo (Fernández-Mayoralas, 2007) como indicador de envejecimiento satisfactorio (Fernández, 2007; Maldonado y Mendiola, 2009), aunque un aumento de la longevidad no está necesariamente asociado a una mejor Calidad de Vida (Schwartzmann, 2003).

El interés por el constructo ha ido creciendo para clarificar su definición y para medirlo en relación con las personas mayores (Kelley-Gillespie, 2009; Sainz, 2006). En este contexto, el envejecimiento es un proceso complejo (Cuenca, 2008) cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital (Sarabia, 2009). A veces la satisfacción de necesidades en personas mayores viene dada por la atención de servicios a nivel asistencial y no de forma integral (Sanduvete, 2004).

Desde la perspectiva del buen envejecer (Fries, 1989), saludable (OMS, 1990), competente (Fernández-Ballesteros, 1996), con éxito (Baltes y Baltes, 1990; Rowe y Kahn, 1987) o activo (OMS, 2002). Son numerosas las aportaciones centradas en diferentes variables psicosociales, cuyos contenidos más importantes en la población mayor vienen siendo la salud, la competencia física, cognitiva y afectiva, las condiciones económicas y sociales (Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Caprara, 2007; Fernández-Ballesteros, Reig y Zamarrón, 2009; Ryerson, 2008), la adaptación exitosa al entorno (Barriga, 2005; Castellón y Romero, 2004; Reig, 2003), la mejora de la Calidad de Vida con una adecuada autoestima (Alaphilippe, 2008; Collins y Smyer, 2005; Márquez, Izal, Montorio y Losada, 2008), el envejecimiento exitoso que se identifica con el ocio, la autonomía personal y posibilidad de tener unas relaciones más humanas (Baltes y Baltes, 1990; Baltes, 1999; Caprara, 2009; Fernández-Ballesteros, 1999, 2002, 2008; OMS, 1990, 2002; Rowe y Kahn, 1997, 1999; Sáez, 1997).

La Calidad de Vida es descrita con *dimensiones* objetivas y subjetivas (Birren y Schaie, 2001; Izal y Montorio, 1999; Molina, Meléndez y Navarro, 2008), de manera que la mayoría de las personas mayores evalúa su Calidad de Vida positivamente en relación con los contactos sociales, la dependencia, la salud, los aspectos materiales y las comparaciones sociales (Netuveli y Blane, 2008).

Partiendo de una concepción multidimensional de la Calidad de Vida en la vejez, Fernández-Ballesteros (1997, 1998) considera que ésta depende del contexto y de la persona, y concluye que la posición social, la edad y el género son circunstancias más importantes que vivir en el propio domicilio o en una residencia en relación con las dimensiones de la calidad vital. Tomando el modelo multidimensional de Calidad de Vida propuesto por Fernández-Ballesteros, Calso et al. (2002) destacan diferencias significativas en dimensiones como la salud, la red formal, las condiciones socio-económicas y el apoyo sociofamiliar, las cuales modulan la percepción de fragilidad por la persona mayor. Existe un modelo holístico propuesto por Kelley-Gillespie (2009) que extiende los aspectos relativos a la salud e incluye los elementos “no físicos” relacionados con el bienestar, destacando el bienestar social, bienestar físico, bienestar psicológico, bienestar cognitivo, bienestar espiritual y bienestar ambiental. Estos factores son determinantes de la percepción de calidad que tienen los adultos mayores.

Atendiendo a la multidimensionalidad del constructo (Fernández, Iglesias, Elizalde, Martínez y Rodríguez, 2005; Parra et al., 2010), se ha analizado la dependencia y la Calidad de Vida en las personas mayores en base al grado de discapacidad, las expectativas a la hora de recibir ayudas y el apoyo informal recibido (Berjano, 2005); se han evaluado las necesidades percibidas y elaborado instrumentos que evalúen la Calidad de Vida multidimensional de las personas con discapacidad que envejecen a partir de la concepción teórica de Schalock (Alcedo, Aguado, Arias, González y Rozada, 2008, 2009; Aguado y Alcedo, 2004; Gómez, Verdugo, Arias y Navas, 2008).

El modelo teórico de Schalock continua desarrollándose, y ha sido validado por la revisión de las investigaciones publicadas en el periodo 1985-1999 en las áreas de personas mayores y educación entre otras (Verdugo y Martín, 2002; Verdugo y Schalock, 2001; Schalock y Verdugo, 2002). En la misma línea, en la revisión teórica realizada por Gómez, Verdugo, Arias y Navas (2008) para delimitar y evaluar el concepto de Calidad de Vida en personas mayores, parten del modelo de Schalock y Verdugo (2003) según el cual la Calidad de Vida individual es un estado deseado de bienestar personal (Brown, Keith y Schalock, 2004; Schalock y Verdugo, 2007) que es multidimensional, tiene propiedades culturales y aculturales (Jenaro et al., 2005; Schalock et al., 2005), tiene componentes objetivos y subjetivos, está influenciada por factores personales y ambientales e incorpora la perspectiva de sistemas que engloba múltiples ambientes que influyen en la vida de las personas (Keith y Bonham, 2005; Schalock, Gardner y Bradley, 2007; Schalock, Bonham y Verdugo, 2008; Schalock, Verdugo, Bonham, Fantova y Van Loon, 2008).

Otro trabajo analiza la importancia subjetiva de cinco dimensiones de la Calidad de Vida en adultos mayores de 65 años no institucionalizados, otorgando un valor descendente a la salud, la autonomía personal, las redes de apoyo familiar y social, vivir en el domicilio propio y la realización de actividades sociales (Elosua, 2010). Referente a las personas mayores que viven en sus domicilios, éstas cuentan con un buen estado de salud y un apoyo social bien establecido que hace difícil la detección de los beneficios de programas educativos que mejoren la Calidad de Vida (Zabalegui et al., 2006).

El estudio del estado emocional y los recursos personales para afrontar la vida en la vejez ha manifestado un interés creciente en el campo de la Calidad de Vida, dando lugar a investigaciones que evidencian su contribución en la satisfacción con la vida, y su interrelación con dimensiones como la *salud* (Garrido et al., 2002; Jentoft et al., 2003; Prieto-Flores et al., 2008; Requena, Martínez y Ortíz, 2010). Específicamente, en relación con la percepción de salud, la población mayor manifiesta que, padecer enfermedades y/o discapacidades, empeora la percepción de aquélla (Ruíz et al., 2007; Séculi et al., 2001). Así, a la hora de evaluar la salud ha de considerarse indicadores psicológicos como el bienestar en relación con la calidad de vida (Navarro, Meléndez y Tomás, 2008) y la autopercepción positiva o negativa de salud (Pinto, Bezerra y Portela, 2009). Un trabajo reciente destaca que los cuidados de salud tiene efectos positivos sobre variables psicosociales como la satisfacción y la Calidad de Vida de las personas mayores frágiles (Jakobsson, Kristensson, Hallberg y Midlöv, 2010).

En relación con las personas mayores que reciben *formación*, hay un estudio que analiza la Calidad de Vida percibida por las personas mayores de un programa de formación universitario gerontológico confirma que el primer aspecto a tener en cuenta para gozar de una buena Calidad de Vida es la salud, en segundo lugar valerse por sí mismo, en tercer lugar mantenerse activo, en cuarto disponer de buenos servicios sociales y sanitarios, en quinto tener buenas relaciones con los familiares y en sexto lugar tener una vivienda cómoda (Antelo, 2005). En la misma línea, la salud autopercebida y la educación tienen efectos positivos en la percepción de la Calidad de

Vida, frente personas con difícil situación socioeconómica que perciben una Calidad de Vida más empobrecida. (Yahaya, Siti, Momtaz & Hamid, 2010).

Para el presente estudio se considera la Calidad de Vida de la persona mayor que forma parte de los Programas Universitarios de Mayores desde un *enfoque positivo y activo*. La Calidad de Vida se relaciona con indicadores de salud, bienestar y satisfacción de necesidades (Iglesias-Souto y Dosil, 2005). Se parte de las potencialidades de la persona mayor para adaptarse a su entorno y así protagonizar un envejecimiento exitoso mediante estrategias acomodativas o actividades instrumentales como formarse en un programa universitario (Tones y Pillay, 2007).

## 2. Apoyo Social

El interés por el Apoyo Social surge en los años 70 en estudios relacionados con la salud (Rodríguez, Pastor y López-Roig, 1993) y concretamente con el estrés en situaciones de crisis (Vega y González, 2009), subrayando los elementos subjetivos y objetivos y su naturaleza interactiva (Barrón, 1996). A finales de los 80 surgen propuestas integradoras aunando las distintas dimensiones del apoyo. El Apoyo Social es un constructo dinámico, multidimensional y complejo que se encuentra aún en una fase de desarrollo conceptual y metodológico (Arias y Barrón, 2008; Schroevers, Helgeson, Sanderman y Ranchor, 2010; Terol, López-Roig, Pastor, Martín-Aragón y Neipp, 1999; Terol et al., 2004), lo que hace que no exista una definición clara y consensuada del mismo (Díaz-Veiga, 1993; Fernández-Ballesteros, 2001a, Sánchez, 2004).

Las definiciones integradoras de Apoyo Social refieren los elementos y dimensiones que lo componen. En 1996 Barrón considera que una definición integradora de Apoyo Social es la que incluye la provisión instrumental y/o expresiva, real o percibida, aportada por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. La misma autora, basándose en Vaux (1988), refiere que es un metaconstructo que relaciona los recursos de la red de apoyo, las conductas de apoyo y su evaluación en un proceso dinámico de transacciones entre la persona y su ambiente. Más tarde, Barrón (2004, p. 98) define el Apoyo Social como “todas las transacciones de ayuda, tanto de tipo emocional como informacional y material, que recibimos de nuestras redes informales, íntimas, otros grupos y comunidad global, incluyendo las transacciones reales, así como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida”. De esta forma, el Apoyo Social incluye todas las transacciones de ayuda, emocionales, informativas y materiales, que recibimos de nuestras redes sociales de forma real y percibida y que está relacionado con la satisfacción de las mismas (Arias y Barrón, 2008; Barrón, 2004). Fernández-Ballesteros, Reig y Zamarrón (2009), por su parte, entienden el Apoyo Social en el contexto de las relaciones informales como la provisión y recepción de bienes, servicios y beneficios, tangibles como el transporte, la ayuda cuando se está enfermo o la ayuda económica, e intangibles como el consejo, la información o la compañía.

Respecto a la *dimensionalización* del Apoyo Social, Fernández-Ballesteros (2001a) y Fernández-Ballesteros, Reig y Zamarrón (2009) estudian el Apoyo Social desde la perspectiva funcional y psicológica. Éste posee una dimensión estructural, una dimensión funcional (Sánchez, 2004; Terol et al., 2004) y una dimensión interactiva contextual (Terol et al., 1999). El presente trabajo se centrará en la clasificación propuesta por Martínez y García (1995) que hacen referencia a tres dimensiones: estructural, procesal y contextual.

La *dimensión estructural* se refiere a las características de la persona demandante de ayuda y a las del contexto comunitario donde se encuentran los posibles recursos de apoyo. Meléndez, Tomás y Navarro (2007) y Vega y González (2009) afirman que la dimensión estructural se centra en el análisis de los elementos objetivos del Apoyo Social. Entre las variables que integran la dimensión estructural están, por un lado, el *tamaño* entendido como el número de personas con las que la persona mantiene contacto personal. Y por otro, la *frecuencia* de contactos, en base al grado de accesibilidad a las personas desde la red social personal.

Considerando que las *redes sociales* son parte inherente a la dimensión estructural, es fundamental hacer una aproximación terminológica al concepto de Redes de Apoyo Social (RAS). La red de apoyo se contextualiza en un nivel medio de la estructura social de la persona, entre el nivel macro o comunidad y el nivel íntimo o relaciones de confianza (Méndez y Barra, 2008). En los inicios, Gottlieb (1981, 1985) entiende que la red social es la unidad de la estructura social

que incluye todos los contactos sociales del individuo. En la delimitación conceptual del término red social algunos autores han establecido la distinción entre red social informal y red social formal (Díaz-Veiga, 1987; Gracia, 1997; Oca y Montes de Oca, 2005; Santos-Olmo, Ausín, Muñoz y Serrano, 2008). Redes informales de apoyo serían “aquellas relaciones sociales que emergen del contexto de forma natural, tales como la familia, amigos, compañeros de trabajo, etc., y que pueden considerarse “fuentes” proveedoras de apoyo emocional, económico, instrumental, etc.” (Díaz-Veiga, 1987, pp. 125-126). Las redes formales de apoyo comprenderían aquellos sistemas proveedores de apoyo organizados institucionalmente y cuyo surgimiento no es espontáneo. En relación con las redes, Acuña y Hernández-Pozo (2009) realizan una revisión que examina las características presentes en los estudios que describen las funciones de las redes de apoyo social en la población adulta mayor, afirmando que uno de los principales problemas al que se enfrentan los investigadores es la falta de consenso respecto de los elementos que se consideran como parte de la red, lo cual genera avances lentos e incipientes.

La *dimensión procesal* incluye la *dimensión conductual* de tipo emocional, instrumental e informacional, y la *perceptiva* referente al apoyo recibido y percibido. El *apoyo emocional*, también denominado expresivo o de desahogo, implica la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos y experiencias personales, fortaleciendo la autoestima y fomentando la salud y el bienestar de las personas (Gracia, Herrero y Musitu, 2002). El *apoyo instrumental*, definido como la prestación de ayuda material directa o servicios, hace referencia a las interacciones entre las personas que posibilitan la resolución de problemas. El *apoyo informacional* alude a las informaciones necesarias que moldean las estrategias de afrontamiento emocional y conductual ante las distintas demandas del entorno (Fernández, 1998). Dentro de la *dimensión perceptiva* del apoyo, el *apoyo recibido* es el apoyo que realmente se da y se muestra en interacciones observables. El *apoyo percibido* se basa en las valoraciones subjetivas que llevan a cabo tanto el proveedor como el receptor (Gracia, Herrero y Musitu, 1995, 2002). En este sentido, la *dimensión perceptiva* hará no sólo que el apoyo sea adecuado y efectivo, sino que redundará en la satisfacción con el mismo, así como en el fortalecimiento de las relaciones proveedoras de apoyo (Haber, Cohen, Lucas y Baltes, 2007).

La *dimensión contextual* o sistema donde radican las fuentes de recursos a las que las personas acuden para proveerse de los mismos y/o satisfacer sus necesidades. Argyle (1993) establece tres tipos de fuentes principales de apoyo: el cónyuge, hijos y familia, los amigos y las relaciones laborales. Referente al *cónyuge, hijos y familia* son definidos como fuentes informales de apoyo, así como los recursos primarios a los que las personas acuden cuando necesitan ayuda para afrontar problemas de la vida diaria. La ayuda de los familiares aporta sensación de felicidad tanto en el receptor como en el proveedor (Montes de Oca, 2009; Stevenson, Henderson y Baugh, 2007). Los *amigos* suponen una interacción con las personas con las que se tiene una relación de amistad o que forman parte de la red social próxima. Su apoyo ha sido relacionado mayormente con el apoyo instrumental, emocional y de integración social (López et al., 2007; Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006). Asimismo, existen estudios que confirman una relación positiva entre el apoyo recibido de las relaciones de amistad y el bienestar de la persona mayor (Arias y Polizzi, 2010; Birditt, Jackey y Antonucci 2009; Plickert, Cote y Wellman, 2007; Xie, 2008). Además, el Apoyo Social informal es un importante determinante del conocimiento y uso que la persona mayor hace de los servicios formales que existen a su disposición (Chou, Lee, Lin, Chang y Huang, 2008; Denton et al., 2009).

Considerando esta propuesta, en la Tabla 3 se muestra una síntesis referente a cada una de las dimensiones descritas, según las variables contenidas en los instrumentos empleados para el presente estudio.

**Tabla 3. Principales dimensiones del Apoyo Social**

DIMENSIÓN ESTRUCTURAL	DIMENSIÓN PROCESAL	DIMENSIÓN CONTEXTUAL
Análisis de las redes sociales: -Tamaño -Frecuencia de contactos	Funciones del apoyo o dimensión conductual: -Apoyo emocional -Apoyo material o instrumental -Apoyo informacional Apoyo Percibido vs. Recibido o dimensión perceptiva: -Apoyo percibido -Apoyo recibido	Relaciones sociales y fuentes de apoyo: -Cónyuge -Hijos -Familia -Amigos

Desde una óptica interventiva, el Apoyo Social ha sido abordado desde diversos tipos, fuentes y ámbitos. Así, referente a los distintos *tipos de apoyo*, se ha analizado la relación existente entre el Apoyo Social recibido y percibido (Haber, Cohen, Lucas y Baltes, 2007; Reblin, 2008), las dimensiones de Apoyo Social en pacientes con alteraciones alimenticias (Quiles y Terol, 2009), el apoyo informativo en estudiantes de secundaria (López y Salas, 2006). Ha sido destacado el análisis del apoyo percibido en la victimización entre iguales (Yubero, Ovejero y Larrañaga, 2010); frente a los acontecimientos vitales estresantes (Barrón y Chacón, 1992); o en pacientes con infección por VIH (Carroble, Remor y Rodríguez, 2003). Respecto de las *fuentes* de Apoyo Social hay trabajos que revisan la elección de las mismas en poblaciones inmigrantes (García, Martínez y Albar, 2002; Martínez y Martínez, 2006; Molina, Lerner y Gómez, 2008). En relación con la *familia*, se ha analizado el Apoyo Social en mujeres de familias monoparentales y biparentales (Landeró y González, 2006), en madres en situación de riesgo psicosocial (López et al., 2007), el rol mediador del Apoyo Social en el funcionamiento y comunicación familiar referente al consumo de sustancias en la adolescencia (Jiménez, Musitu y Murgui, 2006), el perfil psicosocial en familias en situación de riesgo (Menéndez, Hidalgo, Jiménez, Lorence y Sánchez, 2010). En *personas discapacitadas* se ha estudiado la influencia del Apoyo Social en personas dependientes que reciben asistencia en hogares (Alustiza, 2006), en adolescentes discapacitados motores que reciben el apoyo de voluntarios (Morales, Cerezo, Fernández, Infante y Trianes, 2009). También se ha estudiado la importancia del Apoyo Social para el bienestar de las mujeres reclusas (Galván et al., 2006), en relación con el consumo de drogas y su tratamiento (Galván, Serna y Hernández, 2008) en personas jóvenes (Añaños y Bedmar, 2008); en la predicción de la permanencia del voluntariado socioasistencial (Arias y Barrón, 2008); y en el ámbito de las coaliciones comunitarias como estrategia participativa (Martínez y Martínez, 2003). Otros estudios han investigado la relación existente entre el Apoyo Social y la *salud* a través de la confirmación de modelos explicativos del estrés y de los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones estructurales (González y Landeró, 2008); de la predicción de la salud mental y física de las mujeres según un modelo estructural (González, Landeró y Ruíz, 2008); analizando el Apoyo Social con la estructura social y la salud mental (Barrón y Sánchez, 2001) y el ajuste psicológico en contextos comunitarios (Gracia y Herrero, 2006). Es importante destacar la relación positiva entre Apoyo Social, *autoestima*, autovaloraciones y relaciones interpersonales

(Calvo y Díaz, 2004; Goodwin, Costa y Adonu, 2004; Gracia y Herrero, 2004; Guichard, 2008; Reddy, 2009).

El Apoyo Social ha sido abordado desde múltiples *modelos teóricos*. Una de las taxonomías de los modelos de Apoyo Social más conocidas es la de Cohen (1988) que clasifica los modelos en genéricos, centrados en el estrés y en los procesos psicosociales, según los efectos del Apoyo Social en la salud y enfermedad (López-Cabanas y Chacón, 1997).

Considerando la clasificación original propuesta por Cohen (1988), los *modelos genéricos* afirman que el Apoyo Social se relaciona con distintas enfermedades, bien a través de su influencia en aquellos patrones conductuales que incrementan o reducen el riesgo de padecer distintos trastornos, o bien por su efecto sobre las respuestas biológicas que inciden en dichos trastornos. Entre estos modelos podemos destacar el Modelo General de Salud Mental planteado por Barrón y Sánchez (2001), que relaciona la estructura social y la salud mental a través de dos niveles de mediación, uno ambiental y social. Por otro lado, González y Landero (2006, 2008) buscan la relación de la depresión con variables ambientales (apoyo social) y variables personales (estrés, estatus laboral, autoestima y algunas variables demográficas). Martos, Pozo y Alonso (2008), por su parte, proponen un modelo para el análisis de las dos vías posibles de influencia del apoyo social sobre la salud y el bienestar: una directa en la que el apoyo social mostraría su influencia sobre la salud y el bienestar; y otra indirecta en la que las conductas de salud serían el antecedente de la salud y el bienestar.

Los *modelos centrados en el estrés* hipotetizan un efecto directo del Apoyo Social sobre la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés, y otro amortiguador donde el Apoyo Social sólo tiene efectos beneficiosos en condiciones de alto estrés. Entre los estudios recientes que avalan estos modelos encontramos el de Freeman y Rees (2010) cuyo objetivo es determinar si el apoyo percibido de los deportistas predice sus niveles de autoconfianza. Otro trabajo analiza el Apoyo Social como un recurso protector para el ajuste de los adolescentes (Jiménez, Musitu y Murgui, 2006).

Los *modelos de proceso psicosocial* describen la naturaleza de la mediación psicosocial en la relación Apoyo Social y salud. Estos modelos tratan de especificar los procesos biológicos y psicológicos implicados en dicha relación, y evalúan por separado los efectos protectores y directos. Uno de los modelos que tiene en cuenta los procesos psicosociales es el propuesto por Kahn y Antonucci (1980), denominado *modelo del convoy social*. En él, a medida que la persona evoluciona a través de su ciclo vital, va formando parte de una red de vínculos de apoyo. Estudios que han utilizado el modelo del convoy social son, por ejemplo, el de Pinheiro, Koller, Novo y Sánchez-Soares (2007), cuyo objetivo fue adaptar una medida de Apoyo Social a la población mayor para así describir la estructura y la función de las redes de apoyo de la muestra; el de García, Martínez y Albar (2002) que estudia la elección de fuentes de apoyo social entre inmigrantes, destacando la preferencia por el apoyo de vínculos familiares, aunque prevalecen los amigos en demandas psicológicas cotidianas; y el de Santolaya, Martínez, García y Albar (2002) que lo aplica al proceso de aculturación de los inmigrantes en relación con los recursos sociales naturales.

Partiendo de esta taxonomía, Barrón (1993) revisa los distintos modelos y los clasifica en *modelos generales del Apoyo Social* y en *modelos específicos*. Los modelos generales plantean si el Apoyo Social tiene efectos positivos sobre la salud y el bienestar, y además contempla dos formas de actuar: efecto directo o principal y efecto protector o amortiguador del Apoyo Social.

Los modelos específicos estudian cómo el Apoyo Social tiene dichos efectos beneficiosos, así como los mecanismos a través de los cuales puede cumplir las dos funciones anteriores.

Por otra parte, Yanguas en 2006 destaca que las teorías más importantes para estudiar el fenómeno del Apoyo Social han sido: la *teoría del estrés* (Cohen y Wills, 1985) que formula la relación entre Apoyo Social y el bienestar mediante la hipótesis del efecto directo y amortiguador; la *teoría de la necesidad*, donde la salud de la persona depende de la disponibilidad de recursos sociales para satisfacer sus necesidades (Veihel, 1985); y la *teoría del efecto funcional*, destacando que el efecto del Apoyo Social se basa en las relaciones sociales que refuerzan u obstaculizan conductas o intenciones para la salud (Kaplan y Toshima, 1990).

Desde el punto de vista de la teoría social, Molina, Lerner y Gómez (2008) analizan las redes personales que emplean los inmigrantes. Consideran que el Apoyo Social y las redes sociales pueden ser estudiadas desde una perspectiva micro, meso y macro. La perspectiva micro considera universos de significados de las personas; la perspectiva meso estudia los acontecimientos y las relaciones cotidianas; y desde la perspectiva macro se valoran los condicionantes macroestructurales de sus vidas al tener en cuenta sus posiciones en la estructura socioeconómica e institucional.

En general, existe un modelo de Apoyo Social que sostiene que la participación activa en los espacios sociales y la integración familiar y comunitaria incrementan el bienestar y la calidad de vida. Entre los principales fundamentos de este modelo teórico destacan: a) se centra en el estudio de los aspectos sociales, b) posee un importante interés preventivo, c) se interesa de manera fundamental por las problemáticas de personas en situación de fragilidad, d) se centra en el trabajo con los recursos y potencialidades, e) persigue el logro de cambios a partir de la implicación activa de los involucrados en el problema y f) apunta al fomento y desarrollo, tanto a nivel individual como grupal, institucional y comunitario (Arias, 2009).

### *2.1. Estudio del Apoyo Social en las Personas Mayores*

La población mayor va en aumento y disponer de una red de Apoyo Social implica su integración social, evitando el aislamiento, aumentando el bienestar y la calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1992; Fernández, 1998; Fernández, 2002; Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2002; Litwin y Shiovitz-Ezra, 2006; Montes de Oca, 2003; Moon, Park y Cho, 2010; Netuveli y Blane, 2008; Pinazo, 2005; Rodríguez, 2009). También mejora su percepción de salud (Fiori, Antonucci y Cortina, 2006; Díaz, 2009) y bienestar psicofísico, lo que justifica la proliferación de estudios que analicen las funciones de dicho apoyo (Acuña y Hernández-Pozo, 2009; López et al., 2007).

La evaluación de la red de Apoyo Social constituye una herramienta fundamental para hacer una valoración integral de las personas mayores y diseñar intervenciones ajustadas a sus necesidades (Arias, 2009). Existen estudios que pretenden evaluar diferentes aspectos del Apoyo Social en relación con las personas mayores a través de diferentes instrumentos de medida, como el Apoyo Social percibido (Calvo y Díaz, 2004) a través de la participación en grupos de apoyo (Hombrados, García y Martíportugués, 2004); la red de Apoyo Social a través del modelo de Convoy Social (Pinheiro, Koller, Novo y Sánchez-Soares, 2007); o la detección de la soledad y del aislamiento social en personas mayores de riesgo (Puig, Lluch y Rodríguez, 2009).

Otros trabajos relacionan los efectos del Apoyo Social en diferentes variables psicosociales para la consecución de una mejor calidad de vida de las personas mayores (Eriksson y Lindström, 2006; Fernández-Ballesteros, 2002; Hombrados y García, 2003; Moon, Park y Cho, 2010; Requena, Martínez y Ortíz, 2010; Warner, Schuz, Wurm, Ziegelmann y Tesch-Romer, 2010); la promoción de la integración social (Durán, Orbegoz, Uribe-Rodríguez y Uribe, 2008); y en el fomento de las relaciones sociales con la ciudadanía a partir de acciones educativas (Luppi, 2010). Recientemente, se ha analizado cómo el Apoyo Social instrumental y emocional modulan el bienestar psicológico en función de la proximidad de las fuentes proveedoras de apoyo (Merz y Huxhold, 2010), y el bienestar integral en la vejez (Arias y Polizzi, 2010; Calso et al., 2002; Saito, Sagawa, Kanagawa, 2005) y el ajuste biopsicosocial (Herrero y Gracia, 2005); en el mantenimiento de estilos de vida saludables (Laditka et al., 2009); en la promoción de la autonomía y la salud en ancianos institucionalizados (Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006), y del autocuidado (Rubio y Rico, 1997; Zabalegui et al., 2008); en la autoestima de la persona mayor como variable predictora (Goodwin, Costa y Adonu, 2004; Goodwin y Hernández, 2000; Lyyra y Heikkinen, 2006; Reblin, 2008; Reddy, 2009).

El Apoyo Social también ha sido estudiado como variable moduladora en el afrontamiento del estrés en acontecimientos vitales, destacando una relación positiva entre ambos aspectos (Collins, 2004; Stefani y Feldberg, 2006; Zettle, 2005); en la promoción de un contexto normalizado para las personas mayores con riesgo de aislamiento social (Santos-Olmo, Ausín, Muñoz y Serrano, 2008); en la gestión de la ansiedad que produce la preparación a la jubilación (Chiesa y Sarchielli, 2008).

De manera específica, la línea de investigación que plantean Gracia y Musitu (2000), Herrero y Gracia (2003) y Yanguas, Leturia y Arranz (2000) se centra sobre el efecto del *Apoyo Social informal* en la *calidad de vida* de las personas. Destacan la importancia de los hijos y los amigos íntimos a la hora de afrontar la vida con una mayor y mejor calidad de vida. Berjano (2005) propone un modelo de calidad de vida en el que se analiza fundamentalmente el grado de apoyo informal que recibe la persona mayor en situación de dependencia en su familia. Para ello recurre a las conclusiones de un estudio realizado por Berjano, Ariño y Llopis en 2004 sobre la dependencia y sus implicaciones psicosociales. Este autor considera que un primer indicador para predecir la calidad de vida en situación de dependencia lo conformará la posibilidad de ser atendido en el propio domicilio de la persona mayor, bien por cuidadores formales (servicios sociales), bien a través del apoyo informal (familia).

Dada la importancia de determinar el tipo de apoyo, formal o informal, Martínez, García y Mendoza (1993, 1995) concluyen que el análisis de la *estructura y las características* de los recursos naturales de apoyo en personas mayores posibilita la prevención de problemas, el afrontamiento de acontecimientos vitales y la promoción de bienestar, destacando que las personas que viven en sus domicilios mantienen apoyos sociales más amplios y facilita una mayor integración social mediante actividades de ocio.

Respecto de las *fuentes de apoyo*, éstas van cambiando, siendo más importantes las parejas en las primeras franjas de la vejez, las cuales serán reemplazadas por los hijos a medida que la edad aumenta (Meléndez, Tomás y Navarro, 2008) o incluso por los nietos que pueden incrementar la satisfacción vital de los mayores (Lou, 2010). La mayoría de personas mayores mantienen un contacto frecuente con la familia de la que reciben apoyo y diversos servicios (Alustiza, 2006; Jáuregui, 2001; Montes de Oca, 2009). La interacción con las amistades también puede ser un

importante mecanismo para la integración de la persona mayor en la comunidad estando relacionada positivamente con el ajuste psicológico (Gracia y Herrero, 2004, 2006). Otros trabajos se han interesado por el análisis diferencial del apoyo proporcionado por familiares y amigos. De manera que, la ayuda prestada por la familia es importante durante los periodos de crisis, mientras que el apoyo prestado por amigos sirve para reforzar relaciones sociales mutuamente provechosas y contribuye a favorecer la interacción social de la persona mayor que conserva su autonomía personal (Lisazo, Sánchez de Miguel y Reizabal, 2008; López et al., 2010).

Las personas integradas socialmente y miembros de familias nucleares gozan de más Apoyo Social que las que se insertan en familias monoparentales (Landro y González, 2006). Se ha prestado atención a determinar la importancia del Apoyo Social en facilitar el ajuste de los mayores a eventos vitales como la viudez, la institucionalización o los cambios de domicilio (Angel, Angel y Hill, 2009; Krause, 2007b; Stroebe, Zech, Stroebe y Abakoumkin, 2005), o a las dificultades de los proveedores de apoyo cuando intentan proporcionar ayuda a largo plazo a estas personas (Oliver, Navarro, Meléndez, Molina y Tomás, 2009). Las relaciones sociales son la fuente de recursos de apoyo, de ahí que la falta de integración social provoque una merma en el bienestar de la persona (Cornwell, Laumann y Schumm, 2008; Fernández-Ballesteros, 2001b; Galván et al., 2006).

Desde un punto de vista cuantitativo, en los grupos de mayor edad existe un decremento significativo del número de contactos sociales establecidos, debido a que a mayor edad se buscan relaciones de mayor proximidad e intimidad (Fernández-Ballesteros, Reig y Zamarrón, 2009). Otro trabajo muestra la relación entre la edad y los apoyos sociales existentes, de manera que durante la vejez se produce un descenso de la actividad social (Schnittker, 2007), aunque mantienen la existencia de redes sociales proveedoras de apoyo (Besser y Priel, 2007); incluso otros autores ofrecen un punto de vista diferente donde se afirma que el Apoyo Social no disminuye necesariamente en la tercera edad en contraposición con una percepción de las personas mayores como dependientes, desasistidas, inactivas, aisladas y con una vida social en constante declive (Aiken, 2001; Gracia, Herrero y Musitu, 2002; Greller y Richtermeyer, 2006; Herrero y Gracia, 2005).

En este estudio se focaliza el análisis del Apoyo Social de las personas mayores que asisten a los Programas Universitarios de Mayores desde un enfoque positivo en que las relaciones sociales se ven incrementadas por hecho de asistir a la Universidad (Orte, 2006). El Apoyo Social de las personas mayores se traduce asimismo en analizar no sólo qué tipo de Apoyo Social, instrumental, informativo o afectivo, reciben y perciben, sino también en qué medida éste satisface sus necesidades emocionales y de relación social (Orte y Vives, 2006). Desde una perspectiva de envejecimiento saludable, se parte de la relación entre Apoyo Social y salud, como la capacidad para llevar una vida independiente, con una ajustada función psicofísica (Berkman y Glass, 2000; Chalise, Saito, Takahashi y Kai, 2007; Guichard, 2008; Otero, 2009). El Apoyo Social de las personas mayores promueve las relaciones interpersonales a través de diferentes programas como son los de intercambio generacional, el acceso de los mayores a la Universidad o actividades culturales (Caprara, 2009).

### 3. Bienestar Psicológico

Muchos filósofos y científicos sociales se ha ocupado de la definición del Bienestar (Diener, 1994). Hoy día se vienen desarrollando investigaciones sobre el Bienestar que han ampliado el mapa conceptual de este constructo (Díaz et al., 2006). Además, Tomás, Meléndez y Navarro (2008) plantean que es necesaria una aproximación tanto teórica como empírica en el análisis del Bienestar en diferentes edades.

El Bienestar es un concepto confuso (Kahn y Juster, 2002), multifacético y dinámico que incluye dimensiones subjetivas, sociales y psicológicas. No obstante, una definición sencilla de Bienestar es la ofrecida por Rodríguez y García (2005, p. 54) que lo conceptualizan en base a “la satisfacción de necesidades como salud, nutrición, educación, empleo y condiciones de trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, recreo, afecto, libertad y otras”.

Dicho constructo se basa en dos perspectivas: la *hedónica*, relacionada con la felicidad; y la *eudemónica*, ligada al desarrollo del potencial humano (Fernández, 2008; Romero, García-Mas y Brustad, 2009). La tradición hedónica utiliza el constructo de Bienestar Subjetivo (Diener, Lucas y Scollon, 2006) entendido como “la evaluación de la vida en términos de satisfacción y el balance entre los afectos positivos y negativos”; y la eudamónica el Bienestar Psicológico, referido a “la percepción de compromiso con los cambios existenciales de la vida” (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002, p. 1007).

El *Bienestar Subjetivo* se define como “una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas de las personas, la satisfacción con los dominios, y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida” (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999, p. 277). García (2002a, p. 22) amplía el concepto “como el resultado de la valoración global mediante la cual, a través de la atención a elementos de naturaleza afectiva y cognitiva, el sujeto repara tanto en su estado anímico presente como en la congruencia entre los logros alcanzados y sus expectativas sobre una serie de dominios o áreas vitales así como, en conjunto, sobre la satisfacción con su vida.” Así, el Bienestar Subjetivo incluye tres componentes con una relación positiva entre ellos: satisfacción, frecuente experiencia de estados emocionales positivos y ausencia de depresión u otros estados negativos (Argyle, 1993).

El *Bienestar Psicológico* ha sido contextualizado en el marco de la psicología positiva (Seligman, 2003) en relación con la felicidad de las personas (Vázquez, 2009). Es un concepto multidimensional (Ryff y Keyes, 1995; Sánchez-Cánovas, 1994, 1998) compuesto por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (Marmot et al., 1998; Ryff y Singer, 2002). Sin embargo, estas dimensiones han sido ampliadas a dos más, vitalidad y recursos internos, para solventar la crítica sobre el carácter etnocentrista que tenía dicha clasificación (Rodríguez-Carvajal, Díaz, Moreno-Jiménez, Blanco y Dierendonck, 2010). En una exhaustiva revisión teórica realizada por Ryff (1989, p. 1071) el constructo es definido como “las cualidades de tener relaciones positivas con otros, autonomía, propósito en la vida o el crecimiento personal”. Así, el Bienestar Psicológico tiene que ver con tener un propósito en la vida, con que la vida adquiera significado para uno mismo, con los desafíos y con un cierto esfuerzo por superarlos y conseguir metas valiosas (Ballesteros, Medina y Caycedo, 2006; Meléndez, Navarro, Oliver y Tomás, 2009).

Hay autores que diferencian entre Bienestar Psicológico y Bienestar Subjetivo. Triadó (2003), Triadó, Villar, Solé y Osuna (2005) y Villar, Triadó, Solé y Osuna (2003) demuestran que el Bienestar Subjetivo es estable con independencia de la edad, estado de salud o nivel social;

mientras que el Bienestar Psicológico es menor en las personas más mayores y en aquellas que presentan condiciones personales o sociales más desfavorables. Asimismo, las dimensiones de propósito en la vida y crecimiento personal muestran un decrecimiento al comparar personas de mediana edad con personas mayores (Navarro, Meléndez y Tomás, 2008).

Otra diferencia entre el Bienestar Psicológico del Bienestar Subjetivo la marca el uso de distintos indicadores: el primero usa la edad, el sexo, el estado civil, el estatus socioeconómico, el nivel educativo (García, 2002a; Keyes y Shapiro, 2004; Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002), y el tiempo funcional como indicadores principales (Pérez, 2006; Pérez de Guzmán, 2006); mientras que el Bienestar Subjetivo se sirve de indicadores como la autoestima (Diener, 1994); la dimensión emocional con seis factores: emocional negativa, emocional positiva, afectividad positiva, afectividad negativa, expresividad negativa y anticipadores; y la dimensión de satisfacción con siete factores: familia, social, amigos, personal, religión, gobierno y economía (Vera y Tánori, 2002).

A diferencia de los estudios anteriores, otros autores refieren un modelo de máximo ajuste para representar las relaciones entre Bienestar Psicológico y Bienestar Subjetivo que se caracteriza por relacionar de forma global ambos constructos (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002; Díaz, Blanco, Horcajo y Valle, 2007; Meléndez, Navarro, Oliver y Tomás, 2009).

Son muchos los estudios los que avalan la importancia del Bienestar. Éstos se han centrado en definirlo y analizar los instrumentos de medida en sus diferentes dimensiones y ámbitos (Gil, 2007), como el bienestar social (Blanco y Díaz, 2005), el bienestar subjetivo (Laca, Verdugo y Guzmán, 2005), el bienestar psicológico (Díaz et al., 2006), en las relaciones familiares (Sánchez, Parra y Rosa, 2003); sobre la personalidad del self (Levy y Sabbagh, 2008); y la salud (Díaz, Blanco, Horcajo y Valle, 2007; Fairley, Hawk y Pierre, 2010; Grau, Font-Mayolas, Gras, Suñer y Noguera, 2007). Existen investigaciones sobre el bienestar en distintas poblaciones como pacientes de cuidados primarios (Le Roux y Kagee, 2008); o los jóvenes universitarios (Lema et al., 2009; Chambel y Curras, 2005). Otros estudios relacionan de forma específica el bienestar psicológico con los hábitos saludables como la práctica de ejercicio físico (Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2008); el bienestar subjetivo con las redes de apoyo en personas mayores (Vera, Sotelo y Domínguez, 2005) y con los acontecimientos vitales en personas adultas (Kotter-Grühn, Scheibe, Blanchard-Fields y Baltes, 2009; Lacey, Smith y Ubel, 2006). Otras investigaciones analizan de forma general los niveles de bienestar en la última etapa vital (Cava y Musitu, 2000; Ceada, Rojas y Rodríguez, 2008; Gerstorf, Ram, Goebel et al., 2010; Gerstorf, Ram, Mayraz et al., 2010). Asimismo, hay estudios que establecen conexiones entre el Bienestar Psicológico y/o Subjetivo con variables psicosociales como la autoestima (Sani, Bowe y Herrera, 2008), la calidad de vida (Kim, Diener, Tamir, Scollon y Diener, 2005; Levy y Sabbagh, 2008; Perren, Keller, Passardi y Scholz, 2010), y el apoyo social (Blanco y Díaz, 2005; Carrobbles, Remor y Rodríguez, 2003; Inga y Vara, 2006; Mella et al., 2004).

Respecto a las *teorías de Bienestar*, una de las primeras clasificaciones teóricas que se realiza sobre el Bienestar Subjetivo es la propuesta por Diener (1994), que identifica la teoría finalista, la teoría de la actividad, las teorías de juicio, la teoría de placer y dolor, las teorías de arriba abajo frente a teorías de abajo a arriba, las teorías asociacionistas, y finalmente, afirma que pocas teorías se han desarrollado rigurosamente, además de no haberse intentado integrar entre ellas. Entre las teorías y modelos explicativos del Bienestar Subjetivo, García (2002a) destaca la perspectiva *abajo-arriba*, que incluye las teorías finalistas y humanistas, interesada en la satisfacción de las necesidades humanas como vía para conseguirlo; y la perspectiva *arriba-*

abajo, con la *teoría de las Discrepancias Múltiples* de Michalos (1985), centrada en los aspectos interno-perceptivos que condicionan la valoración de la persona acerca de su bienestar. Más tarde, Reig (2004) centra su análisis en las teorías finalistas, de la actividad y de juicio en relación con el Bienestar Psicológico. Otro autor comenta los modelos teóricos básicos que explican el bienestar tales como las teorías universalistas, situacionales, personológicas, adaptativas y de las discrepancias, así como las diferentes metodologías para su medición, tanto en sus componentes afectivos como cognitivos (Castro, 2009).

En la población mayor, el modelo teórico de la *vinculación-desvinculación social* trata de describir y explicar si resulta conveniente o no seguir comprometiéndose en las actividades sociales que se llevaban a cabo anteriormente, y si ello resulta adaptativo y satisfactorio para la persona de edad. La persona mayor presentará un comportamiento más adaptativo y un nivel adecuado de bienestar, bien si continúa comprometiéndose en actividades sociales idénticas a las que hacía en anteriores etapas (vinculación), o bien si restringe su actividad a un ámbito más reducido de actividades (desvinculación) (Yuni y Urbano, 2008). El valor de implicarse en procesos de adaptación que permitan mantener el bienestar de la persona es fundamental (Dillard, Schiavone y Brown, 2008; Waite y Das, 2010). Para ello, las *Teorías del Ciclo Vital* proporcionan una forma de concebir estos procesos adaptativos como un ingrediente del envejecimiento con éxito desde un punto de vista evolutivo (Villar, Triadó, Solé y Osuna, 2003). Desde esta perspectiva, cada persona dispone de un potencial de flexibilidad que se concreta en cierta trayectoria y ciertas elecciones y transformaciones, pero que en determinado momento puede ser modificada hasta cierto punto (Baltes, Lindenberger y Staudinger, 2006; Rook, Mavandadi, Sorkin y Zettel, 2007). Dicha flexibilidad es considerada desde el modelo de *Optimización Selectiva con Compensación*, vinculada con el concepto de envejecimiento satisfactorio (Neri, 2007). El cual considera la vitalidad, resistencia, flexibilidad adaptativa, autonomía, control, integridad, buen ajuste persona-ambiente la variabilidad interindividual y la plasticidad intraindividual y capacidad de aprendizaje de las personas mayores (Leturia, 2007).

### 3.1. Estudio del Bienestar Psicológico en las Personas Mayores

El estudio del envejecimiento desde una dimensión positiva ha generado interés en los últimos años, surgiendo una línea de trabajo centrada en el envejecimiento exitoso que analiza variables como la felicidad (Lacey, Smith y Ubel, 2006; Wood, Kisley y Burrows, 2007), el bienestar (Arias y Soliverez, 2009), la sabiduría (Baltes y Freund, 2007) y las fortalezas en la vejez (Arias, Castañeiras y Posada, 2009) que han aportado evidencia al respecto (Arias, 2009). Esta perspectiva implica el análisis del Bienestar Psicológico como autorrealización, y Subjetivo como felicidad, moral o satisfacción vital (Meléndez, Navarro, Oliver y Tomás, 2009). Asimismo, en la población mayor, donde las condiciones son adversas y existen amenazas de pérdidas, el valor de implicarse en procesos de adaptación que permitan mantener el bienestar resulta fundamental (Villar, Triadó, Solé y Osuna, 2003).

Dada la importancia de analizar el Bienestar, hay estudios que se han centrado en diseñar y validar diferentes instrumentos que determinen la estructura de dicho constructo (Iglesias-Souto y Dosil, 2005; López et al., 2010; Oliver, Navarro, Meléndez, Molina y Tomás, 2009; Tomás, Meléndez y Navarro, 2008; Tomás, Meléndez, Oliver, Navarro y Zaragoza, 2010). Otros trabajos recientes relacionan la predicción del Bienestar positivo con la *calidad de vida* (Le Roux y Kagee, 2008; Waddell y Jacobs-Lawson, 2010) en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas, donde el Bienestar Psicológico no experimenta diferencias entre ambos grupos, mientras que el Bienestar Subjetivo es inferior en los institucionalizados (Molina, Meléndez y Navarro, 2008). La *salud* es analizada como factor influyente sobre el Bienestar

emocional y explicativo sobre la experiencia subjetiva de la misma (Prieto-Flores et al., 2008). También se ha investigado la influencia del bienestar en la salud mental de los mayores (Fragoero, Pestana y Paúl, 2007); y su relación con ayudas socio-recreativas y el clima social que predicen la salud y la satisfacción vital (Fernández-Ballesteros, 2001b); y con una salud y relaciones sociales empobrecidas en la indecisión de objetivos vitales (Hedberg, Gustafson y Brulin, 2010).

El Bienestar Subjetivo también se ha relacionado con las redes de *apoyo social*, siendo mayor en aquellas personas mayores que mantienen una frecuencia alta de contactos y una red extensa (Vera, Sotelo y Domínguez, 2005). No obstante, aunque las personas mayores posean una alta satisfacción vital, muestran una mayor insatisfacción en factores como debilidad corporal, sentimientos de abandono familiar, soledad o desesperanza (Inga y Vara, 2006). Este hecho aumenta el riesgo de institucionalización y de un mayor uso de los servicios sociales del entorno al poseer menos recursos sociales y una percepción de bienestar (Bilsen, Hamers, Don, Groot y Spreeuwenberg, 2010).

Por otro lado, existen autores que relacionan el Bienestar Psicológico con la *autoestima* y la *autoeficacia* de las personas mayores, de manera que, el valor positivo o negativo de éstas modulan el mayor o menor bienestar de la persona (Ortíz y Castro, 2009). Para que la persona mayor goce de Bienestar es necesario que se sienta satisfecho con su vida, disponga de capacidad y competencia para conseguirlo, y mantenga el control sobre su entorno y condiciones de vida. Para García y Hombrados (2002) si no se dan dichos elementos, la persona mayor considerará que el proceso de deterioro asociado a la vejez es inevitable, lo que va acompañado de una percepción de incontrolabilidad con una disminución de la autoestima y satisfacción personales, incrementando así su dependencia y aminorando la actividad en general. No obstante, teniendo como base los modelos de competencia, los estudios actuales están demostrando que las personas mayores son eficaces a la hora de mantener una sensación de control y una visión positiva de sí mismos y de su desarrollo personal, de forma que existe una relación positiva entre la autoestima y el Bienestar emocional de la persona (Dutrizac, 2006).

Hay estudios que analizan la asociación entre la práctica de ejercicio físico con los hábitos de vida saludables y el Bienestar Psicológico, de manera que las personas que realizan ejercicio regularmente tienden a percibir mayor Bienestar Psicológico y satisfacción por el ejercicio (Gracia y Marcó, 2000) mayor grado de salud, menor nivel de estrés y mejor estado ánimo (Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2008).

Una de las variables moduladoras del Bienestar es el *ocio* (Argyle, 1993) y ha sido estudiada en relación con la percepción de control del mayor (García, 2002b). En este sentido, Ju-Hyun (2007) afirma que el ocio en las personas mayores puede incrementar su percepción de control sobre sus actividades lúdicas, además de influir sobre la satisfacción vital de éstas. Existen programas basados en la realización de actividades de ocio que indican un efecto positivo en el conocimiento de ocio y una mejora significativa en las prácticas de autocuidado por parte de las personas mayores (Charters y Murray, 2006).

Hay autores que se han interesado por definir la evolución del Bienestar en relación con *Ciclo Vital* y, sobre todo, en la vejez (Meléndez, Tomás y Navarro, 2008), o en etapas concretas como la jubilación (Topa, Depolo, Moriano y Morales, 2009). Los primeros autores concluyen que el aumento de estrategias acomodativas va en detrimento de un menor Bienestar Psicológico. El aumento de la longevidad debido a la salud, la competencia psicosocial y las relaciones

aumentan la percepción de satisfacción vital por los mayores. No obstante, en comparación con grupos de población joven, las personas mayores presentan un menor nivel de satisfacción vital y de intensidad emocional positiva (Márquez, Izal, Montorio y Losada, 2008).

Para el presente estudio referente al Bienestar Psicológico se consideran los aspectos que están más asociados al Bienestar de las personas mayores como son el apoyo social en sí mismo y las emociones positivas derivadas de las relaciones sociales, que favorecen la aparición de conductas positivas en relación a la salud (Vázquez, Hernangómez y Hervás, 2004); mantener una vida activa mediante el aprendizaje a través de los programas universitarios para mayores, la realización de dietas saludables y de actividad física; recuperar y reelaborar recuerdos como vía natural y eficaz para facilitar una mayor integración personal y social del mayor; pensar de forma optimista sobre el futuro incierto y restringido que posee la persona mayor (Carstensen, 2006); y cómo la autoestima está asociada a un mayor Bienestar y a otros indicadores de salud (Hernangómez, Vázquez y Hervás, 2009).

#### 4. Autoestima

Referente a la Autoestima, hay un consenso general en considerarla como una dimensión del Autoconcepto (Gázquez, Pérez, Ruíz, Miras y Vicente, 2006; Goñi y Fernández, 2008; Martín, Martínez y Rosa, 2009). Desde una perspectiva psicosocial, el Autoconcepto es estudiado sobre las relaciones entre el conocimiento sociopersonal, los rasgos psicológicos (Esnaola, Goñi y Madariaga, 2008; Madariaga y Goñi, 2009) y los propios valores, metas, intereses y habilidades (Carbonero y Lucas, 1999). El Autoconcepto “tiene que ver con la imagen que tenemos de nosotros mismos y se refiere al conjunto de características o atributos que utilizamos para definirnos como individuos y para diferenciarnos de los demás.” (Franco, 2006, p. 4).

La mayoría de los investigadores asocian el término de Autoconcepto con los aspectos cognitivos del autoconocimiento, y la Autoestima con aspectos evaluativos del afecto. Por tanto, el Autoconcepto es descriptivo y la Autoestima valorativa (Cardenal y Fierro, 2003; Garaigordobil y Durá, 2006; Garaigordobil, Pérez y Mozaz, 2008; León, Felipe, Gómez, Gozalo y Latas, 2007; Montoya y Landero, 2008).

Los estudios sobre Autoestima han aumentado en las últimas décadas y ha sido investigada desde diferentes áreas (Salete, 2009) lo que determina su confusión terminológica (Tejada, 2010). Las primeras acepciones de este constructo hacen referencia a los sentimientos de valía personal y respeto a sí mismo (Rosenberg, 1965, 1979). La Autoestima es un indicador del desarrollo personal (Franco, 2008), un juicio objetivo, realista y positivo sobre uno mismo al haber conseguido un desarrollo coherente, basado en elementos físicos, psicológicos y socio-culturales (Ferrerías, 2007). Desde un contexto educativo, la Autoestima es definida como “el conjunto de vivencias y sentimientos generados en el individuo a partir de las experiencias que comparte con personas significativas de su entorno (padres, maestros, hermanos, amigos) y de la autoobservación de sus propias habilidades, a través de las cuales elabora su seguridad, confianza, sentido de pertenencia a un grupo, grado de aceptación y percepción de ser competente ante las actividades que se le plantean; todo lo cual, además le permite construir de manera adecuada sus sistema del Yo” (Tejada, 2010, p. 97).

La Autoestima ha sido estudiada desde una perspectiva multidimensional (Estévez, Martínez y Musitu, 2006) que incluye elementos personales y sociales (Herrera et al., 2004; Martín, Martínez y Martín, 2007). En este sentido, se distingue entre *Autoestima Personal*, referida a la evaluación positiva o negativa de los atributos personales tanto privados como interpersonales; y *Autoestima Colectiva*, entendida como el grado en que una persona es consciente de, evalúa su pertenencia a grupos o categorías sociales (Sánchez, 1999) y destaca la importancia de la identidad grupal (Gonsalkorale, Carlisle y Von Hippel, 2007; Jiménez, Páez y Javaloy, 2005; Liu y Dresler-Hawke, 2006).

Referente al carácter multidimensional de la Autoestima, Rubin y Hewstone (1998) conceptualizan las diferentes dimensiones de la Autoestima como rasgo-estado, global-específica y personal-social. La *Autoestima como rasgo* se refiere al producto de autoevaluaciones hechas sobre un periodo relativamente largo de tiempo; mientras que la *Autoestima como estado* es el producto de autoevaluaciones llevadas a cabo en el presente inmediato, y a consecuencia de experiencias vitales concretas. Estudios recientes analizan la discriminación intergrupala, (Vignoles y Moncaster, 2007), la Autoestima desde la teoría de la Identidad Social (García-Prieto y Scherer, 2006), o la Autoestima colectiva (Lam, 2008) entendidas como rasgo o estado.

Respecto a la Autoestima global y específica, en un artículo de Rosenberg, Schooler, Schoenbach y Rosenberg (1995) se expone que la *Autoestima global* hace referencia a la propia imagen a nivel general, mientras que la *Autoestima específica* se refiere a la autoimagen particular, con relación a un tipo concreto de evento o circunstancia. En relación con estos constructos hay autores que afirman que una adecuada Autoestima global permite arriesgarnos a afrontar situaciones novedosas, mientras que, una baja Autoestima global dificulta la identificación de recursos maximizando las limitaciones al afrontar cualquier experiencia (Arranz y Coca, 2006).

La *Autoestima personal* hace referencia al grado de estima que tiene la persona sobre sí misma. La *Autoestima social* es el grado de estima proporcionado por la autoimagen que deriva de los endogrupos de pertenencia (Luhtanen y Crocker, 1992). Hoy día, esta idea destaca la concepción de que los miembros de los grupos se esfuerzan por conseguir una Autoestima positiva como miembros de tales grupos, más que como individuos (Kaiser, Hagiwara, Malahy y Wilkins, 2009).

Estudios recientes se han centrado en analizar las propiedades psicométricas de instrumentos que miden el constructo (Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007); el efecto moderador de la Autoestima (Ford y Collins, 2010; Moreno, Rodríguez y Sanz, 2009); la relación entre Autoestima, ansiedad y aspectos de salud (Bragado, Hernández, Sánchez y Urbano, 2008; García, Sureda y Monjas, 2010; González y Landero, 2006; Labrador, Fernández y Rincón, 2010; Ramírez, Hernández y Díaz, 2008; Sánchez, Aparicio y Dresch, 2006; Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007); la Autoestima y el autoconcepto con el bienestar o la satisfacción vital (Diener, Lucas y Scollon, 2006; García, Musitu y Veiga, 2006; Rodríguez, 2009). Otras investigaciones relacionan la Autoestima con aspectos educativos sobre el uso de estrategias de autorregulación para el aprendizaje (Rodríguez, Cabanach, Núñez y González-Pienda, 2004), el efecto de la soledad escolar (McWhirter, Besett-Alesch, Horibata y Gat, 2002); y con aspectos familiares (Alonso y Román, 2005; Arranz, Yenes, Olabarrieta y Martín, 2001; Musitu y García, 2004) relacionados con conductas violentas (Aznar, 2004; Cava, Musitu y Murgui, 2006; Jiménez, Murgui, Estévez y Musitu, 2007).

Existen investigaciones que analizan la formación de la Autoestima, la construcción del Autoconcepto (Sánchez y Barrón, 2007; Osborne y Taylor, 2010) y los procesos identitarios (Rodríguez et al., 2005; Zacarés, Iborra, Tomás y Serra, 2009). Respecto a la Autoestima en las distintas etapas vitales destacan las diferencias individuales en el desarrollo de la Autoestima en estudios longitudinales a lo largo del ciclo vital (Foster, Campbell y Twenge, 2003; Gentile, Twenge y Campbell, 2010; Orth, Trzesniewski y Robins; Shaw, Liang y Krause, 2010); o el estudio de la Autoestima e personas mayores (Alaphilippe, 2008; Collins y Smyer, 2005; Ortiz y Castro, 2009).

En lo que se refiere a los distintos *modelos teóricos* que han considerado la Autoestima, la teoría de la Identidad Social y la teoría de la Autocategorización del Yo han tenido gran influencia en la Psicología Social contemporánea proporcionando contribuciones a la comprensión de la dimensión social del comportamiento (Ma, 2008; Scandroglio, López y San José, 2008). Un tercer modelo centra la Autoestima en la población mayor.

Desde la *teoría de la Identidad Social* formulada por Tajfel y Turner (1986) se sugiere que existe una relación entre la Autoestima personal y la Autoestima colectiva en la medida que

ambas forman parte de un concepto más amplio y general que es el *autoconcepto*. De acuerdo con esta teoría, las personas no sólo organizan y simplifican la complejidad del contexto social que les rodea, sino que además construyen un marco de referencia para su identidad social. Ésta es entendida como aquel componente del sí-mismo que se deriva de la pertenencia a colectivos sociales. La teoría de la Identidad Social postula que las personas están motivadas por mantener y proyectar un sí-mismo coherente y positivo, y esto lo logran a través de los grupos sociales a los que pertenecen. Así, una valoración positiva del endogrupo asegura una valoración positiva del sí-mismo (Pérez y Smith, 2008), lo cual permite la construcción de la identidad social en el contexto de las actividades grupales (Vera, Rodríguez y Grubits, 2009). Una identidad social positiva se relaciona con altos niveles de Autoestima colectiva en las relaciones endogrupales de las personas (Eliezer, Major y Mendes, 2010; Lewis y Neighbors, 2007; Luhtanen y Crocker, 2005; Scheepers, Spears, Manstead y Doosje, 2009; Ysseldyk, Matheson y Anisman, 2010); mientras que una situación de estrés, ansiedad o depresión afecta al autocontrol y la Autoestima (Crocker, Moeller y Burson, 2010).

Para Canto y Moral (2005) la teoría de la *Autocategorización del Yo* recoge el concepto de la identidad a tres niveles diferentes: personal, grupal o como representante de la sociedad. Así, las categorizaciones del yo forman parte de un sistema jerárquico de clasificación que tendría tres niveles: un sistema supraordenado del yo como ser humano en el que se acentúan las semejanzas y diferencias del yo con el resto de los seres humanos; un nivel intermedio que comprende las semejanzas y diferencias sociales entre seres humanos como miembros de grupos; y, finalmente, el nivel subordinado basado en las diferencias entre uno mismo como individuo único frente al resto de los individuos (Turner, 1990).

Hay estudios que aunan ambas teorías, como el de Huici, Gómez y Bustillos (2008) que desarrollan el concepto de identidad comparativa, considerando el grado de identificación con categorías sociales con distinto nivel de inclusividad y de sus efectos sobre diversos aspectos de las relaciones intergrupales. García-Leiva (2005) analiza las aportaciones de ambas teorías en la construcción del self de género como fenómeno social. Para ello hace un recorrido por teorías de marcado acento cognitivo y trata los modelos sociocognitivos para llegar a los modelos sociales.

Un tercer modelo teórico que sustenta el constructo de Autoestima en el contexto de atención a las personas mayores, es el propuesto por Arranz y Coca (2006). Las autoras postulan que, en la construcción constante de la Autoestima, interactúan las ideas (pensamientos), sentimientos y acciones sobre nosotros mismos y sobre los que nos rodea. Por un lado, las circunstancias externas influyen en la Autoestima pero la valoración que se haga de esas circunstancias será el verdadero factor determinante. Por otro, la Autoestima influye en las circunstancias externas, siendo los pensamientos los que realmente condicionen la actuación. La realidad se mira a través de los valores y reglas que se utilizan para juzgar la conducta, de modo que un mismo acto puede ser juzgado de distinta manera por diferentes personas (Canon, Peláez y Norena, 2005; Madariaga y Goñi, 2009).

#### 4.1. Estudio de la Autoestima en las Personas Mayores

El autoconcepto y la Autoestima aparecen como componentes psicológicos fundamentales de la calidad de vida durante la adultez mayor (Trujillo, 2005) y del bienestar personal (García, Musitu y Veiga, 2006). La Autoestima ha sido propuesta como un área de intervención para mejorar la calidad de vida en la población mayor (Rodríguez, Valderrama y Uribe, 2010). Herrera et al. (2004) consideran la Autoestima como predictor de la *calidad de vida* en las personas mayores en base a una alta Autoestima familiar y social y una baja Autoestima

intelectual, física y emocional. La Autoestima también se ve reforzada por el *apoyo social*, de manera que mientras más extensa sea la red, mejor Autoestima mantiene la persona mayor (Fernández y Manrique-Abril, 2010). Los cambios socioeconómicos y de salud física asociados a la edad suelen ir asociados a una disminución en la Autoestima (Orth, Trzesniewski y Robins, 2010). No obstante, una investigación identifica los aspectos positivos del proceso de envejecimiento y los relaciona con la autonomía y la percepción de *salud* de los mayores, resultando que el sentimiento de utilidad, la capacidad de tomar decisiones y tener aficiones e ilusiones se asocian a una independencia instrumental y adecuada Autoestima (López et al., 2006). Gozar de una alta Autoestima correlaciona positivamente con la realización de actividad física, con el mejor uso de estrategias de afrontamiento, con una percepción positiva de la salud (Bergland, Thorsen y Loland, 2010) y con una vida sexual satisfactoria (Choia, Jangb, Leea y Kima, 2010).

La Autoestima ha sido estudiada en relación con la realización de actividades cotidianas (Durán, Orbegoz, Uribe-Rodríguez y Uribe, 2008; Montorio, 2007), así como entre la percepción de autoeficacia, la Autoestima y el *bienestar psicológico* con la capacidad para realizar dichas actividades (Ortíz y Castro, 2009). La baja Autoestima y el bajo bienestar autopercebido da lugar a la dependencia funcional de la persona mayor para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Bárcena, Iglesias, Galán y Abella, 2009; Dorantes, Ávila, Mejía y Gutiérrez, 2007). Dicha dependencia puede afrontarse enseñando a responder positivamente ante conductas de autonomía e independencia y a no reforzar las conductas dependientes, mejorando el autoconcepto y la Autoestima (Guerra, 2009). En esta línea, Gordillo (2010) comprueba cómo un programa de actividades integrales aumenta la funcionalidad física, psíquica y social de las personas mayores al compararlas con aquéllas que no participaron del mismo.

La Autoestima personal y colectiva sufre cambios a lo largo del *Ciclo Vital*, decayendo bruscamente en la vejez (Ramos de Oliveira y Páez, 2007), donde las personas mayores reconocen sus limitaciones y tienen menor necesidad de mostrarse positivamente ante otros (Foster, Campbell y Twenge, 2003). Brändtstädter, Wentura y Greve (1993) para explicar cómo se producen los cambios degenerativos de la persona mayor, proponen un modelo que establece que se produce un cambio en los estilos de afrontamiento con la edad desde modos asimilativos, donde tiende a adherirse a metas y planes de acción incluso cuando se presentan obstáculos o dificultades importantes; hacia modos acomodativos, que implica desconectar con facilidad cuando las metas se bloquean y ver los elementos positivos de las situaciones adversas. Tomando este modelo de referencia, Pinguart y Sorensen (2001) realizan un meta-análisis sobre las diferencias de género en el autoconcepto y el bienestar psicológico en personas mayores, siendo significativamente menor en las mujeres que en los hombres. Asimismo, en 2007 Heyl, Wahl, y Mollenkopf lo desarrollan para investigar las relaciones entre la búsqueda tenaz de objetivos y el ajuste flexible a los mismos como formas de autorregulación. Los autores concluyen que ambas formas de autorregulación, la asimilación y la acomodación, son necesarias para una adecuada adaptación en las personas mayores.

El deterioro progresivo que implica el envejecimiento ha centrado el interés de estudios que analizan las actitudes que tiene la sociedad sobre las personas mayores y cómo éstas influyen en la imagen que los mayores tienen de sí mismos. De manera que éstos comparten una autoimagen de vejez negativa en la que prevalecen conceptos estereotipados como inutilidad, enfermedad, deterioro y carga para los demás (Arrieta y Espinosa, 2005; Shaw, Liang y Krause, 2010; Ulla et al., 2003). La imagen negativa que se origina en la persona mayor se relaciona con lo que Reig

(2004) denomina *patrón cerrado a la vida*, donde los hechos, los cambios y las dificultades son percibidos como amenazas, injusticias y pérdidas irreparables. En el lado opuesto se sitúa el *patrón abierto a la vida*, en el que la persona mayor tiende a percibir los hechos, los cambios y las dificultades de la vida como desafíos a resolver, como situaciones susceptibles de aprendizaje, como ganancias en descubrimiento y comprensión.

Desde una perspectiva positiva, los resultados de los estudios con personas mayores avalan la conclusión de que el autoconcepto de las personas mayores no sufre disminuciones con la edad, y que continúa siendo un recurso personal adaptativo, flexible, dinámico y resistente muy poderoso y valioso para una adaptación satisfactoria y con éxito en la vejez (Fragoero, Pestana y Paul, 2007; Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006).

De forma más concreta, y partiendo de un enfoque positivo, para el presente estudio se considera fundamental analizar el grado de Autoestima personal y colectiva que posee el alumnado que asiste a Programas Universitarios de Mayores. Se ha comprobado la existencia de estudios que afirman no sólo la mejora, sino el incremento de la Autoestima en las personas mayores que se forman. Siendo los Programas Universitarios de Mayores un revulsivo que satisface las necesidades socioemocionales y educativas de sus estudiantes (Arnay, 2006; Longworth, 2005). Diversos estudios consideran los programas universitarios como elementos cruciales a la hora de potenciar y/o mantener una adecuada Autoestima de las personas mayores que forman parte de los mismos (Junta de Andalucía, 2010; Martín, 2007). Es en esta última línea donde se concentran los esfuerzos por delimitar la variable Autoestima en el contexto universitario desde esta investigación.

## 5. Ocio y Tiempo Libre

Desde mediados de los 60 la Psicología Social se ha posicionado como el área disciplinar más pertinente a la hora de estudiar de forma rigurosa y sistemática el Ocio (Rodríguez y Agulló, 2002). Los 80 suponen un punto de inflexión en los estudios psicosociales del Ocio, desarrollándose distintos temas de investigación que se nutren de la Psicología Social como la formación del self, la autoestima, los prejuicios o los estilos de vida (Martínez-Tur, 2005). Esta pluralidad temática hace que la conceptualización del Ocio y Tiempo Libre resulte confusa y compleja (Elizalde, 2010).

Una definición clásica de tiempo de Ocio es la que propuso Dumazedier (1974) como “todo aquel periodo durante el cual el individuo se desliga de sus obligaciones profesionales, familiares y sociales y procura la realización voluntaria de ocupaciones consideradas a priori satisfactorias y como un fin en sí mismas, que le permitan, en interacción con un ambiente apto para ello, divertirse, descansar, desarrollar su propia formación personal y/o comunicarse socialmente”.

Hay autores que abordan el Ocio en relación con el Tiempo Libre, como Cuenca (2009, p. 17) que lo considera “algo distinto, es hacer lo que no estás obligado, porque te agrada, porque tiene un sentido. Si el Tiempo Libre se opone al tiempo de trabajo, el Ocio se identifica con la actividad gustosa que estaríamos dispuestos a realizar sin que nos pagasen nada, porque es un modo de expresión y desarrollo acorde con el ser personal de cada cual”. El autor además distingue entre Ocio activo, que nos implica física y mentalmente, y Ocio pasivo, donde la persona asume el papel de espectador. Se considera el tiempo de Ocio activo como recreación personal y el Tiempo Libre como tiempo de posibilidades, ambos liberados de la ocupación del trabajo (Moral, 2009). A su vez, el Tiempo Libre surge como un supuesto de libertad, de liberación de las obligaciones que implica el trabajo, y por tanto está relacionado directamente con el Ocio (Gomes y Elizalde, 2009) como experiencia vital placentera y ocupación deseada (Braz y Oliveira, 2007) que satisface los gustos e intereses, el placer, el descanso, el desarrollo y la integración social de la persona que dispone del mismo (Lema et al., 2009).

Existen numerosas investigaciones que relacionan el Ocio y Tiempo Libre con diferentes variables psicosociales como el bienestar personal y colectivo (Argyle, 1996; Fernández, 2008; Lazarus, 2006; Rodríguez, 2009); con el apoyo social y las redes sociales (Añaños y Bedmar, 2008; Coll, Ponce y Vega, 1998; Latorre et al., 2009); o con la autoestima y los estilos de vida (Pestana, 2007). Específicamente, diferentes estudios analizan los aportes del Ocio como mecanismo positivo que regula las relaciones de la persona con su entorno y mejora la salud, el bienestar y la felicidad desde una perspectiva de género (Sánchez-Herrero, 2008); la relación entre el Ocio, el mercado laboral y la calidad de vida (Paramio y Zoffo, 2007); los beneficios sociales y para la salud del Ocio dedicado a actividades físicas (Gómez, 2005; Miller y Buys, 2007). Hay trabajos que destacan los diferentes usos del Ocio en relación con la edad y la estratificación social (Shaw, Liang, Krause, Gallant y McGreever, 2010) y según la etnicidad, el género y las interacciones sociales (García-Cueto y Cerro, 1990; Walker, Courneya y Deng, 2006).

Son importantes las contribuciones del Ocio sobre la calidad de vida, el bienestar y la salud (Boucher, Dumas, Maltais y Richards, 2010; Coups et al., 2009; García y Hombrados, 2002) en personas esquizofrénicas (Castroviejo, 2006), con discapacidad visual (Gómez, Valero y Gutiérrez, 2007), o discapacidad intelectual (Badia y Longo, 2009); sobre diferentes poblaciones como adolescentes, inmigrantes (Acevedo, 2010; Melman, Little y Akin-Little, 2007) y población

mayor (Janke, Payne y Puymbroeck, 2008; Petkoska y Earl, 2009) en relación con el envejecimiento exitoso (Brown, Mcguire y Voelkl, 2008).

A pesar de la proliferación de estudios sobre el Ocio y Tiempo Libre es necesario analizar las características del Ocio y probar algunos instrumentos para medir diversos procesos psicosociales básicos que se producen en el Ocio y la recreación (Águila, Sicilia, Rojas, Delgado-Noguera y Gard, 2008); a la vez que revisar las actitudes, la percepción de libertad o motivación en el Ocio, la calidad de vida y la recreación terapéutica para aproximarse al constructo de Ocio (Artinger et al., 2006).

Respecto a las *teorías de Ocio y Tiempo Libre*, Rodríguez y Agulló (2002) hacen una revisión de los trabajos psicosociológicos sobre el Ocio que se han fundamentado en teorías psicosociales. Estos autores destacan la *teoría de la reactancia psicológica*, aplicada por Mannell y Backman (1979) o Iso-Ahola (1977, 1980); la *teoría de la indefensión aprendida* en relación con las personas discapacitadas y los mayores en el disfrute significativo del Ocio (Dattilo y Kleiber, 1993; Iso-Ahola, 1980; McNeil y Teague, 1987); la teoría de *autoeficacia* de Bandura (1977) sobre el control y libertad usada en las actividades de Ocio; y la *teoría de las necesidades jerarquizadas* de Maslow (1975) para estudiar la motivación en el Ocio.

Otro conjunto de teorías que explican el Ocio y el Tiempo Libre centrándose en aspectos psicológicos y sociales son las de Dumazedier, Neulinger, Iso-Ahola, Munné y Stebbins (Pestana, 2007). La teoría de *Ocio y desarrollo de persona* de Dumazedier (1998) recomienda la preparación de las personas para tomar decisiones en la vida cotidiana, y particularmente en las situaciones de Tiempo Libre, para fomentar las prácticas de autocontrol y autoformación individual y colectiva. Desde la teoría de *libertad percibida y motivación en el Ocio*, Neulinger (1974, 1981) subraya la importancia en el Ocio de la libertad percibida y la motivación a la hora de realizar una actividad determinada de forma voluntaria. La teoría de *socialización en el Ocio* propuesta por Iso-Ahola (1980) plantea un proceso sistémico de socialización en el Ocio, según el cual la involucración en el Ocio plantea aspectos individuales y sociales. Dentro de *Psicosociología del Tiempo Libre* planteada por Munné (1980) se contemplan cuatro aspectos del Tiempo Libre: el negativo, el psicológico/subjetivo, el fáctico/objetivo y el positivo/teleológico. Como aspecto negativo, el Tiempo Libre consiste en la sustracción que la persona hace de parte de su tiempo al heterocondicionamiento; lo psicológico/subjetivo, tiene relación con que dicho tiempo es sentido o vivido por la persona como libre; el aspecto fáctico/objetivo lo constituyen actividades de descanso, recreación y creación, que pueden entrar en contradicción con la realidad y transformarla; por último, el aspecto positivo/teleológico se refiere a la finalidad última de las actividades realizadas, compensando y desarrollando la personalidad en lo psicológico y lo social. Finalmente, Stebbins (1992) diferencia entre *Ocio serio*, como disposición, actitud o intención de la persona frente a determinadas actividades de Ocio; y *casual*, como fuente de experimentaciones básicas y descubrimientos informales. De la combinación de los ocios serio y casual resulta un estilo de vida óptimo de Ocio cuyas actividades desarrollan el potencial de vida y mejoran la calidad de vida (Stebbins, 2005).

En relación con la población mayor, García y Gómez (2003) han relacionado el Ocio y Tiempo Libre con teorías psicosociales del envejecimiento como la *Teoría de la Actividad* y la de la *Desvinculación*, ya descritas en el capítulo primero. De acuerdo con la Teoría de la Actividad, consideran que la interacción social que supone la realización de actividades de Ocio aumenta la calidad de vida de las personas mayores, mejorando su autoconfianza y su competencia, como elementos claves en la adaptación durante el envejecimiento. En cambio, la Teoría de la

Desvinculación defiende que esta adaptación consistirá en la aceptación individual de la desconexión social con la que se acompaña dicho proceso. Para estos autores, entre las dos teorías propuestas, la mayor parte de los estudios que se han centrado en los beneficios psicológicos derivados de la participación en actividades de Ocio en los mayores han aportado resultados satisfactorios, dando más apoyo a la Teoría de la Actividad que a la de la Desvinculación.

Hernando (2009) hace una aproximación al Ocio y Tiempo Libre desde la *Teoría del Ciclo Vital*, y concretamente desde el *envejecimiento exitoso* propuesto por Baltes y Baltes (1990). La autora señala que, desde la psicología positiva, se puede promocionar un Ocio saludable en las personas mayores, partiendo de una buena actitud como garante de un buen envejecimiento. El modelo se basa en las elecciones adecuadas que hace la persona mayor, basadas en una actitud optimista y constructiva que asegure su satisfacción. Se trata, por tanto, de elegir los pensamientos, emociones y comportamientos que más satisfagan y ayuden a crecer al mayor a lo largo de su ciclo vital. En esta línea, Cuenca (2009) propone la teoría de las Experiencias Trascendentales de Ocio (Tinsley y Tinsley, 1986) que destaca la satisfacción de necesidades personales mediante experiencias de Ocio, lo que contribuye a mejorar la salud psicofísica y a incrementar la satisfacción vital de la persona.

### 5.1. Estudio del Ocio y Tiempo Libre en las Personas Mayores

El Ocio contribuye a la configuración de determinados hábitos, estilos de vida, formas diferentes de entender el descanso y desarrollo recreativo de nuevas actividades desde la perspectiva del *envejecimiento activo y saludable* (Hernando, 2009; Montero y Bedmar, 2010). Los estudios internacionales sobre el empleo del tiempo de las personas mayores comienzan a principios de los años 60, coincidiendo con el interés por el concepto de “envejecimiento satisfactorio” y la relación entre el uso del tiempo y varios indicadores de bienestar (Barrio, 2007).

El Ocio y Tiempo Libre se define como “el periodo que resta una vez eliminado el tiempo para la actividad profesional, el descanso, la higiene, la comida y la preparación de ésta.” (Fernández, 2010, p.1). Con la vejez se reducen las actividades de Ocio tanto en número como en intensidad. No obstante, cumplen la función de mantener la percepción en la persona mayor de ser necesitado y de extender los contactos sociales. En las personas mayores, las actividades de Ocio ocupan la mayor parte del tiempo y son consideradas como componentes del *envejecimiento satisfactorio*, lo que permite contar con posibilidades para diseñar una vida de acuerdo con las preferencias personales (Villar, Triadó, Solé y Osuna, 2006).

Las actividades de Ocio y Tiempo Libre suponen un recurso para afrontar los acontecimientos vitales a los que se enfrenta la persona mayor, tales como la viudez, la jubilación, la aparición de enfermedades o el debilitamiento de las redes sociales (Montes de Oca y Hebrero, 2006). Referente a la jubilación, Marín, García y Troyano (2006) proponen un *modelo de Ocio activo* que debe incluir los aspectos recreativo, de sociabilidad, de género, de identidad y de bienestar de la persona mayor para acceder a espacios de Ocio participativo que fomente el sentimiento de pertenencia a los mismos. Hay autores que han revisado los distintos perfiles de la persona mayor jubilada y todos ellos tienen en común en destacar un buen estado de salud, sentir satisfacción vital y realizar actividades sociales (Lizaso, Sánchez de Miguel y Reizábal, 2008). De manera que las personas mayores que realizan actividades interesantes y atractivas, se sentirán más autosuficientes, lo que redundará en un mayor bienestar psicofísico, calidad de vida y

satisfacción con el uso del Tiempo Libre y actitudes positivas hacia la jubilación (Dancausa, 2001; Rodríguez, 2001, 2007). Por tanto, la jubilación da la oportunidad a las personas mayores a dedicarse a actividades que antes les era difícil realizar y que llenan su tiempo satisfactoriamente (Triadó, 2001, 2003), a actividades socialmente útiles que posibilitan un mayor bienestar psicológico, salud física percibida y satisfacción vital (Díaz, Zarco y González, 2005).

El Ocio y Tiempo Libre se ha investigado en ámbitos de intervención psicosocial con personas mayores a través de los talleres de Ocio como recurso para incrementar el *apoyo social* y el control percibidos, comprobándose que las actividades de Ocio aumentan los niveles de apoyo social, control percibido y autoeficacia social entre sus usuarios (García y Hombrados, 2002). Diversas investigaciones han mostrado que la integración y participación en actividades comunitarias fomentan la continuidad de un rol social activo (Gadalla, 2009; Mendes de León, Gold, Glass, Kaplan y George, 2001; Otero, Zunzunegui, Béland, Rodríguez, y García de Yébenes, 2006). En concreto, los resultados de Otero et al. (2006) muestran que las redes sociales protegen y ayudan a mantener la capacidad de realizar las actividades cotidianas necesarias para una vida independiente.

Se han estudiado los efectos del Ocio sobre el *bienestar subjetivo* y la soledad de las personas mayores, afirmándose que las actividades de Ocio hacen disminuir los niveles de depresión y soledad a la vez que incrementan la satisfacción vital y la *calidad de vida* (García y Gómez, 2003; Li et al., 2010). La realización de actividades productivas produce diferencias significativas en la satisfacción vital de los mayores según sea el grado de motivación que les incentive (Ju-Hyun, 2007). Las actividades físicas, consideradas como actividades de Ocio y Tiempo Libre, tienen efectos psicológicos positivos sobre variables psicosociales como el *bienestar psicológico*, la satisfacción (Gracia y Marcó, 2000), la salud (Zaitune et al., 2010) o la autoeficacia percibida (Grant-Savelle, 2010). Dentro de las actividades de Ocio, la educación formal a lo largo de la vida es considerada como un factor que incrementa la alfabetización en salud de la persona mayor (Wister, Malloy-Weir, Rootman y Desjardins, 2010), la calidad de vida y el bienestar a través de la animación sociocultural (Mingorance, 2008).

Para propiciar mecanismos de adaptación al medio oportunos que faciliten el envejecimiento exitoso (Horgas, Wilms y Baltés, 1998), las actividades de Ocio y Tiempo Libre han sido contextualizadas como parte de las actividades de la vida diaria, incluyendo actividades recreativas mentales, físicas, sociales, de independencia y de protección a la salud (Acosta y González-Celis, 2009). De otra parte, se ha analizado el patrón de las actividades cotidianas de la persona mayor, en el que el Ocio influye de forma determinante a la hora de promocionar actividades sociales que prevengan el uso excesivo de un Ocio pasivo (Triadó, Villar, Solé, Celdrán y Osuna, 2009) y el decrecimiento físico y de salud a lo largo del ciclo vital (Gauthier y Smeeding, 2000).

En contraposición, desde la teoría del *Ciclo Vital* se parte de que la esperanza de vida después de la jubilación es cada vez mayor, y las personas mayores se plantean la ocupación del Tiempo Libre no sólo en actividades recreativas, sino en formación y reciclaje. De esta forma, se inscriben en cursos y aulas de la Tercera Edad para conseguir metas en su tiempo de Ocio tras la jubilación (Triadó, 2001; Velázquez, 1999). Se aboga por el envejecimiento activo de las personas mayores que, además de seguir activas físicamente, deben permanecer activas social y mentalmente, participando en actividades recreativas, de voluntariado o remuneradas, culturales, sociales y educativas, mejorando así su calidad de vida (Zamarrón, 2007). Este

modelo de envejecimiento activo destaca la importancia de las relaciones sociales, la competencia social, la participación y la productividad (Argyle, 2001).

Estas características determinan las motivaciones y expectativas de aquellas personas mayores que asisten a los Programas Universitarios para Mayores (PUM) (Montoro, Pinazo y Tortosa, 2007). La intervención socioeducativa en la vejez busca aumentar los niveles de autonomía personal y de pertenencia social, y disminuir los de dependencia familiar y social, mediante el desarrollo de nuevos roles y funciones sociales como los que se derivan de la participación social, cultural o formativa. Se trata, por tanto, de reconstruir la identidad social de la persona, dotando de significado el Tiempo Libre y la vida de los mayores. Pues según sea el modo en que ocupan su Tiempo Libre van a obtener beneficios en su bienestar, su satisfacción vital, su estado de salud, sus expectativas de vida, además de producir efectos positivos sobre la calidad de vida (Martín y Requejo, 2005).

Para esta investigación se plantea la necesidad de comprobar en qué medida la intervención socioeducativa en las personas mayores implica la redefinición de las actividades de Ocio y Tiempo Libre que venían realizando antes de formar parte de los Programas Universitarios de Mayores. Se pretende analizar la continuidad de un rol activo dentro del contexto comunitario (Gadalla, 2009), que dota de experiencias que producen bienestar y mayor autoestima (Lizaso, Sánchez de Miguel y Reizábal, 2008). En definitiva, en qué medida las actividades de Ocio y Tiempo Libre propician el desarrollo de un nuevo proyecto vital en la persona mayor (Rubio, 2004).



## Capítulo 3

---

### **Aspectos Psicosociales del Aprendizaje que potencian una Vida Saludable y de Calidad en las Personas Mayores**



## **CAPÍTULO 3. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL APRENDIZAJE QUE POTENCIAN UNA VIDA SALUDABLE Y DE CALIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES**

---

### **1. Introducción**

A mediados de los 90 surge el interés por la promoción integral de la calidad de vida acometiendo un proceso de aprendizaje, a través de la educación y de la acción participativa en la sociedad. El aprendizaje es el proceso que posibilita la adquisición de información y de conocimientos necesarios para la vida, para realizar las tareas y adaptarnos con eficacia a nuestro medio (Sander, 1994).

En relación con la población mayor, Arco y Du Toit (2006) y Converso e Iartelli (2007) apuntan que la pérdida de funcionamiento adaptativo en muchas personas mayores no es únicamente el resultado de un declive o cambios biológicos negativos, sino también de un ambiente que provoca un comportamiento ineficaz y de dependencia. Además, destacan la importancia de las expectativas sobre el grado de actividad y competencia del mayor de cara a la consecución de una adaptación exitosa al medio.

El aprendizaje es una herramienta que permite dicha adaptación, a pesar de que existe una actitud social negativa en relación al aprendizaje en los mayores. De hecho, se comprueba que la adquisición y asimilación de nuevos comportamientos, conocimientos, aptitudes, hábitos o actitudes se puede dar en cualquier edad, mejorando su rendimiento cognitivo y reduciendo los estereotipos negativos (Herrera, Montorio y Cabrera, 2010). Es más, el sentirse con ganas de aprender y de relacionarse con personas que no forman parte del entorno próximo del mayor, se relaciona con una adecuada salud (Yanguas, 2006). A pesar de que los problemas de salud y la aparición de enfermedades aumentan con los años, y la salud autopercebida como “buena” disminuye con la edad, las personas mayores continúan siendo competentes y eficaces, manteniendo una adecuada sensación de control, conservando una visión positiva de su autoconcepto y del desarrollo personal y considerándose más jóvenes de la edad cronológica que poseen (Weiss y Lang, 2009).

Centrado en esta concepción positiva del mayor, en este capítulo se esbozarán los aspectos principales que definen la intervención psicoeducativa en las personas mayores. Dicha intervención requiere de la persona mayor la asunción de un nuevo rol que implica el fomento de competencias psicosociales, siendo imprescindible para ello gozar de una buena salud, una visión positiva de sí mismo y ganas de emprender una acción educativa. De este modo, las variables rol generacional y competencia psicosocial, serán abordadas en el presente capítulo por considerarlas más relacionadas con aspectos psicosociales del aprendizaje que fomentan una vida de mayor calidad en las personas mayores.

### **2. Intervención Psicoeducativa en Personas Mayores**

Cuando se habla de la pérdida o merma de la persona para desempeñar determinadas tareas en la vejez, habría de tenerse una visión mucho más global y no centrarse sólo en la mayor o menor capacidad intelectual. Lo interesante de la persona mayor no es sólo su aptitud para desempeñar determinadas tareas, sino lo que Moragas (1991) denominó *capacidad vital global*, entendida como el conjunto de características personales, habidas en su historia personal y profesional, que junto con los apoyos familiares y sociales, determinan la complejidad de la persona como miembro útil de la sociedad.

Esta capacidad vital global permite rechazar los estereotipos de persona mayor como demente senil y, por otro lado, resaltar la importancia que cobra el adulto mayor en los procesos formativos de la institución universitaria. En esta línea, Gázquez et al. (2009) afirman la presencia de determinados estereotipos y prejuicios cuando se trata de la educación de personas mayores, que suponen una concepción de éstos como difícilmente educables y poco susceptibles de adquirir nuevos conocimientos y habilidades; frente a una concepción de los mayores como personas que son útiles a la sociedad y a sí mismos ejercitando sus aptitudes y manteniendo un equilibrio psicológico adecuado.

La tercera edad es una etapa vital en la que la persona necesita decidir sobre su *plan de enriquecimiento personal* (Rubio, 2004), siendo la educación un recurso significativo para mejorar la inserción y permitiendo la integración social de los mayores (Yuni, Urbano y Tarditi, 2005). Desde la Psicología se apuesta por una educación basada en las habilidades de comunicación y negociación entre las personas y los grupos, donde los aprendizajes son reflejo de un proceso dinámico y permanente, que afectan a todas las dimensiones de la vida de la persona (Romero, 2009).

Las personas mayores pueden aprender durante toda su vida si respetamos su ritmo y le motivamos para ello. Que el rendimiento en el aprendizaje de éstas sea menor que en edades más tempranas, no quiere decir que sea por el proceso de envejecimiento propiamente dicho, sino más bien porque gozan de menores oportunidades culturales y formativas, de ahí la importancia de considerar cuáles son las necesidades de éstos (Bódalo, 2003, 2004).

Para dar respuesta a esta capacidad de aprendizaje, a finales de los noventa, en España se plantean los Programas Universitarios de Mayores como una forma de intervención psicoeducativa en la población mayor (Sáez, 1998). Los principales objetivos de estos programas fueron: informar e investigar sobre los problemas directamente relacionados con este colectivo en temas relacionados con la salud, los servicios sociales, los aspectos psicosociales de la vejez, etc.; formar en base a una cultura orientada hacia la autorrealización personal y la vida asociativa; y sensibilizar sobre los problemas y dificultades de los mayores para seguir siendo útiles en la sociedad en la que viven, perfilando un nuevo rol del mayor basado en un modelo activo de enriquecimiento personal (Requejo, 2003).

A tenor de los objetivos generales que pretenden los Programas Universitarios, existen algunos estudios realizados en países europeos que han demostrado que los mayores están muy satisfechos de realizar actividades de carácter cultural en este tipo de aulas, sobre todo cuando

lo hacen en grupos (Zea, 2009). De ahí, que no sean tan importantes los contenidos como los métodos empleados y las técnicas de grupo empleadas para este colectivo (Lampert, 2005).

Se preconiza la metodología participativa y grupal como la más adecuada para trabajar con personas mayores. No obstante, para llevar a cabo la metodología participativa en las aulas de mayores, es necesario que el adulto mayor conozca bien su entorno, se sienta parte de él y participe activamente en su desarrollo y organización, sabiendo dar respuesta a sus necesidades mediante proyectos vitales personales (Arandia, Alonso y Martínez, 2010; Hernández, 2010). En este sentido, la perspectiva del *ciclo vital* aporta una visión positiva de las capacidades de las personas mayores. Esta visión positiva conlleva la creencia de que el aprendizaje es posible y que la educación de éstas debe orientarse a aprovechar las capacidades que poseen y no a compensar el posible déficit (Triadó, 2001).

A la hora de *emprender nuevos aprendizajes*, la socialización permite a los adultos mayores recualificarse y reposicionarse frente a las demandas emergentes de las normas, relaciones e instituciones sociales, favoreciendo su integración y la redefinición de sus roles sociales (Yuni, Urbano y Tarditi, 2005). Se trata de que el mayor adquiera un *nuevo rol social* que le permita sentirse útil y miembro integrado en su contexto. En esta línea, Pérez, Rubio y Musitu (2007) abogan por la evitación de ciertos mitos sobre la vejez, basados en la improductividad, la falta de compromiso y hacer a los mayores protagonistas de su quehacer cultural y social.

### **3. Definición de un nuevo Rol Psicosocial en la Persona Mayor**

Una de las definiciones clásicas de rol es la ofrecida por Thoits (1983) como un conjunto de conductas que proporcionan significado, que sirve de guía y tiene un propósito para que las personas dirijan sus vidas y les ayudan a controlar la salud mental y la conducta desorganizada. Los roles han sido abordados desde la Teoría de Rol, que es una de las más referenciadas a la hora de definir el rol de las personas mayores desde una perspectiva multidisciplinar (Alley, Putney, Rice y Bengtson, 2010). La Teoría de Rol también enfatiza la importancia de la persistencia de los roles sociales para lograr el bienestar a través del curso de la vida, ya que facilita el mantenimiento de la propia identidad. Así, desde la teoría del Ciclo Vital se destaca que el significado de los roles y actividades difiere a lo largo de las diferentes etapas de la vida, de manera que, durante las primeras etapas de la vida adulta, se da prioridad a las relaciones interpersonales; mientras que, en la última etapa, hay mayor interés por establecer un propósito y compromiso con la sociedad (Dávila y Díaz-Morales, 2009).

Con la vejez aumentan las posibilidades de que las personas pierdan roles relevantes para su identidad como el rol de trabajador remunerado con la jubilación y el rol marital con la muerte del cónyuge. Para evitar dichas pérdidas, se han popularizado ciertas tendencias de educación de adultos como los planes de preparación para la jubilación o algunos programas específicos dedicados a la tercera edad. En general, todos estos programas tienen en común facilitar la evolución personal y la integración social del mayor de forma activa en la sociedad que le rodea (Maiztegui, 2001). Respecto de las personas mayores jubiladas, Trinidad (2006) distingue entre el “jubilado laboral” y el “jubilado social”, ya que los nuevos jubilados no son sólo laborales, pues quieren seguir siendo parte activa de la sociedad.

Esta concepción de la persona mayor se relaciona con una de las perspectivas que Corraliza (2004) ofrece de la vejez en relación con el rol que ejerce en la sociedad. En concreto, con la primera perspectiva sobre el *rol generacional del mayor*, basada en la visión del mismo como sabio, cargado de experiencias, de alto status social, merecedor de gran respeto y con una clara posesión de influencia sobre los demás. Desde esta perspectiva, las personas mayores son muy consideradas y reforzadas por el grupo primario que las acoge.

La segunda perspectiva, destaca la vejez como un estado deficitario, donde el *rol del mayor* se centra en cumplir los cuidados de generaciones inferiores (nietos y nietas), o simplemente ser cuidados por sus hijos. La edad lleva consigo, de forma inherente, pérdidas significativas e irreversibles (Castañeda, Sánchez, Sánchez y Blanc, 2004; Pinazo, 1999a, 1999b). Algunos problemas asociados al rol de los abuelos como cuidadores principales vienen derivados del hecho de que asumir este rol es un acontecimiento vital no normativo que muchas veces resulta inesperado y no deseado (Buz y Bueno, 2006). En relación con este rol de abuelo están las percepciones sobre la comunicación intergeneracional entre grupos de edades diferentes. En este sentido, Giles, Bouchard y Anas (2008) han demostrado que las variables sobre comunicación predicen el funcionamiento psicológico de las personas mayores, de manera que aportan información acerca del grado de satisfacción vital y la estima dentro de cada grupo de edad.

Velázquez (1999) diferencia entre un *envejecimiento primario* que resulta inevitable con la edad, del *envejecimiento secundario* que estaría relacionado con la inactividad o con algunos excesos que forman parte del estilo de vida de las personas (alimentación, estrés, etc.) y el *envejecimiento terciario* que tendría que ver con la denominación de *vejez saludable y activa*, como descriptores de un estilo de vida deseable para este segmento de la población.

Así, a finales de los 90, se abogaba por un modelo satisfactorio y competente de la vejez, puesto que en cualquier momento del ciclo vital son posibles tanto pérdidas como ganancias. Desde esta perspectiva, se puede decir que cuando una persona mayor lleva un estilo de vida competente y saludable, y mantiene un buen nivel de actividad, es decir, se mantiene ocupado, interesado por cosas y con ganas de aprender, es muy posible que conserve un mayor nivel cognitivo y de salud y, por lo tanto, una mayor competencia psicosocial y consecuentemente una mayor adaptación a su entorno (Caprara, 2009).

Considerando el rol positivo del mayor y las aportaciones desde la Psicología en lo que respecta a la *Teoría del Ciclo Vital*, la vejez no se contemplaría como una etapa homogénea marcada por el declive, sino como una etapa heterogénea que manifiesta las experiencias vitales particulares. Desde esta postura ha surgido el enfoque denominado de *envejecimiento satisfactorio* o *envejecimiento con éxito*, que hace una investigación sistemática de los aspectos positivos del envejecimiento como son el potencial de aprendizaje, la sabiduría, la satisfacción con la vida o la felicidad desde la perspectiva psicosocial (Fernández-Ballesteros, 1998, 1999, 2004). Hay estudios que enfatizan el rol positivo de la persona mayor en el campo de la salud como respuesta adaptativa al contexto (Urquijo, Monchiatti y Krzemien, 2008); en relación con el bienestar psicológico (Hagedorn et al., 2006) y la conducta prosocial del mayor a la hora de fomentar el reconocimiento personal mediante la realización de actividades sociales y de voluntariado (Bowman, Brandenberger, Lapsley, Hill, y Quaranto, 2010); así como con el papel

que juega la asunción de roles como elemento amortiguador del apoyo social (Bowling, Seetai, Morris y Ebrahim, 2007).

Recientemente se aboga por el surgimiento de un nuevo rol del mayor, que muestra que no todas las personas mayores están ancladas en el pasado, y que hay muchas diferencias entre las personas respecto de sus actitudes ante el pasado. Ello da lugar a una serie de dilemas que es necesario tener en cuenta a la hora de estudiar los roles que cumplen los mayores (Corraliza, 2004) (Figura 1).

*Figura 1.* Dilemas en la experiencia de la vejez.  
Tomado de Corraliza (2004)



En este sentido, Tedrick y McGuire (2000) utilizaron la metáfora de Ulises para denominar a aquellas personas cuya trayectoria vital está marcada por la aventura y la creatividad. Estos autores consideran que la edad de los mayores no es un puerto, sino un puente al futuro donde se permiten nuevos retos. La asunción social de esta imagen, presenta unas características positivas puesto que sirve para que las personas mayores conozcan y acepten roles necesarios para asumir un nuevo estadio en el ciclo vital, así como para proyectar una imagen positiva del colectivo, especialmente en los medios de comunicación (Sánchez, 2004).

#### **4. Aproximación al concepto de Competencia Psicosocial**

Monreal, Valle y Serda (2009) identifican cuatro estilos diferenciados de envejecimiento en las personas mayores. Hay personas que lo perciben como una oportunidad para el cambio, otras como una etapa natural de la vida, como un momento a compensar y como un momento de abandono. El constructo de competencia psicosocial ha sido definido desde la perspectiva del envejecimiento satisfactorio o con éxito, considerando esta etapa como natural de la vida y una oportunidad para cambiar. Maddox (1995), define el envejecimiento con éxito como aquél que combina tres elementos básicos: a) supervivencia (longevidad); b) salud (índice de dependencia) y c) satisfacción con la vida (felicidad). Dentro de esta perspectiva el mismo autor, define la vejez competente como “la habilidad individual para cuidar de uno mismo, y ser capaz de llevar a cabo las actividades requeridas para vivir con independencia, tanto funcional como psicológicamente”. Otra definición que destaca la inteligencia a la hora de ser competente durante la vejez y que se asocia a un envejecimiento con éxito, es la que propone Rubio (2004, pág. 236) como “disponer de pericia inteligente para solucionar problemas”.

La experiencia de ser mayor está, personal y socialmente, muy determinada por la expectativa sobre su nivel de competencia, entendida como el grado en que puede desempeñar

con eficacia tareas y actividades que realizaba hasta el momento presente. Corraliza (2004) analiza la *competencia psicosocial en los mayores* entendiendo ésta como el grado en que una persona es capaz de disponer de recursos, personales y sociales, para realizar las tareas decisivas para su vida social. Estas tareas se clasifican en *tareas de comprensión*, donde se incluyen la capacidad de dar sentido al mundo que rodea a la persona, interpretar adecuadamente las señales informativas en los escenarios sociales por los que discurre, así como comprender sus reglas; *tareas de exploración*, relacionadas con la posibilidad de experimentar, buscar y definir expectativas y experiencias de futuro; y *tareas de transformación*, que influye y controla los efectos de los acontecimientos que rodean a la persona mayor.

Hay autores que consideran fundamental el desarrollo de competencias en la persona mayor para gozar de una mejor calidad de vida (Iglesias, Bárcena, Valle, Abella y Galán, 2010). Se ha demostrado que una vida competente, activa y apoyada en las relaciones sociales, juega un papel importante en el logro de un envejecimiento saludable o activo, posibilitando la continuidad de un rol psicosocial competente y activo a partir de la integración y participación en actividades comunitarias (Chirosa, Chirosa y Padial, 2000; Sánchez et al., 2007). De hecho existen programas comunitarios que pretenden mejorar la calidad de vida de personas mayores dependientes mediante el fomento de su competencia a través de recursos humanos, ayudas técnicas y apoyos estructurados (Delgado, 2007). Para alcanzar un envejecimiento saludable también es necesaria una valoración positiva del ajuste físico, como un factor importante de la competencia tanto cognitiva como física de la persona (Fernández-Ballesteros et al., 2010).

En el contexto de envejecimiento activo se promueve mayor participación y compromiso social por parte del mayor. Así, Fernández-Ballesteros (2005, 2008) considera cuatro áreas multidimensionales para la promoción del envejecimiento activo desde una perspectiva psicosocial: 1) estilos de vida (promoviendo la salud y el ajuste físico y previniendo la discapacidad), 2) funcionamiento cognitivo (optimizándolo y compensándolo), 3) emoción y afrontamiento (desarrollo afectivo y de la personalidad), y 4) funcionamiento psicosocial (maximizando la implicación social). Esto supone que el envejecimiento activo no se reduce al mantenimiento de una buena salud, libre de discapacidad, sino que también implica el mantenimiento óptimo de aspectos psicológicos y sociales (Zamarrón, 2007).

En esta línea y basándose en los trabajos de Bandura, la autoeficacia se presenta como uno de los predictores fundamentales para un envejecimiento competente. De este modo, se ha demostrado que promover la autoeficacia percibida en relación con la salud empuja a las personas a implicarse y mantener comportamientos y actividades que favorecen el bienestar físico y a tener una actitud e imagen positiva del envejecimiento (Caprara, 2009).

Referente a los Programas Universitarios para Mayores, la participación en estudios formales supone para las personas mayores un estímulo para su crecimiento personal (Orte, 2006). La esperanza de vida después de la jubilación es cada vez mayor, por lo que hay que generar roles satisfactorios para esta etapa vital, tales como el de estudiantes de los Programas Universitarios de Mayores como forma de mejorar la competencia psicosocial (Sánchez et al., 2007). Con la formación que reciben las personas mayores, incrementan el bienestar y la confianza en sí mismas y se va perdiendo el estereotipo social de personas apartadas de la formación, acorde con una visión deficitaria de la vejez, y se aboga por una visión positiva que se debe potenciar (García, Marín y Troyano, 2007).

Finalmente, la base de este bienestar y confianza en sí mismas se centra en un proceso de integración social caracterizado por la adquisición de competencia social donde la persona mantiene relaciones adecuadas con los demás y se desenvuelve con habilidad en la sociedad; por la asimilación de modos eficaces de regular las motivaciones y actitudes de la persona; y por la construcción mental del mundo psicosocial, marcándose objetivos y modos de comportamiento, que se traducen en valores (Rubio, 2004).



## Capítulo 4

---

### **La Educación de Personas Mayores y Programas de Intervención: los Programas Universitarios de Mayores**

## **CAPÍTULO 4: LA EDUCACIÓN DE MAYORES Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS MAYORES: LOS PROGRAMAS UNIVERSITARIOS DE MAYORES**

---

### **1. Introducción**

Hoy día se presenta la vejez como una etapa vital llena de transformaciones y cambios que van conduciendo a las personas mayores a adaptarse a un entorno más satisfactorio. De hecho, las investigaciones más recientes hablan de un *envejecimiento positivo*, según el cual los mayores siguen teniendo una serie de alteraciones propias de la edad, no obstante, no son entendidas como un deterioro sino como oportunidades para el cambio y la promoción de la calidad de vida (Triadó, 2003; Lindón y García, 2007). Fierro (1994) explicaba la existencia de numerosas posibilidades para envejecer mejor, con una mayor calidad de vida, siendo necesario centrarse no sólo en cómo envejecen las personas, sino en cómo podrían envejecer de forma más óptima. Partiendo de un envejecimiento exitoso que asume el desempeño de roles sociales significativos, una visión optimista, una autoimagen positiva y una adecuada capacidad funcional, la educación en los mayores favorece un mejor ajuste y una mayor satisfacción vital y el mantenimiento de óptimos niveles de calidad de vida (Martín y Requejo, 2005).

Para ello es importante propiciar una cultura de envejecimiento activo mediante el diseño de planes, programas y proyectos acordes y coherentes a esta finalidad y creer que es posible lograrlo mediante el aprendizaje a lo largo de todo el ciclo vital o lo que es lo mismo, a través de la llamada educación vitalicia (Hernando, 2009).

Una vía de educación a lo largo de la vida son los llamados Programas Universitarios de Mayores (PUM), que cobran sentido en la educación permanente a lo largo de la etapa vital de la persona, sobre todo cuando ésta empieza a acusar los cambios propios de la edad (Mas, 2007). Esta necesaria adaptación a los cambios en las personas mayores implica un proceso de aprendizaje permanente, ya que se aprende desde que se nace y a lo largo de toda la vida. Un aprendizaje continuo se encuentra estrechamente relacionado con la necesidad de permanecer activos y ágiles mentalmente. Tener una buena autoestima y querer conocer cosas nuevas, supone una fuente inagotable de motivación que orienta al mayor hacia la búsqueda de nuevas oportunidades de aprendizaje (Tamer, 1993; Tamer y Yuni, 1995).

En el presente capítulo se destacarán los hitos más relevantes en los PUM, incidiendo en los antecedentes que han dado lugar a su aparición. En segundo lugar, se presenta una justificación de por qué enseñar a personas mayores en el contexto universitario, para finalmente, destacar los elementos principales que componen los PUM.

### **2. Antecedentes de los Programas Universitarios de Mayores**

En los ochenta, unido al interés de los investigadores sobre la educación de los mayores, la UNESCO (1982) señala que las personas mayores deben participar en la definición de las prioridades educativas. Y dos años más tarde, la OMS (1984) en su informe "Epidemiología del Envejecimiento" considera la educación como un elemento fundamental para la preparación a la jubilación y para establecer las condiciones necesarias para una "buena vejez".

En los noventa, la UNESCO (1995) afirma como necesaria la democratización del acceso y diferentes oportunidades de participación en la Educación Superior durante las últimas fases de la vida, justificando el creciente interés por las investigaciones relativas a la educación de las personas mayores y, en concreto, de la enseñanza universitaria. También señala la relación existente entre la educación de las personas mayores y la *formación permanente*, que concibe como un proceso continuo que persiste a lo largo de toda la vida.

La ONU promueve en 1999 el Año Internacional de las personas mayores que supuso una forma de activar e innovar aquellos ámbitos relacionados con la mejora de la calidad de vida, los aspectos psicosociales y de salud de los mayores. También la Unión Europea en la “Agenda política social 2000-2005” destaca entre las líneas de acción mejorar las condiciones de vida de las personas mayores entendidas como aprendices activos (Sanahuja et al., 2005). Las personas mayores se comprometen de nuevo con su formación (Jiménez, 1998). La educación de adultos pasa a ser considerada un elemento importante de crecimiento personal y surgen nuevas iniciativas de enseñanza universitaria, como son los PUM (Triadó, 2001).

En 2002, se celebra en Madrid la II Asamblea Mundial de Envejecimiento que confirma el interés social y científico que está cobrando el estudio de los mayores. De hecho, se pretende minimizar la importancia dada hasta ahora al proceso de jubilación, pasando a valorar y optar por una vida más significativa, siendo la formación una de las vías para poder alcanzarla (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002).

Las directrices que subyacen a dicha Asamblea quedan recogidas en el Plan de acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) y abordan la cuestión del acceso al conocimiento, a la educación y a la formación de las personas mayores. Basándose en dichas directrices, Sánchez (2004) refiere una serie de propuestas sobre la educación de las personas mayores en el marco del envejecimiento activo. Estas propuestas se pueden resumir en la creación de políticas que aseguren el acceso a la educación y la formación a lo largo de toda la vida; en introducir medidas que capaciten y preparen a estas personas para el acceso a las tecnologías; en perseguir la igualdad de oportunidades y de trato a lo largo del ciclo vital; y en aprovechar el potencial y la experiencia de personas de todas las edades, creando oportunidades educativas para el intercambio de conocimiento y experiencias intergeneracionales.

En 2008 tiene lugar el X Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Personas Mayores que concluye que los programas universitarios al potenciar el desarrollo personal, la calidad de vida y las relaciones interpersonales, facilitan la promoción de la autonomía personal y previenen la dependencia como característica fundamental del envejecimiento activo (Fadaum, 2008).

Finalmente, en el “Encuentro sobre envejecimiento, servicios sociales y desarrollo rural” en septiembre de 2009, se considera fundamental promover un envejecimiento activo y productivo mediante el desarrollo de una formación permanente y la facilitación del acceso a las nuevas tecnologías (Universidad Complutense de Madrid, 2009). Igualmente, en 2010 la Junta de Andalucía edita el Libro Blanco de Envejecimiento Activo para fomentar la participación activa de las personas mayores en la construcción de la sociedad, para promover la educación y la formación a lo largo de la vida, la cooperación y la solidaridad entre generaciones.

### **3. Justificación de la Enseñanza Universitaria a Personas Mayores**

Un reciente estudio realizado por Montoro, Pinazo y Tortosa (2007) sobre las motivaciones y expectativas de los estudiantes mayores de 55 años en los programas universitarios, aduce que los principales motivos de los mayores de 55 años para participar por primera vez como estudiantes en la Universidad son: mejorar la cultura, sentirse activos, hacer algo nuevo, mejorar la calidad de vida y conocer gente nueva. Igualmente, González-Celis, Esquivel y Jiménez (2005) consideran que estos programas presentan un denominador común basado en altos índices de satisfacción y una mejor calidad de vida de las personas mayores que participan como alumnado. Dichos estudios pueden ser considerados un buen acicate para el desarrollo de los PUM.

Para justificar la enseñanza universitaria de las personas mayores se considera la confluencia de varios factores como son el envejecimiento de la población, los cambios políticos, sociales y económicos favorecedores de este tipo de enseñanza y la nueva filosofía educativa de integrar a los mayores en las Universidades.

### *3.1. El envejecimiento de la población*

El incremento de la esperanza de vida, que ha dado lugar al crecimiento de la población mayor, es un fenómeno generalizado en los países desarrollados. De hecho, el aumento del número de personas mayores en España inicialmente se debió al incremento de la esperanza de vida que se situaba en torno a los 33.9 y 35.7 años en 1900 para hombres y mujeres respectivamente; en 74.4 y 81.5 en 1995, y que seguirá creciendo hasta los 76.0 y 83.7 años en el 2020. Además, en el 2050 se espera ganar tres años adicionales (IMSERSO, 2000).

Una característica demográfica que se irá agudizando con el paso del tiempo, es la que se ha llamado “envejecimiento del envejecimiento”, según consta en los datos del Libro Blanco del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). Este colectivo está formado por las personas de 80 y más años. En el 2001 este colectivo lo formaban el 3,9% de la población total y se espera que para el año 2026 se duplique a un 6,8% de la población total (Sainz, 2006).

En España, la población total de ancianos se ha cuadruplicado en los últimos 45 años y se prevé un incremento proporcional para el 2025. A su vez, datos del IMSERSO revelan que la evolución de la población mayor de 65 y más años, de 1991 a 2007, ha pasado del 13.8% al 16.7% de la población total en España. En Andalucía concretamente la evolución ha sido positiva, partiendo de un 11.7% en 1991 hasta llegar a un 14.6% en 2007. De ahí la importancia de establecer programas preventivos que propicien una mayor longevidad de la población con una mayor calidad de vida. (Díaz, 2009).

El envejecimiento de la población se constata como uno de los fenómenos más significativos de las sociedades desarrolladas. Ello es debido a los avances en la medicina, la generalización de hábitos alimentarios más sanos, la mayor higiene, mayor ejercicio físico, etc., y, en definitiva, a la optimización de la calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 2009). Aunque, Zabalegui et al. (2006) concluyen que la tercera parte de la población urbana mayor de 65 años se encuentra en situación vulnerable e identifican la limitación para el autocuidado como uno de los principales factores de riesgo.

Este incremento de edad en la población afecta a aspectos relacionados con el gasto público, derivado de las prestaciones sociales como las pensiones; los cambios sociales debido al aumento de población mayor que está cambiando la estructura de los hogares, existiendo cada vez más hogares unipersonales de individuos mayores; y por último, la aparición de nuevos servicios y productos que tratan de cubrir las necesidades de los mayores (Díaz, 2009).

### *3.2. Cambios políticos, sociales y económicos favorecedores de la enseñanza universitaria de mayores*

En los noventa surge un movimiento de solidaridad intergeneracional que favorecía la calidad de vida (Fontela, 1994). Los cambios en las políticas de los países desarrollados y la renovación en la legislación están marcando un rumbo favorable en las actitudes de la sociedad hacia las personas mayores. Estos aspectos favorables están siendo defendidos por los numerosos organismos internacionales que están insistiendo sobre la necesidad de una atención especializada que contemple las demandas de las personas mayores (Kohli, Hank y Kunemund, 2009).

Fernández (2002) realiza una revisión de la legislación habida sobre personas mayores a nivel europeo, español y andaluz, destacando las *Resoluciones del Parlamento Europeo* de 1986 y de 1987. Ambas resoluciones proponen acciones comunitarias para mejorar la situación de las personas de edad en los Estados miembros, así como el transporte de minusválidos y mayores. En 1989 se crea la tarjeta de ciudadano europeo mayor de 60 años por recomendación de la Comisión de la Comunidad Europea. Desde el *Consejo de las Comunidades Europeas* de 1990, se exponen los derechos de residencia y las acciones comunitarias a favor de las personas de edad avanzada. La Unión Europea en su *Carta de Derechos Fundamentales de 2000*, se articula la prohibición de discriminación, en especial la ejercida en función de la edad (artículo 21) y se reconoce expresamente a los mayores para que lleven una vida digna e independiente y participen en la vida social y cultural de la Unión Europea (artículo 25).

A nivel nacional, en la *Constitución Española*, se enuncia el compromiso de los poderes públicos para garantizar a las personas de la tercera edad la suficiencia económica mediante las pensiones, y su bienestar social mediante un sistema de servicios sociales que atiendan a su salud, vivienda, cultura y ocio (artículos 9.2 y 50). Los artículos 148 y 149 recogen aspectos de la actividad pública que afectan a las personas mayores.

En la legislación española habría que destacar como referente significativo el Plan Gerontológico de 1993, donde se formula como línea de actuación, facilitar el acceso de las personas mayores a los bienes culturales para la mejora de la calidad de vida y el fomento creativo del ocio, especificándose los objetivos concretos para su realización, así como las medidas para llevar a cabo esos objetivos y los organismos responsables de las tareas (Plan Gerontológico Nacional, 1993).

En la comunidad autónoma andaluza, la *Ley Orgánica 6/1981 de 30 de diciembre* destaca la Asistencia y los Servicios Sociales (artículos 13.22 y 13.30); el área de Sanidad (artículos 20.1 y 20.3); la Seguridad Social (artículos 20.2.a y 20.2.b) y aspectos referidos al urbanismo y vivienda, turismo, deporte, ocio y esparcimiento y fundaciones y asociaciones culturales, benéficas y asistenciales (artículos 13.8, 13, 17, 31 y 13.25). En materia legislativa en relación con los mayores se realiza un documento de la Consejería de Asuntos Sociales (1997) denominado "*Aspectos jurídico-legislativos de los Mayores*". La *Ley 2/1998 de 4 de abril* de Servicios Sociales de

Andalucía se centra en la atención a las personas mayores (artículos 6.3 y 11.2). La *Ley 6/1999 de 7 de julio* apunta la atención y protección a las personas mayores (BOJA número 87, de 29 de julio de 1999). También se redacta el Decreto 23/2004, de 3 de febrero, por el que se regula la protección jurídica a las personas mayores (BOJA núm. 25, de 6 de febrero 2004). Se legisla el ocio turístico de los mayores andaluces a través de la Orden de 17 de noviembre de 2008, por la que se modifica la Orden de 23 de noviembre de 2007, por la que se regula el programa de Turismo Social de Personas Mayores de Andalucía. (BOJA núm. 240, de 3 de diciembre de 2008) (Junta de Andalucía, 2004, 2008). Se constata que existe un amplio despliegue legislativo en el ámbito de las instituciones internacionales, nacionales y autonómica en torno a las personas mayores (Martínez, 2001).

Con ello se pretende evitar el aislamiento social y cultural de las personas mayores, quienes apartadas de la vida productiva a través de la jubilación, y privadas de las relaciones que propicia el mundo del trabajo y de la participación social en general; se encuentran en ocasiones perdidos e inseguros como personas pasivas de una sociedad que tiene otros valores en los que los mayores no siempre tienen cabida, llegando a ser ignorados y a veces maltratados. Estas circunstancias requieren hoy de una profunda reflexión que no queda satisfecha al circunscribirla sólo a la causa económica, sino que hay que hacerlo extensivo también a los servicios, donde la cultura y la educación se contemplan como medio de desarrollo personal y de integración social. Es decir, que la problemática que afecta a los mayores, se debe concebir en un contexto más amplio como el sociocultural y humano y no solamente desde el ámbito económico o asistencial (Fernández, 1999).

Desde esta perspectiva global se valora positivamente el patrimonio y el bagaje cultural de que son portadores estas personas. Además de contemplar la utilidad que su experiencia tiene para la sociedad actual, sin olvidar el necesario reciclaje que se requiere para su integración en la misma. Todo ello supone la participación activa de los mayores dentro de un marco renovado de relaciones generacionales e intergeneracionales mediante diferentes programas de intervención como la Educación de Adultos, las Aulas de la Tercera Edad o los PUM (Velázquez, 2006).

### *3.3. Aclaración terminológica entre Educación de Adultos, Aulas de la Tercera Edad y Programas Universitarios de Mayores*

Las personas adultas que quieren acceder a la Universidad lo hacen a través de la prueba de mayores de 25 años. Este hecho hace fácil el acceso de adultos jóvenes, pero difícil la integración de los adultos mayores por el esfuerzo intelectual que dicha prueba supone para este sector poblacional. La educación de la población mayor recaía fundamentalmente en las aulas de la tercera edad y la educación de adultos, actividades formativas que hoy día siguen vigentes, pero que no se circunscriben a lo que entendemos por PUM.

En este sentido, es necesario establecer la diferencia entre Educación de Adultos, Aulas de la Tercera Edad y PUM. Estos tres conceptos se confunden bajo el común denominador de la formación continua. Fernández (2002) hace dicha diferenciación destacando, en primer lugar, que la *Educación de Adultos* es un programa de alfabetización que forma a las personas en el ámbito profesional, personal y social, teniendo en cuenta las diferencias sociopersonales. Las *Aulas de la Tercera Edad* son un foro para el acercamiento a la animación sociocultural, que posibilita el desarrollo comunitario de la persona mayor, potenciando sus capacidades lúdicas y

creativas en torno a la cultura. Los *PUM* son programas universitarios para personas mayores con dos funciones fundamentales la de formación e investigación.

De forma más exhaustiva, se plantean las diferencias entre la Educación de Adultos y las Aulas de la Tercera Edad en relación con los PUM.

Con respecto al origen de la Educación de Adultos y los PUM, la Educación de Adultos surge para integrar a los adultos en el mercado de trabajo a través de programas de cualificación, recualificación y reciclaje profesional, mientras que los PUM nacen de la creciente demanda de la población mayor por lograr una formación que trasciende a la alfabetización. Respecto de las funciones que realizan, la Educación de Adultos persigue la adquisición de una cultura general, dando prioridad a poblaciones de riesgo. Otra diferencia se puede encontrar en el proceso de alfabetización, donde en la Educación de Adultos se basa en materias instrumentales, mientras que en los PUM trasciende la alfabetización instrumental, manejando las materias instrumentales básicas (lectura y escritura) antes de entrar en la misma (García y Troyano, 2006).

Referente al origen de las Aulas de la Tercera Edad, surgen a medida que las políticas sociales evolucionaban hacia modelos encaminados a conseguir una calidad de vida igualitaria y global en el ámbito animación sociocultural (Millán y Santos, 2006). Fernández (2002) destaca otra diferencia entre las Aulas de Tercera Edad y los PUM en base a su gestión. De manera que, en las Aulas de Tercera Edad la gestión instituciones públicas; mientras que en los PUM recae en la Universidad. En relación con las funciones encontramos otra divergencia, donde las Aulas de la Tercera Edad se centran en aspectos socioculturales y de animación; y los PUM cumplen funciones básicamente universitarias, como son la docencia y la investigación.

De las diferencias analizadas se puede concluir que la Educación de Adultos se basa fundamentalmente en la alfabetización como medio para la incorporación en el mundo del trabajo, mientras que las Aulas de la Tercera Edad están orientadas hacia la animación sociocultural y las actividades lúdicas, creativas y culturales y los PUM se centran en la formación científico-cultural y social con el objetivo de aprender, al mismo tiempo que se motiva para la investigación.

Una vez analizadas las diferencias entre dichos conceptos, hay que destacar la importancia de los PUM. Lo que define a los PUM se podría resumir en actuaciones en el ámbito universitario general, donde se facilita el acceso a la educación y a la cultura. Dinamizando la vida cultural de la comunidad, impulsando el asociacionismo y promoviendo la participación cultural y social. Se promocionan actividades para el tiempo libre, facilitando oportunidades de relación con otras personas y fomentando la convivencia y la tolerancia. Se centra en la educación continua, para propiciar el desarrollo cultural. Por último, trasciende el ámbito puramente instructivo y académico para enfrentarse a los problemas educativos que plantean la comunicación social o las dificultades inherentes a la sociedad actual.

La incorporación de los mayores a las Universidades es un movimiento cada vez más apoyado por las instituciones universitarias de todos los países desarrollados. Además, las Universidades con su apoyo, están rompiendo, desde una visión democrática, tolerante y flexible, con las condiciones tradicionales de acceso a los cursos estandarizados propuestos por los títulos propios de las universidades españolas. Es por ello, que no se necesitan diplomas o títulos para matricularse, tan sólo es necesario tener motivación y experiencia de vida (Velázquez, 2006).

En este contexto, las universidades abren sus puertas a las personas mayores, lo que denota una sensibilidad de la Universidad hacia éstos mediante una prestación cultural y un reconocimiento a quienes, por distintas circunstancias no pudieron acceder a estudios universitarios (Fernández, 2002).

#### **4. Los Programas Universitarios de Mayores**

##### *4.1. Historia de los Programas Universitarios de Mayores*

El estudio de los PUM requiere un análisis de sus antecedentes. El origen de los PUM está en la creación de la Universidad para Mayores en 1973 por el profesor Pierre Vellas en Toulouse (Francia). Con el objetivo de indagar en lo que la Universidad podía hacer para mejorar la calidad de vida de las personas mayores (Villar, Triadó, Pinazo, Celdrán, y Solé, 2010).

La propuesta de Vellas llega a ser tan generalizada que en 1980 había 50 Universidades de la Tercera Edad en el mundo distribuidas en países como España, Francia, Brasil, México, Portugal, etc., y todas ellas sumaban más de 75.000 estudiantes (Fernández, 2002). Se considera que estas universidades surgen inicialmente con la idea de proporcionar a la persona mayor un lugar en la sociedad y recuperar su dignidad. Teniendo en cuenta este objetivo, las Universidades de la Tercera Edad se preocuparon por formar en temas de salud, psicología, entre otros. Para Arnold y Costa (1996), las funciones fundamentales de éstas se centran en ampliar el campo de actuación de los mayores a través del aprendizaje, promover la autorrealización, dar oportunidades para la cultura intergeneracional, dar apoyo social a grupos de estudio autónomo y atender a la evaluación de métodos de enseñanza. A raíz de la creación de estas Universidades, se originaron las Asociaciones Internacionales como la Asociación Internacional de Universidades de la Tercera Edad (A.I.U.T.A.), llegándose a organizar seminarios internacionales.

En el desarrollo de las Universidades de Mayores surgen dos modelos, el francés y el inglés. El *modelo francés* que enfatiza la importancia de que el aprendizaje se produzca en las Universidades. Los objetivos se centran en permitir a las personas mayores recuperar una identidad y un status, rompiendo con el aislamiento de y la marginalidad. En favorecer una inserción social, dificultada por la jubilación, y desarrollar y conservar su autonomía. Se trata de mejorar las relaciones entre las diferentes generaciones, desarrollando un rol cultural y favoreciendo una mayor calidad de vida a través de la educación (Bullier, 1993). El *modelo inglés* sostiene la importancia del aprendizaje en grupos de estudio de pares, remarcando el carácter demostrativo y de gestión de las capacidades del alumnado. Los objetivos se centran en fortalecer el rol participativo en los procesos de toma de decisiones (Thompson, 1996).

Posteriormente ha surgido el *modelo mixto* que incorpora aspectos de los dos modelos anteriores, es decir, recibe apoyo institucional desde la universidad al tiempo que realiza actividades comunitarias y acciones para promover el aprendizaje y participación de los adultos. Este tipo de programas se origina en Finlandia y está vigente en varios países europeos (Montoro, Pinazo y Tortosa, 2007).

A nivel mundial estas universidades han sufrido una evolución que describió Lemieux (1997) en tres momentos históricos como aparece en la Tabla 1, y que todavía sigue vigente en la última década.

**Tabla 1. Evolución mundial de los PUM.  
Tomado de Junta de Andalucía (2010)**

<b>Evolución mundial de los PUM</b>		
<i>Etapas</i>	<i>Actividad educativa</i>	<i>Finalidad/objetivos</i>
1 <sup>a</sup> Etapa	Servicios socio-educativos concebidos como programas culturales de tiempo libre	Entretener y favorecer las relaciones sociales entre las personas mayores
2 <sup>a</sup> Etapa	Actividades educativas para la participación y mejora de los conocimientos de los mayores	Hacer partícipes a los mayores de los problemas sociales existentes
3 <sup>a</sup> Etapa	Programas educativos reglados, con Plan de Estudios propio, con todas las características de la enseñanza superior y, generalmente, propuestos desde las Ciencias de la Educación	

A nivel nacional la terminología empleada para denominar estas universidades es confusa. No obstante, esta diversidad de denominaciones parece estar resuelta. Se ha pasado del término “Universidad para Mayores” o “Universidad de Tercera Edad” al concepto de “*Programas Universitarios de Mayores*”. Este último concepto ha sido asumido por todas las Universidades en uno de los Encuentros celebrados anualmente por responsables de los PUM. Sin embargo, cada Universidad da un nombre que define su propio PUM. En el caso de Sevilla se denomina “Aula de la Experiencia” o en el de Granada “Aula permanente de Formación Abierta” por ejemplo (Velázquez, 2006). En todo caso, y parafraseando al profesor Mayence (1980: p.23) “...lo que es importante, más allá de la terminología es la función científica, social y cultural cumplida por este nuevo tipo de actividad universitaria...”.

Teniendo en cuenta la función cultural y socializadora de los Programas desde una perspectiva positiva, activa, participativa y de autorrealización, éstos van reformulando poco a poco tanto sus contenidos como sus metodologías debido al carácter específico que tienen. Estos programas universitarios para personas mayores favorecen tanto a las propias personas como a la institución universitaria: a los mayores porque van a tener la oportunidad de realizar aquello que no pudieron hacer durante años y a la Universidad porque estos “nuevos” alumnos dinamizan la institución (Millán y Santos, 2006).

Para ello, los PUM se tienen que adaptar a los nuevos retos a los que se enfrentan las universidades, tales como el fomento de las relaciones intergeneracionales o la aplicación de los créditos European Credits Transfer System (ECTS). Adaptar el modelo de aprendizaje al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) implica por su parte flexibilizar las enseñanzas dentro del contexto universitario, proporcionar respuesta a las diversas necesidades que plantea el alumnado mayor y proporcionar los medios y recursos necesarios a las universidades para que puedan satisfacer dichas demandas (García, 2004; IMSERSO, 2005).

#### *4.2. Situación actual de los Programas Universitarios de Mayores en Andalucía*

Al tratar sobre los PUM hay que tener en cuenta que los contenidos que cada Universidad imparte depende de factores como el apoyo e implicación de la propia Universidad, la visión que del aprendizaje y de las habilidades sociales de las personas mayores tiene la organización, del contexto donde se ubica dicha Universidad; de los intereses del alumnado, de los contenidos

impartidos en otras Universidades de Mayores, de los planteamientos teóricos de la Universidad organizadora, y de los recursos con que cuenta (Cabral, 2007). Todo ello en aras de aportar un servicio óptimo al alumnado mayor con el fin de mejorar su calidad de vida, realizando una programación acorde con sus necesidades, clarificando los objetivos y la metodología a emplear, cómo se llevará a cabo su implementación y de qué manera se evaluará el aprendizaje (Sanduvete, 2004).

En un intento de unificar criterios, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (2009) contempla el “Programa de aulas universitarias de Formación Abierta para mayores de 55 años” especificando los siguientes aspectos del mismo:

*A) Definición:* las Aulas Universitarias de Mayores son un espacio de formación, participación, encuentro y convivencia que proporciona la oportunidad a las personas mayores de incorporarse a programas de formación científica, cultural, tecnológica y social después de la finalización de su etapa laboral, por pre-jubilación, por intereses o inquietudes personales.

*B) Objetivos:* abrir la Universidad a la población mayor para que se enriquezcan mutuamente con la aportación del saber, de la memoria histórica y de la experiencia de la personas mayores; propiciar el acceso de las mujeres y de los hombres mayores a los bienes culturales y al aprendizaje activo; facilitar un espacio de debate cultural, social y científico que posibilite que las personas mayores puedan desarrollar permanentemente sus capacidades personales, intelectuales y sociales para potenciar su autovaloración y autoestima, una actitud de preparación constante y una mayor capacidad para responder a las nuevas situaciones de la vida; y ofrecer un marco idóneo de convivencia, para sensibilizar y propiciar relaciones intergeneracionales que dinamicen la participación social.

*C) Actuaciones y servicios que ofrece el Programa:* módulos y cursos formativos, jornadas, talleres, conferencias y visitas culturales programadas en todas las Universidades andaluzas. La estructura de las aulas universitarias de mayores está formada por Sedes Permanentes complementadas con Sedes Itinerantes que abarcan otras ciudades y pueblos de la misma provincia. Las ofertas formativas difieren en cada una de las sedes.

Referente a los temarios impartidos en cada Universidad, éstos mantienen en común una serie de áreas, como son el área Cultural, la de Dinámica Ocupacional, la de Acción Social, la de Salud, la de Biología y Medio Ambiente, la referente a Aspectos Psicosociales de la Vejez y la de Historia y Geografía. Además, dentro de cada área se imparten una serie de actividades complementarias tales como visitas, talleres, etc. (Velázquez, Fernández, Holgado, Guirao y Sánchez, 1999).

Los contenidos impartidos en la mayoría de las Universidades se basan en bloques científicos, culturales, psicosociales, socio-legislativos y económicos, que incluyen a diversas áreas de conocimiento. Así, dentro del bloque científico encontramos materias como Salud y Psicología; en el bloque cultural aparecen contenidos relacionados con la historia, el arte, etc.; y el *bloque psicosocial* se suele completar con materias relacionadas con la calidad de vida, el estado de bienestar, estrategias de afrontamiento ante los cambios de la edad avanzada, etc. (Fernández-

Ballesteros, 2009). El objetivo de dichos contenidos versa sobre la reflexión en base a la cultura y los valores, a cultivar la mente, a proporcionar nuevos conocimientos con los que poder desenvolverse en esta sociedad que cambia tan vertiginosamente (Guerra, 2009).

Cabe señalar que, a la diversidad de programas hay que sumar la variedad de diseños de cursos, las diferentes distribuciones temporales, el distinto número de horas, así como la contemplación o no de la investigación en sus diseños. De esta forma, es frecuente encontrar ofertas de actividades diferentes, donde cada grupo de mayores realizan las que más se acercan a sus expectativas, frente a programas donde el alumnado elige una serie de materias o el temario se ofrece ya cerrado (Serdio, 2008).

Acorde con una educación de calidad, *metodológicamente* se llevan a cabo diferentes actividades tales como ciclos de conferencias, clases magistrales, metodologías participativas basadas en fomentar el aprendizaje cooperativo entre los mayores (García y Troyano, 2010), en el enriquecimiento de tareas mediante la diversificación de contenidos y en la evaluación de las competencias adquiridas mediante la realización de trabajos (Lucas, 2007). La programación de los cursos se complementa con conferencias, coloquios que las distintas Universidades añaden a sus temarios. Las materias o asignaturas de los cursos de los PUM, se suelen dividir en *materias obligatorias, básicas o troncales y optativas o de libre elección*. Las materias son comunes a todo el alumnado, a excepción de las optativas que se ofertan, donde cada estudiante elegirá aquéllas que más se adecuen a sus intereses y preferencias personales (Fernández, 2002).

El *profesorado* suele estar constituido por profesores de la propia Universidad. El docente debe poseer la capacidad para desarrollar investigaciones e innovaciones, que muestre interés y dedicación por los estudiantes y que sea capaz de entusiasmarlos (Juidías y Loscertales, 1993; Marín y Loscertales, 2000). No obstante, los docentes a veces complementan su labor con profesionales especializados en un tema en concreto, externos a la Universidad, aportando su conocimiento y experiencia al alumnado mayor (Velázquez y Fernández, 1999).

Se constata así que el surgimiento de nuevos PUM es un indicativo claro de que la enseñanza de las personas mayores está teniendo una respuesta por parte de la sociedad a este sector. Con ello se pretende que la persona mayor no sólo satisfaga sus expectativas formativas, sino que también mejore y potencie su calidad de vida, sintiéndose mejor consigo mismo y con los demás, aumentando sus redes sociales y adoptando un nuevo rol cultural que exceda el mero cuidado de generaciones posteriores (Junta de Andalucía, 2010).



## **PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO**

---



## Capítulo 5

---

### Justificación, Hipótesis y Objetivos de Estudio



### 1. Justificación del estudio

El estudio de la calidad de vida en las personas mayores ha sido analizada por numerosos investigadores (Gómez, Verdugo, Arias y Navas, 2008). Se ha comprobado que son muchos los cambios que se originan en esta población, no sólo a nivel físico, sino también a nivel psicológico y social. Uno de los modelos teóricos propuestos para estudiar el proceso de envejecimiento es el modelo de Selección, Optimización y Compensación de Baltes y Baltes (1990). Dicho modelo junto con la teoría del envejecimiento exitoso o saludable aparecen como una de las propuestas más firmes para realizar la investigación con personas mayores (Caprara, 2009). De ahí, que la propuesta de estudio tenga como marco los estudios realizados en la línea de envejecimiento exitoso.

A pesar de la rápida extensión de los Programas Universitarios de Mayores en España, son escasos los estudios relacionados con la educación durante el proceso de envejecimiento (Villar, Triadó, Pinazo, Celdrán, y Solé, 2010). No obstante, la proliferación de investigaciones en este campo cada vez es mayor (Guerra, 2009). De manera que, se desconoce aún con exactitud qué características psicosociales definen a la persona mayor que es protagonista del proceso de enseñanza-aprendizaje que se lleva a cabo en estos programas. Así como cuáles pueden ser las destrezas o habilidades producidas por los entornos educativos en los mayores (Fernández, 2002). Se ha constatado que reducir estos programas a un planteamiento puramente instructivo no sólo sería un error de concepción, sino que obviaría los efectos y los impactos que dichos programas tienen entre las personas mayores en relación a su calidad de vida, independientemente del incremento de sus conocimientos (Orte y Vives, 2006).

Actualmente es compartida por distintos investigadores la idea de que las personas mayores continúan aprendiendo independientemente de la edad (Orte, 2006; Montoro, Pinazo y Tortosa, 2007). Sin embargo, se desconoce cuáles son las características definitorias de estas personas que asisten a los Programas Universitarios en cuanto a la calidad de vida, el bienestar psicológico, la autoestima, el apoyo social, el ocio y tiempo libre, la competencia psicosocial o la asunción de un nuevo rol generacional. Por ello, se plantea de forma general estudiar y conocer las variables psicosociales que inciden en la calidad de vida de los mayores que forman parte de los Programas Universitarios de Mayores, y en concreto de los que forman parte de Andalucía.

La justificación de esta investigación no sólo deviene de los factores sociodemográficos y de las políticas sobre envejecimiento saludable y activo, en las que se contextualiza los Programas Universitarios para personas mayores. Además, hay que considerar la influencia de las diferentes variables psicosociales en el proceso formativo de las personas mayores a la hora de justificar el estudio. De manera más específica, la Calidad de Vida se relaciona con indicadores de salud, bienestar y satisfacción de necesidades (Iglesias-Souto y Dosil, 2005). Se parte de las potencialidades de la persona mayor para adaptarse a su entorno y así protagonizar un envejecimiento exitoso mediante estrategias acomodativas o actividades instrumentales como formarse en un programa universitario (Reig, 2003; Tones y Pillay, 2007).

Referente al análisis del Apoyo Social, en este estudio se focaliza desde un enfoque positivo en que las relaciones sociales se ven incrementadas por hecho de asistir a la universidad (Orte, 2006). El Apoyo Social de las personas mayores se traduce asimismo en analizar no sólo qué tipo

de Apoyo Social reciben y perciben (instrumental, informativo o afectivo), sino también en qué medida éste satisface sus necesidades emocionales y de relación social, y además incrementa o mejora la calidad de vida de dichas personas (Orte y Vives, 2006).

En el Bienestar Psicológico se consideran los aspectos que, según lo investigado hasta el momento, parecen estar más asociados al Bienestar en las personas mayores como son el apoyo social en sí mismo y las emociones positivas derivadas de las relaciones sociales, que favorecen la aparición de conductas positivas en relación a la salud (véase revisión en Vázquez, Hernangómez y Hervás, 2004); mantener una vida activa mediante el aprendizaje a través de los programas universitarios para mayores, la realización de dietas saludables y de actividad física; o cómo la autoestima y las creencias de autoeficacia están asociadas a un mayor bienestar y a otros indicadores de salud (Hernangómez, Vázquez y Hervás, 2009).

En relación con la Autoestima (personal y colectiva) que posee el alumnado que asiste a Programas Universitarios de Mayores. Se ha comprobado la existencia de estudios que afirman no sólo la mejora, sino el incremento de la Autoestima en las personas mayores que se forman. Siendo los Programas Universitarios de Mayores un revulsivo que satisface las necesidades socioemocionales y educativas de sus estudiantes (Longworth, 2005; Arnay, 2006). Así, se consideran los programas universitarios como elementos cruciales a la hora de mantener la buena y/o elevar la autoestima de las personas mayores que forman parte de los mismos (Martín, 2007).

Para esta investigación se plantea la redefinición de las actividades de Ocio y Tiempo Libre que desarrollan las personas mayores desde que forman parte de los Programas Universitarios de Mayores, propiciando la continuidad de un rol activo dentro del contexto comunitario (Gadalla, 2009), así como experiencias que producen bienestar y mayor autoestima (Lizaso, Sánchez de Miguel y Reizábal, 2008). En definitiva, en qué medida las actividades de Ocio y Tiempo Libre propician el desarrollo de un nuevo proyecto vital en la persona mayor (Rubio, 2004).

Conocer las implicaciones de cada una de las variables anteriormente citadas, junto con el rol generacional y la competencia psicosocial que desempeña la persona mayor, aportarán los fundamentos sobre los que debe basarse la elaboración políticas y planes de formación. Ello permitirá la extracción de características psicosociales que describen al potencial alumno mayor, y por ende, guiará los contenidos básicos, las estrategias metodológicas y evaluativas que mejor respondan a las necesidades planteadas por la persona mayor que decida matricularse en un Programa Universitario.

## **2. Hipótesis del estudio**

El conocimiento y análisis que implica la justificación descrita anteriormente es relevante para el estudio de las personas mayores en contextos educativos, sobre todo en los Programas Universitarios de Mayores. Además, nos facilita la contrastación o refutación de las hipótesis propuestas. Para ello, partimos de una hipótesis general que es:

El alumnado perteneciente al Programa Universitario de Mayores posee unos indicadores de calidad de vida personal positivos desde el punto de vista psicosocial relacionados con:

- El grado de apoyo social que poseen.

- El grado de bienestar psicológico.
- El grado de autoestima personal y colectiva.
- El uso del ocio y tiempo libre.
- El nuevo rol generacional que desempeñan.
- La competencia psicosocial que desarrollan.

Dicha hipótesis general se desglosa a su vez en otras de carácter más específico.

- El grado de *Apoyo Social* del alumnado que forma parte de los Programas Universitarios de Mayores de Andalucía hace referencia a las siguientes hipótesis sobre satisfacción, recepción y aspectos cuantitativos del Apoyo Social.

Hipótesis relativa a la *satisfacción* con el apoyo social recibido:

1.- Existe una correlación positiva entre el bienestar psicológico y la calidad de vida en relación con la satisfacción del apoyo social recibido.

Hipótesis relativas a la *recepción* de apoyo social de los mayores:

2.- Existe una correlación positiva entre la cantidad de apoyo recibido por los mayores y el grado de bienestar psicológico y de calidad de vida personal.

3.- Existe una correlación negativa entre el nivel de bienestar psicológico y de calidad de vida personal y las necesidades de apoyo social percibidas.

Hipótesis relacionadas con *aspectos cuantitativos* del apoyo social:

4.- Existe una correlación positiva entre la frecuencia de contactos y la satisfacción con el apoyo social recibido.

5.- Existe una correlación positiva entre las actividades de ocio y tiempo libre y una mayor recepción de apoyo social, así como una mayor satisfacción con el apoyo social recibido.

- El grado de Bienestar Psicológico de las personas mayores que estudian en los Programas Universitarios de Mayores de Andalucía se refiere a que:

1.- Existe una correlación positiva entre el bienestar psicológico y la calidad de vida del alumnado.

2.- Existe una correlación positiva entre la frecuencia y diversidad de actividades de ocio y tiempo libre realizadas y el nivel de bienestar psicológico de los mayores.

- El grado de Autoestima de las personas mayores que estudian en los Programas Universitarios de Mayores de Andalucía hace referencia a que:

1.- Existe una correlación positiva entre la frecuencia de apoyo social recibido y la autoestima que poseen.

2.- Existe una correlación positiva entre la autoestima y el grado de bienestar psicológico de los mayores.

- El uso del Ocio y Tiempo Libre de las personas mayores que estudian en los Programas Universitarios de Mayores de Andalucía refiere que:

1.- Existe una correlación positiva entre el uso del ocio y tiempo libre y los cambios relacionados con el rol generacional.

2.- Existe una correlación positiva entre el uso del ocio y el tiempo libre y los cambios relacionados con la competencia psicosocial.

### **3. Objetivos del Estudio**

Para contestar a las hipótesis anteriormente planteadas, se considera como objetivo general de la presente investigación: Analizar la Calidad de Vida del alumnado mayor participante en los Programas Universitarios de Mayores (PUM) de Andalucía.

A su vez, para cumplir este objetivo, se plantean como específicos:

1. Conocer el Apoyo Social del alumnado mayor de los Programas Universitarios de Mayores.
2. Analizar el estado de Bienestar Psicológico general del alumnado mayor que forma parte de los PUM.
3. Analizar la Autoestima Personal y Colectiva en el alumnado mayor a partir de la intervención educativa del PUM.
4. Analizar el uso del Ocio y del Tiempo Libre de las personas mayores que se forman en los PUM.
5. Describir el cambio de Rol Generacional de la persona mayor que se está formando en los PUM.
6. Describir el grado de Competencia Psicosocial que posee el alumnado mayor de los PUM.

Con las hipótesis de trabajo y buscando la consecución de los objetivos propuestos, se inició el estudio empírico de recogida de datos y el análisis de resultados que se expondrán en los capítulos siguientes.

## **Capítulo 6**

---

### **Metodología**



### 1. PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Universo

El Universo objeto de estudio es la población formada por las personas mayores de 55 años, de ambos sexos, y que están matriculadas en los diferentes Programas Universitarios de Mayores de las ocho capitales de provincia de Andalucía. La población objeto de estudio se construyó a partir de los datos facilitados por las secretarías de los diversos Programas Universitarios de Mayores. De este modo, los datos ofrecidos hacen referencia al alumnado mayor matriculado en el curso académico 2007-2008.

Se ha considerado a todo el alumnado de las ocho capitales, atendiendo a los diferentes cursos en los que llevan a cabo sus estudios universitarios. De modo que, según los datos consultados, el Universo objeto de estudio consta de un total de *4108 alumnos* matriculados en el curso académico 2007-2008 en las ocho capitales de provincia de Andalucía.

##### 1.1.1. Estratificación y Composición del Universo

Siguiendo una aplicación de los datos demográficos se trata establecer unas relaciones cuantitativas entre la oferta de recursos, en este caso formativos, y la demanda o necesidad de esos recursos o servicios. Las cifras censales y padronales son una referencia obligada para establecer diagnósticos acerca de la carga que recae sobre dichos servicios por zonas geográficas (veáanse, por ejemplo, los estudios de García, García y Sánchez, 1992; Vinuesa y Moreno, 2004).

La población objeto de estudio se ha estratificado por zonas geográficas, teniendo en cuenta que en cada una de las capitales de provincia andaluzas se lleva a cabo un Programa Universitario para Mayores que introduce matices diferenciales entre ellos (Tabla 1). De esta manera, se considera la posible obtención de diferencias significativas entre el alumnado de cada provincia, debidas a la realización de Programas formativos diferentes.

Tabla 1

*Universo de estudio por capitales de provincia de Andalucía*

Provincia	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Alumnado	284	600	700	550	218	350	580	826

#### 1.2. Muestreo

##### 1.2.1. Justificación del modelo de muestreo

El muestreo se ha realizado siguiendo un modelo de Muestreo Estratificado Aleatorio. Se denomina de esta forma porque la muestra contiene una representación de cada uno de los grupos o estratos en los que se ha dividido la población (Argibay, 2009).

Se considera apropiada esta elección porque, por un lado, se cuenta con un marco de investigación suficiente para seleccionar las diferentes unidades por su localización geográfica. Dicha circunstancia sugiere, en principio, un modelo aleatorio simple o estratificado (Pérez, Manzano y Fazeli, 1998; León y Montero, 2003). Por otro lado, los sujetos se encuentran lo suficientemente dispersos, de ahí la necesidad de un modelo que abarque toda la geografía de la población andaluza.

El principal inconveniente de este modelo, desde la perspectiva del cálculo del tamaño de la muestra, es que requiere un conocimiento más exhaustivo de la población; no obstante, se parte con la ventaja de una detallada visión estadística de la población objeto de estudio. Asimismo, y sabido el conocimiento del universo poblacional, se ha optado como procedimiento de muestreo estratificado el de proporción unitaria con lo que se consigue una mayor precisión que con un muestreo aleatorio simple debido a la diferencia entre los estratos (Pérez, Manzano y Fazeli, 1998; Pérez, 1998, 2001).

### *1.2.2. Tamaño de la muestra*

El contexto de estimación del que se parte para fijar el tamaño de la muestra es el siguiente:

1. Modelo de muestreo estratificado aleatorio con proporción unitaria.
2. Definición de medidas procedimentales.  
Tamaño de la población: 4108  
Número de estratos: 8
3. Distribución de probabilidad normal.
4. No existe una hipótesis alternativa.
5. No se considera inferencia simultánea.
6. Error de precisión admisible de  $\pm 3.5\%$
7. Nivel de significación de 0.0550

Aplicando la expresión algebraica genérica que permite calcular el tamaño de la muestra mediante el programa SOTAM (Manzano, 1996), se obtuvo que el número resultante de ésta es de *618 participantes*.

### *1.2.3. Procedimiento de elección de la muestra*

Los 618 participantes de la muestra objeto de estudio representan a personas de toda la geografía andaluza. Se optó por concentrar la muestra en el alumnado de las ocho capitales de provincia de Andalucía.

En la Tabla 2 se hace constar el número preciso de cuestionarios a realizar en cada provincia. De este modo, se realizó una distribución proporcional de la muestra escogida según los datos poblacionales existentes sobre las variables relevantes de la investigación.

Tabla 2  
*Población y tamaño muestral por provincias*

Provincia	Población curso 04-05	Tamaño muestral
Almería	284	43
Cádiz	600	91
Córdoba	700	105
Granada	550	83
Huelva	218	33
Jaén	350	53
Málaga	580	87
Sevilla	826	123
<b>Total</b>	<b>4108</b>	<b>618</b>

En resumen, se opta por un sistema de muestreo estratificado (por provincias), proporcional (que cada capital de provincia se encontrará justamente representada en la muestra en función del número de alumnos matriculados en cada Programa Universitario para Mayores) y aleatorio, cuya unidad de muestreo final fuera el participante. Todas estas consideraciones han garantizado la adecuada representatividad de la muestra.

## 2. DISEÑO

### 2.1. *Diseño de la investigación*

En el presente estudio se ha decidido aplicar un *diseño de observación pasiva*, como aquella en la que los investigadores no intervienen activamente en el estudio. Asimismo, se empleará un *diseño transversal*, consistente en diferentes grupos de personas que tienen distintas edades y que son observadas en un mismo momento. Simplemente se trata de acercarse a la realidad, estudiando potenciales patrones de covariación entre las variables. Más concretamente, se va a emplear una investigación mediante *cuestionarios*, en la que, además de la ausencia de manipulación, las dos características principales son: a) no se estudian los comportamientos directamente, sino que se cuestiona a las personas por ellas, y b) se administra a una parte de la población de interés, llamada muestra, empleándose la información recogida en la muestra para hacer inferencias acerca de la población o universo de la que ha sido extraída (Botella, León, San Martín y Barriopedro, 2001; Botella, 2004; Botella y Gambará, 2006).

De este modo, para responder a los objetivos e hipótesis fundamentales de investigación se propone el uso de un *estudio por cuestionarios*.

Para analizar exhaustivamente las diferentes variables sociodemográficas y personales (describir la competencia psicosocial de los mayores, analizar cómo gestionan el ocio y tiempo libre y qué rol generacional cumplen, junto con la profundización sobre el apoyo social, el grado de bienestar psicológico, de autoestima y de calidad de vida) planteamos la utilización de un *diseño descriptivo*. Se realizará el análisis de correlaciones de Pearson para comprobar las hipótesis propuestas, así como una factorización para sintetizar las variables de calidad de vida estudiadas, de cara a la contrastación de datos referentes a la muestra desde que forman parte del Programa Universitario de Mayores.

### 2.2. *Variables y condiciones de control*

Las variables estudiadas en la presente investigación pueden agruparse en función del aspecto que evalúan tal y como aparece en el siguiente esquema (Tabla 3).

Tabla 3

*Variables Objeto de Estudio*

Variables sociodemográficas	Variables psicosociales
Provincia	Calidad de Vida
Lugar donde vive	Apoyo Social
Sexo	Bienestar Psicológico
Estado civil	Autoestima
Edad	Ocio y Tiempo Libre
Últimos estudios realizados	Rol Generacional
Situación laboral	Competencia Psicosocial
Curso en el que está matriculado	

### 2.2.1. Variables sociodemográficas

A continuación se describen los valores que tienen cada una de las variables sociodemográficas:

*Provincia:* posee ocho descriptores posibles en función de la capital de provincia en la que esté matriculado el alumnado. Estos son: Huelva, Sevilla, Cádiz, Córdoba, Málaga, Granada, Jaén y Almería.

*Lugar donde vive:* hace referencia al tipo de domicilio en el que vive la persona mayor, pudiendo adquirir tres valores diferentes: residencia para mayores, domicilio propio o domicilio familiar (hijos, sobrinos, etc.).

*Sexo:* posee dos categorías, varón o mujer.

*Estado civil:* se consideran cinco niveles: soltero, casado, pareja de hecho, viudo y divorciado.

*Edad:* indica la edad que manifiesta poseer el participante. Se utilizará de manera cuantitativa y, a fin de proporcionar una información más clarificadora de su influencia sobre las variables dependientes objeto de estudio, se establecerán intervalos de edad de diez años, a partir de los 55 años.

*Últimos estudios realizados:* hace referencia al número total de años cursados de forma reglada, donde 8 años de estudios equivalen a estudios primarios o bachiller elemental; 10 a estudios secundarios, bachiller superior o formación profesional; 11 a una diplomatura; 15 a una licenciatura y 17 al grado de doctor.

*Situación laboral:* se refiere a la posible situación de actividad profesional y profesión que realiza, o bien a la situación de jubilación.

*Curso en el que está matriculado:* dependiendo de los diferentes Programas Universitarios para Mayores el alumnado podrá encontrarse en uno de los tres primeros cursos.

### 2.2.2. Variables objeto de estudio

#### A) CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un constructo asociado al bienestar psicológico y a la salud, y de manera amplia y general al apoyo social. Su dimensión subjetiva hace que los intentos de definición del concepto de calidad de vida sean ambiguos y múltiples. Esta dificultad de conceptualización ha dado lugar a que gran parte de los esfuerzos en su investigación se hayan centrado en la construcción de instrumentos que varían en su contenido, en sus propiedades métricas, en las

necesidades para su aplicación y en el uso efectivo de los mismos (Valderas, Ferrer y Alonso, 2005). Una definición es la que formulan Casado, González, Moraleda y Orrueta (2001), basándose en criterios de la OMS como *“percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”*. En este estudio se tomará como definición de calidad de vida la percepción subjetiva de la persona, es decir, una comparación entre lo que dispone y sus aspiraciones, deseos y necesidades. En el caso de las personas mayores, se puede decir, igualmente, que es considerada en términos de satisfacción de necesidades expresadas o percibidas de forma individual, teniendo como referencia y criterio de comparación el deterioro de las condiciones de vida (Fernández, Iglesias, Elizalde, Martínez y Rodríguez, 2005). Dicho constructo será medido a través de la Escala de Calidad de Vida Personal (Adaptado de Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000).

#### B) APOYO SOCIAL

El apoyo social se refiere a todo tipo de ayuda, tanto de tipo emocional como informacional y material, que recibimos de nuestras redes informales, íntimas, otros grupos y comunidad global, incluyendo transacciones reales, así como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida (Barrón, 2004; Arias y Barrón, 2008). De manera más específica y siguiendo a Bowling (1991), la red de apoyo social del mayor se define como una variable que distingue el entramado de relaciones sociales identificables que rodean al individuo, así como las características y peculiaridades de estas relaciones. En una definición completa de red social es preciso delimitar un conjunto de relaciones sociales que presenta una persona y que pueden ser facilitadoras de apoyo social, neutras o incluso dar lugar a efectos negativos. Así, la red de apoyo se considera desde un nivel medio de la estructura social de la persona, entre el nivel macro o comunidad y el nivel íntimo o relaciones de confianza (Méndez y Barra, 2008).

En esta variable se analiza el tipo de relaciones sociales que mantiene la persona mayor; la frecuencia con que mantiene dichas relaciones; el tipo de apoyo que les proporciona la red (Instrumental, Informativo y Emocional); la percepción de la necesidad de apoyo por el mayor; y el grado de satisfacción con el apoyo recibido. Será medida mediante el Inventario de Recursos Sociales en Ancianos (Díaz-Veiga, 1987) y el UCLA Social Support Inventory (Schwarzer, Dunkel-Schetter y Kemeny, 1994).

#### C) BIENESTAR PSICOLÓGICO

Con esta variable se hace referencia a la explicación de cómo y por qué las personas experimentan sus vidas en términos positivos (Diener, 1984). El bienestar psicológico consiste en una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas afectivas de las personas, el grado de satisfacción en determinadas áreas o facetas del funcionamiento sociopersonal y los juicios globales de satisfacción con la vida (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). Una de las corrientes más actuales es la que define el bienestar desde la Psicología Positiva, en la que Seligman (2003) considera el bienestar psicológico o subjetivo como un término general que incluye tanto elementos reflexivos o valorativos como reacciones y estados emocionales experimentados en situaciones cotidianas.

Para abordar el análisis sobre el bienestar psicológico se estudiará el Bienestar Psicológico Subjetivo, referido al grado de felicidad que manifiesta la persona (Sánchez-Cánovas, 1998). Para ello se empleará la Escala de Bienestar Psicológico de Sánchez-Cánovas (1998).

#### D) AUTOESTIMA

Con esta variable se analizará la percepción tanto individual como colectiva del valor propio de la persona mayor, así como la evaluación positiva o negativa del yo. En sus inicios, Rosenberg (1965, 1979) definió la autoestima personal como los sentimientos de valía personal y respeto a sí mismo. Mientras que la autoestima colectiva hace referencia a la pertenencia a grupos o categorías sociales (Sánchez, 1999).

El estudio de esta variable se completará atendiendo al análisis, por una parte, de la *autoestima personal*, como la valoración que hace el mayor de su propia persona (Rosenberg, 1965); y por otra, de la *autoestima colectiva*, como la valoración que hace el mayor de su propia persona en relación al grupo de referencia al que pertenece (Luhtanen y Crocker, 1992). Todo ello a través de la Escala de Autoestima Personal (Rosenberg, 1965) y la Escala de Autoestima Colectiva (Luhtanen y Crocker, 1992).

#### E) OCIO Y TIEMPO LIBRE

Walker, Courneya y Deng (2006) destacan respecto del ocio y tiempo libre el análisis de por qué la gente hace lo que hace con su ocio y del impacto que ello produce en su calidad de vida. En esta variable analizaremos las actividades empleadas por la persona mayor para organizar, gestionar y estructurar su tiempo de ocio como un reflejo importante tanto del funcionamiento psicosocial, así como de la calidad y de la cantidad de relaciones sociales que establece el alumnado mayor para llevarlas a cabo. La definición de Ocio que acoge este estudio es «vivencia subjetiva caracterizada fundamentalmente por la libertad percibida y por tanto por la voluntariedad; por la motivación o refuerzo intrínseco y por tanto por ser de carácter final y no instrumental, y por el disfrute o satisfacción». La delimitación conceptual del ocio y del tiempo libre varía en función del ciclo vital (Duque y Mateo, 2008). Para medirlo se aplicará la Escala sobre Empleo del Ocio y Tiempo Libre por los mayores (Pérez, 2002).

#### F) ROL GENERACIONAL

En este caso se profundizará en el rol social que define al alumnado mayor que forma parte de Programas Universitarios, y en concreto establecer diferencias entre el rol tradicional, donde la persona mayor es un mero eslabón intergeneracional, y en la mayoría de los casos, su función queda relegada a cuidar de los nietos (Buz y Bueno, 2006); y el rol del mayor activo, donde la persona mayor excede sus relaciones sociales del entorno familiar y vecinal, además de realizar diferentes actividades socioculturales (Corraliza, 2004). Se empleará la Escala de percepción de cambios producidos por intervención educativa (Yuni, Schlossberg y Lucero, 1995).

#### G) COMPETENCIA PSICOSOCIAL

Variable definida como el grado en que una persona es capaz de disponer de los recursos, personales y sociales, para realizar las tareas decisivas para su vida social (Rubio, 2004). Para ello, consideraremos las diferentes actividades que realiza la persona mayor, así como el grado de calidad de vida personal que posee desde que forman parte del Programa Universitario de Mayores. Se considerará la Escala de percepción de cambios producidos por intervención educativa (Yuni, Schlossberg y Lucero, 1995).

### 3. INSTRUMENTO

### **3.1. Selección del instrumento**

Revisada la literatura existente sobre el tema objeto de estudio, se ha planteado la disyuntiva entre elaborar un cuestionario de medidas de elaboración propia o utilizar materiales ya empleados en investigaciones anteriores.

La primera opción tiene la ventaja de que el instrumento se adecua perfectamente a los objetivos de investigación. No obstante, hay que considerar que su confección (elaboración de ítems, validación del instrumento, etc.) supone un alto coste humano y temporal.

La segunda opción plantea el uso de instrumentos ya validados cuya eficacia ha podido ser comprobada. Sin embargo, puede ser que éstos no se ajusten a los objetivos del estudio, no por la validez de los instrumentos en sí, sino por las características propias de la población investigada.

Visto lo anterior se ha preferido adoptar una solución intermedia con la finalidad de aprovechar aquellos instrumentos que han resultado eficaces en investigaciones pasadas similares, aunque con leves modificaciones (fundamentalmente de redacción de algunos ítems) para la población objeto de estudio. El instrumento resultante que aparece en el Anexo sigue un orden distinto al que se explica a continuación. Ello es debido a que para la elaboración del mismo se tuvo como objetivo facilitar la lectura y la cumplimentación del mismo por parte de las personas mayores, de manera se colocaron consecutivamente aquellos instrumentos que tenían la misma escala de valores.

De este modo, se toma como instrumentos de medida de las variables de investigación los siguientes (ver Anexo):

#### **A) Calidad de Vida**

**Escala de Calidad de Vida Personal** (elaborado para esta investigación): consta de 13 ítems extraídos del manual "Analizando la Calidad de Vida" (2000), editado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Los ítems adoptan valores de 1 = muy de acuerdo a 4 = muy en desacuerdo y hacen referencia a factores de opciones, relaciones, estilos de vida, salud y bienestar, derechos y satisfacción. En el estudio piloto se ha comprobado una tendencia hacia valores entre 1 y 2 que denotan una mayor calidad de vida. De ahí que haya sido necesario constatar una dispersión aceptable de los mismos para obtener unos índices fiables (0.69).

#### **B) Apoyo Social**

**Inventario de Recursos Sociales en Ancianos** (Díaz-Veiga, 1987): está dividido en cuatro secciones referidas cada una de ellas a cuatro tipos de relación social: pareja, hijos, familiares y amigos. En la primera sección se valora la existencia o no de relación; en la segunda sección se evalúa la frecuencia de contacto, donde 1 equivale a menos de una vez al mes y 3 a una vez a la semana o más; la tercera sección se refiere al tipo de apoyo recibido por el mayor (emocional y/o instrumental); y la cuarta al grado de satisfacción con la relación, donde 1 es nada y 3 mucho. La validez del instrumento quedó demostrada con un índice de 0.85, al igual que su fiabilidad que dio en el estudio piloto en torno 0.81.

**UCLA Social Support Inventory** (Schwarzer, Dunkel-Schetter y Kemeny, 1994): toma en consideración no sólo las fuentes de apoyo social, sino las necesidades que lo generan y la percepción del mismo a través de la evaluación de la satisfacción con el apoyo obtenido.

Asimismo, permite evaluar los tres tipos de apoyo primordiales: informativo, material y emocional. La escala oscila entre 1 = nunca y 5 = muy a menudo. La fiabilidad y consistencia obtenida en los estudios originales son satisfactorias, obteniéndose los siguientes valores para la investigación: Apoyo recibido = 0.78 y Satisfacción con el apoyo = 0.86.

#### C) Bienestar Psicológico

**Escala de Bienestar Psicológico** (Sánchez-Cánovas, 1998): consta de 4 subescalas: bienestar psicológico subjetivo, bienestar material, bienestar laboral, relaciones con la pareja. Los valores de los ítems van desde 1 = nunca hasta 5 = siempre. Para la investigación hemos optado por la primera que responde al planteamiento de los objetivos de estudio. Consta de 30 ítems en sentido del bienestar, es decir, que a mayor puntuación, mayor percepción subjetiva de bienestar. El coeficiente de consistencia interna es de 0.928 en la Escala de Bienestar Psicológico.

#### D) Autoestima

**Escala de Autoestima Personal** de Rosenberg (1965): mide la percepción subjetiva de autoestima, actitud hacia uno mismo y hacia los demás. Está compuesto por 10 ítems que puntúan de uno a cuatro, siendo la autoestima mejor evaluada cuanto más se acerca a uno. En estudios realizados con muestras similares al de este estudio la fiabilidad ha sido de 0.79 (Fernández, 2002).

**Escala de Autoestima Colectiva** de Luhtanen y Crocker (1992): compuesta por 16 ítems cuyas respuestas se establecen en formato tipo Lickert. Las posibilidades de respuesta van desde 1 = muy de acuerdo hasta 4 = muy en desacuerdo. Tras un análisis factorial, se mostró que el 72.3% de la varianza total podía ser debida a cuatro factores: pertenencia a grupos, privacidad, pública e identidad. Muestra una relación moderada ( $r = .34, p < .01$ ) con respecto a la escala de autoestima personal de Rosenberg. Asimismo, posee un buen nivel de consistencia interna en base a una fiabilidad general de 0.85.

#### E) Ocio y Tiempo Libre

**Escala sobre Empleo del Ocio y Tiempo Libre por los Mayores** (Pérez, 2002): consta de 15 ítems que adoptan valores de 1 = muy de acuerdo a 4 = muy en desacuerdo. Analiza las actividades en que los mayores ocupan su tiempo. En el estudio piloto se ha comprobado una fiabilidad de 0.81.

#### F) Rol Generacional y G) Competencia Psicosocial

**Escala de percepción de cambios producidos por intervención educativa** (Yuni, Schlossberg y Lucero, 1995): compuesta por 26 ítems, refiere los aspectos relacionados con el rol generacional del mayor (4 primeros ítems) y las competencias psicosociales que desarrolla (22 ítems restantes). Más específicamente, contempla seis factores referidos a cambios del autoconcepto, de las relaciones familiares, de la adaptación social percibida, de la integración social, de los hábitos saludables y del descubrimiento de potencialidades del mayor. Tiene cuatro valores donde 1 = muy de acuerdo y 4 = muy en desacuerdo. El análisis de la distribución porcentual de las respuestas a cada ítem de la escala permite analizar la variabilidad de las respuestas. Se observa que, a pesar del sesgo hacia los valores superiores de la escala, la dispersión de los valores en el continuo de datos es aceptable. En el estudio piloto ha mostrado una fiabilidad de 0.77.

### 3.2. Estudio piloto

Previa a la aplicación del cuestionario a la población de estudio, se ha llevado a cabo un estudio piloto con cien personas mayores a través del cual poder comprobar los siguientes aspectos (González, Padilla y Pérez, 1998):

- El grado de entendimiento de las preguntas, ítems e instrucciones que se daban a las personas mayores para completar el cuestionario.
- Detección de la mejor secuencia de ítems y el orden de recogida de los diferentes aspectos que se pretendían cubrir con el instrumento.
- Adecuación y fiabilidad en la recogida de datos.
- Coste temporal del trabajo a la hora de completar los cuestionarios.

Una vez administrado el cuestionario, a cada participante del estudio piloto se les pregunta acerca de la longitud del mismo, posibles dificultades de comprensión, otras formas de enfocar algunas preguntas sin que se tergiversara el contenido esencial de las mismas.

Por lo que respecta a la secuencia de los ítems del cuestionario, se parte de la base de iniciar el mismo con los aspectos objetivos del sujeto, tales como son los factores sociodemográficos; para posteriormente ir introduciendo las cuestiones más personales en relación con el entorno (visitas, convivencia, etc.) y después consigo mismo (aspectos sobre estado psicofísico y social, calidad de vida, etc.), cuando las preguntas tienen un carácter más comprometido y personal (al final); ya que se ha considerado que, en este momento, la persona ya ha podido comprobar y comprender tanto el tipo de información obtenida sobre ella como el objeto del estudio (González, Padilla y Pérez, 1998).

### ***3.3. Procedimiento de realización de cuestionarios***

La aplicación de la batería de instrumentos propuesta responde a un estudio de tipo transversal con medidas a un solo grupo de personas mayores y en un solo tiempo. Ello es debido a que el alumnado de los Programas Universitarios andaluces ven aumentada la probabilidad de ocurrencia de enfermedades o acontecimientos vitales que pueden incidir significativamente en los resultados.

Para realizar los cuestionarios en primer lugar, se considera que éstos se efectuarán en el contexto formal de las aulas universitarias, por lo que previo concierto con el coordinador de cada Programa Universitario de cada provincia, se concertó una cita con el profesorado en cuyas horas lectivas de clase se administraron los cuestionarios. La estimación del tiempo de realización del cuestionario oscila entre los 30 y 45 minutos, lo cual implica la colaboración docente para no impartir clases en esa hora.

Una vez concertadas las citas oportunas, según la muestra a conseguir, el investigador pasó por las distintas aulas, dejando claras las instrucciones para la cumplimentación del cuestionario. Una vez realizados, fueron recogidos para posteriormente procesar los datos. No ha sido necesario impartir ningún curso formativo sobre el manejo y familiarización con el instrumento, instrucciones e ítems que había que aplicar. De hecho, éste ha sido adaptado y aplicado por el grupo de investigación HUM-259.

### ***3.4. Administración de cuestionarios***

En cada aula universitaria, el investigador se presentó como miembro del equipo de investigación HUM-259 que está realizando un estudio sobre la Calidad de Vida de los Mayores que forman parte de los Programas Universitarios de Mayores. Acto seguido, se leía detenidamente cada una de las instrucciones del cuestionario al alumnado, asegurándose de su plena comprensión.

Para garantizar la fiabilidad del cuestionario y no contaminar al sujeto con ideas, juicios y estimaciones del entrevistador, éste lee, exacta, repetidamente y con la misma entonación, aquellos aspectos del cuestionario que el alumnado no comprenda; además de dejar bien claro:

“El grupo de investigación HUM-259, adscrito al Departamento de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla está llevando a cabo un estudio para analizar en qué medida el hecho de recibir formación en los Programas Universitarios de Mayores incrementa la calidad de vida, mejora las redes de apoyo social y el bienestar psicológico.

Se trata de un cuestionario anónimo, por lo que le rogamos conteste sinceramente a las cuestiones propuestas. No existen respuestas correctas o incorrectas. La información obtenida será tratada con la mayor confidencialidad. GRACIAS POR SU COLABORACIÓN”

La aplicación se realizó de forma colectiva en una de las aulas de las que dispone el Programa para impartir sus clases, siempre en horario de tarde y previo a la primera hora de clase para facilitar a los mayores su asistencia y colaboración, y evitar el posible efecto de cansancio motivado por la extensión del cuestionario.

En la administración fue necesaria la colaboración de dos alumnos internos del Departamento de Psicología Social, para atender mejor a las características de atención que requieren las personas mayores, muchas de las cuales era la primera vez que se enfrentaban a una situación de investigación de este tipo.

Un hecho destacable en el procedimiento lo constituye que hubo personas que no pudieron acudir a la convocatoria general. En este caso, a cada coordinador provincial del Programa se les dejó varios ejemplares de cuestionarios, para que una vez fueran cumplimentados lo remitieran vía correo ordinario. Para ello, se mantuvo contacto telefónico con cada coordinador durante dos semanas después de haber desarrollado la convocatoria general de administración del cuestionario, y así evitar cambios sustanciales en las condiciones originales de aplicación.

### ***3.5. Admisión de casos a la investigación***

A pesar de las precauciones tomadas para la metodología de encuesta propuesta, puede ocurrir que algunos de cuestionarios cumplimentados por los participantes no satisficieran las pruebas de coherencia lógica. Por ello, se ha decidido someter todos los cuestionarios a estas pruebas de carácter observacional, que permitirá eliminar aquellos casos cuyas respuestas sean sospechosas (por no haberse pasado el cuestionario en el momento oportuno, desinterés del encuestado, falseamiento de datos, etc.). Los casos eliminados han sido reemplazados por otros de idénticas características hasta completar el total de la muestra seleccionada.

## **Capítulo 7**

---

### **Resultados**



## CAPÍTULO 7. RESULTADOS

Para la obtención de los resultados de este estudio se ha aplicado un análisis cuantitativo mediante la aplicación del programa informático SPSS versión 14.0, a través del cual se han podido extraer estadísticos descriptivos, tablas de frecuencias, y establecer correlaciones de Pearson que nos permitirán comprobar las diferentes hipótesis de estudio.

En un intento de operativizar la exposición de los resultados, expondremos dos apartados diferentes: por un lado, analizaremos los descriptivos generales referidos a los datos sociodemográficos de los sujetos estudiados, así como los datos más significativos de cada una de las variables que inciden en la calidad de vida de los mayores de Andalucía que asisten a Programas Universitarios de Mayores. Por otro, se procede al análisis de los resultados según las hipótesis planteadas.

### 1. Análisis de resultados descriptivos generales

Los resultados que a continuación se exponen pertenecen a una muestra correspondiente al alumnado de los diferentes PUM existentes en las ocho capitales de provincia de Andalucía. El **perfil sociodemográfico** de los participantes de investigación se caracteriza por conformar una muestra de 618 alumnos y alumnas que se distribuyen por capitales de provincia.

Aunque la distribución de sujetos por provincias ha sido proporcional al número de alumnado matriculado en cada una de ellas, llama la atención que sean Almería y Huelva las que menos porcentaje de alumnado acumulen (7% y 5,3% respectivamente), frente a Sevilla y Córdoba que superan la centena de alumnado en ambos casos, que se corresponde con un 19,9% y un 17% en relación con el total de las personas investigadas (Tabla 1).

Tabla 1  
*Provincia de procedencia*

Provincia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Almería	43	7	7
Cádiz	91	14,7	21,7
Córdoba	105	17	38,7
Granada	83	13,4	52,1
Huelva	33	5,3	57,4
Jaén	53	8,6	66
Málaga	87	14,1	80,1
Sevilla	123	19,9	100
TOTAL	618	100	

La edad media del alumnado es de 63,90 años, siendo la edad de 65 años la moda; no obstante, es interesante resaltar que el rango de edad va desde los 50 años del alumno más joven, hasta los 85 años de los más longevos. Por lo que respecta al sexo, en las universidades para mayores de Andalucía predominan de forma destacada las 423 mujeres que superan más de la mitad de la población total estudiada con un valor del 68,4%, frente a los 195 varones que suponen un 31,6% del total.

Respecto al estado civil más de la mitad de los mayores andaluces que asisten al programa universitario afirman estar casados (56,6%); seguidos de viudos (23,5%); solteros (12%); divorciados (6,8%) y parejas de hecho (1,1%).

Teniendo en cuenta que el estudio se ha centrado en los tres primeros cursos que ofrecen en común los programas universitarios de mayores de las ocho capitales de provincia, hemos de destacar que el total del alumnado se ha distribuido de manera uniforme por cada uno de los tres cursos (Tabla 2).

Tabla 2  
*Curso en el que está matriculado*

Curso Matriculado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primero	208	33,7	33,7
Segundo	205	33,2	66,8
Tercero	205	33,2	100
TOTAL	618	100	

Para analizar los últimos estudios realizados, éstos se han operativizado en función de los años de estudios reglados especificados por los participantes. De este modo, la media de años de estudios realizados por la muestra estudiada está en 9,6 años, estableciéndose un rango que va desde personas que han estudiado hasta 8 años a lo largo de su vida (33,7%) referentes a los estudios primarios o bachiller elemental, hasta 17 años de estudios reglados correspondientes con la obtención del grado de doctor/a (0,3%). La mayor parte de la muestra se concentra en estudios secundarios o bachiller superior y/o formación profesional (32,5%) y en diplomaturas (20,9%), mientras que el 12,6% es licenciado.

En lo que se refiere al lugar donde viven los mayores objeto de estudio, casi la totalidad de la muestra (89,3%) afirma vivir en su domicilio propio, a la vez que un 10,4% asegura convivir en un domicilio familiar junto con los hijos, sobrinos, etc. Es testimonial la referencia a los participantes que viven en residencias para mayores (0,4%).

Para terminar con los datos sociodemográficos, se menciona la situación laboral de los participantes. La mayoría (74,4%) declara estar jubilado/a, mientras que el resto de las personas afirma estar en activo/a (23,8%) o en situación de desempleo (1,8%).

Una vez realizado el análisis sociodemográfico, se analizan los **resultados descriptivos generales de cada una de las variables** de la presente investigación. Para ello, es importante analizar diferentes aspectos de la *Calidad de Vida Personal de los Mayores*. En este caso, se ha empleado una escala con valores de respuesta de 1 (muy de acuerdo) a 4 (muy en desacuerdo), donde los participantes manifiestan un conjunto de respuestas homogéneas, a juzgar por las bajas desviaciones típicas (que oscilan entre  $\sigma=0,582$  y  $\sigma=0,789$ ) existentes en relación con las medias obtenidas.

Los mayores de las aulas universitarias andaluzas poseen, en general, un nivel de calidad de vida personal muy satisfactorio, que se traduce en una mejor identificación con sus necesidades, deseos, con lo que les agrada y desagrada ( $\bar{X}=2,04$ ); de ahí, que manifiesten vivir y divertirse en ambientes más integradores ( $\bar{X}=2,08$ ), reflejando sus preferencias culturales en su propio estilo de vida ( $\bar{X}=1,80$ ). Al sentirse más seguro de sí mismo ( $\bar{X}=2,02$ ) y al disfrutar de la mejor salud posible ( $\bar{X}=1,91$ ), el alumnado mayor se considera más independiente y productivo en las aulas a las que asisten ( $\bar{X}=2,06$ ), alcanzando los objetivos que se propone ( $\bar{X}=1,98$ ). Socialmente hablando, los participantes están de acuerdo en expresar el ejercicio de sus derechos y responsabilidades de forma más efectiva ( $\bar{X}=2,01$ ), así como también son tratados con dignidad y respeto ( $\bar{X}=1,87$ ). Los mayores tienden a mostrarse de acuerdo en afirmar que

cuentan con más apoyo y ayuda en sus familiares, vecinos y amistades ( $\bar{X}=2,35$ ); sintiéndose más cómodos en el entorno donde viven ( $\bar{X}=2,11$ ), lo que se traduce en una situación de vida más estable ( $\bar{X}=2,21$ ). En general, están de acuerdo en que están satisfechos con la vida que llevan ( $\bar{X}=1,78$ ) (Tabla 3).

Tabla 3  
*Calidad de Vida Personal*

	N		M	Moda	DT	V
	Válidos	Perdidos				
Identifico mejor mis necesidades, deseos, lo que me agrada y me desagrada	618	0	2,04	2	,731	,535
Cuento con más apoyo y ayuda en mis familiares, vecinos y amistades	618	0	2,35	2	,789	,623
Vivo y me divierto en ambientes más integradores	618	0	2,08	2	,701	,492
Mi estilo de vida refleja mis preferencias culturales	618	0	1,80	2	,582	,339
Me considero más independiente y productivo	618	0	2,06	2	,743	,553

Tabla 3 (Continuación)

Tengo una situación de vida más estable	618	0	2,21	2	,759	,576
Me siento más cómodo en el entorno donde vivo	618	0	2,11	2	,768	,590
Me siento más seguro de mi mismo	618	0	2,02	2	,743	,552
Disfruto de la mejor salud posible	618	0	1,91	2	,688	,473
Ejercer mis derechos y responsabilidades de forma más efectiva	618	0	2,01	2	,682	,465
Soy tratado con dignidad y respeto	618	0	1,87	2	,662	,438
Alcanzo los objetivos que me propongo	618	0	1,98	2	,636	,405
Estoy satisfecho con la vida que llevo	618	0	1,78	2	,662	,439

En relación con el *Apoyo Social*, hay dos instrumentos que lo miden: el *Inventario de Recursos Sociales en Ancianos* y el *UCLA: Social Support Inventory*. El primer inventario consta de cuatro secciones, evaluando la primera la existencia o no de relación social.

En este caso, la media de hijos que posee la muestra está en 1,17; manifiesta que tiene relaciones sociales tanto con parientes (hermanos, sobrinos, etc.) como con amigos, en base a una media de 1,03, dentro de una amplitud de respuesta que va desde 1 (sí tiene relación) hasta 2 (no tiene relación) (Tabla 4).

Tabla 4  
*Recursos Sociales en Ancianos I*

	N		M	Moda	DT	V
	Válidos	Perdidos				
¿Tiene usted hijos?	618	0	1,17	1	,377	,142
¿Tiene usted relación con parientes: hermanos, sobrinos, primos, etc.?	618	0	1,03	1	,181	,033
¿Tiene usted relación con amigos?	618	0	1,03	1	,177	,031

La segunda sección hace referencia a la **frecuencia** con la que los participantes ven y hablan con la red de recursos sociales que tienen a su disposición, en un rango de respuesta que va desde 0 (ausencia de relación alguna) hasta 3 (una vez a la semana o más), hay una diferencia

de medias entre 1,73 a 2,66 en relación con los cónyuges y amigos respectivamente. En este sentido, las respuestas dadas tienden a establecer la frecuencia de relación entre una o dos veces al mes hacia una vez a la semana o más. Es importante destacar que la desviación típica en relación con la media de los ítems referidos al cónyuge ( $\sigma=1,455$  y  $\bar{X}=1,73$ ) y a los hijos ( $\sigma=1,178$  y  $\bar{X}=2,33$ ) es alta, indicándonos que existen diferencias significativas entre los participantes que manifiestan tener cónyuge y/o hijos, frente a aquellas personas que afirman estar viudas, o bien, solteras o divorciadas (Tabla 5).

Tabla 5  
*Recursos Sociales en Ancianos II*

	N		M	Moda	DT	V
	Válidos	Perdidos				
¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?	618	0	1,73	3	1,455	2,117
¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos?	618	0	2,33	3	1,178	1,388
¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus familiares?	618	0	2,53	3	,833	,694
¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos?	618	0	2,66	3	,766	,587

La tercera sección del Inventario de Recursos Sociales en Ancianos se refiere al **tipo de apoyo** que reciben las personas está determinado por un rango de respuesta que oscila entre 0 (ausencia de apoyo alguno) y 2 (ayuda material), siendo el valor de 1 apoyo emocional (cariños, abrazos,...). Según los resultados obtenidos, podemos afirmar que los mayores reciben de todos los recursos sociales preferentemente apoyo emocional, como describe en las medias obtenidas referente a los hijos ( $\bar{X}=1,62$ ), a los familiares ( $\bar{X}=1,23$ ) y a los amigos ( $\bar{X}=1,17$ ). No obstante, los cónyuges proveen de apoyo material preferentemente al alumnado estudiado, estableciendo sus respuestas en una media de 2,04. En este caso, las desviaciones típicas son igualmente altas en relación con las medias obtenidas, lo cual es explicable si consideramos que la situación personal de los participantes varía desde los que están casados y con hijos, hasta aquellos que estando casados, no tienen hijos; o aquellos otros que no están casados, sino divorciados, solteros o viudos (Tabla 6).

Tabla 6  
*Recursos Sociales en Ancianos III*

	N		M	Moda	DT	V
	Válidos	Perdidos				
¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	618	0	2,04	0	3,762	14,151
¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos/as?	618	0	1,62	1	2,780	7,731
¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus familiares?	618	0	1,23	1	1,494	2,231
¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus amigos/as?	618	0	1,17	1	1,225	1,501

La cuarta sección del inventario estudia el grado de **satisfacción** de los mayores en relación con los diferentes elementos de la red de apoyo social de que disponen. En este caso, en un rango de 0 (ausencia de satisfacción alguna) a 3 (mucho satisfacción), los participantes tienden a estar bastante satisfechos con las relaciones que mantienen con los hijos, familiares y amigos, pues las respectivas medias están en 2,43, 2,63 y 2,68. Sin embargo, aquellas personas que tienen cónyuge afirman estar entre nada y poco satisfechas en la relación con éste ( $\bar{X}=1,66$ ).

Igualmente, es importante considerar las desviaciones típicas en relación con las respuestas dadas sobre el cónyuge y los hijos, ya que son altas en relación con la media, y, como ya hemos apuntado más arriba, ello puede deberse a las diferentes situaciones en las que están los participantes estudiados en relación con los recursos sociales de los que disponen (Tabla 7).

Tabla 7  
*Recursos Sociales en Ancianos IV*

	N		M	Moda	DT	V
	Válidos	Perdidos				
¿En qué grado está satisfecho de la relación con su cónyuge?	618	0	1,66	3	1,408	1,984
¿En qué grado está satisfecho de la relación con sus hijos?	618	0	2,43	3	1,644	2,703
¿En qué grado está satisfecho de la relación con sus familiares?	618	0	2,63	3	,631	,398
¿En qué grado está satisfecho de la relación con sus amigos?	618	0	2,68	3	,617	,381

Un segundo instrumento empleado para profundizar en las redes de apoyo social que disponen los alumnos mayores es el *Inventario de Apoyo Social (UCLA: Social Support Inventory)*. El rango de respuesta oscila entre 1 (nunca) y 5 (muy a menudo). Se han obtenido resultados homogéneos para toda la muestra en aquellos ítems que poseen una desviación típica menor a 1; sin embargo, los cuatro últimos ítems obtienen una desviación típica mayor a 1, coincidiendo con los referidos al apoyo emocional.

El alumnado mayor tiende a manifestar que a veces ha necesitado consejo o información y ayuda en los tres últimos meses ( $\bar{X}=2,45$ ); a veces también ha necesitado ánimo, apoyo, cariño, compañía, cuidados, etc. ( $\bar{X}=3,02$ ) (Tabla 8).

Tabla 8  
*Apoyo Social I*

	N		M	Moda	DT	V
	Válidos	Perdidos				
Durante los tres últimos meses, ¿con qué frecuencia ha necesitado consejo o información?	618	0	2,45	3	,832	,692
Durante los tres últimos meses, ¿con qué frecuencia ha necesitado ayuda de los demás?	618	0	2,45	3	,942	,886
Durante los tres últimos meses, ¿con qué frecuencia ha necesitado apoyo, ánimo, cariño, compañía, cuidados, etc.?	618	0	3,02	3	1,176	1,382

La muestra tiende a afirmar que, a veces, las personas que les ha rodeado les ha aportado esa información, consejo ( $\bar{X}=2,70$ ) y/o ayuda ( $\bar{X}=2,90$ ), así como ánimo, apoyo, cariño, compañía, cuidados, etc. ( $\bar{X}=3,15$ ) (Tabla 9).

Tabla 9  
Apoyo Social II

	N		M	Moda	DT	V
	Válidos	Perdidos				
¿Con qué frecuencia las personas que le rodean le han dado consejos o información?	618	0	2,70	3	,809	,654
¿Con qué frecuencia le han ayudado las personas que le rodean?	618	0	2,90	3	,981	,962
¿Con qué frecuencia le han dado ese apoyo, ánimo, cariño, compañía, cuidados, etc.?	618	0	3,15	3	1,138	1,296

Respecto a la satisfacción con el apoyo que le reporta la red social en la que viven, en general, lo mayores consideran que, a veces, están satisfechos con la información o consejo dado ( $\bar{X}=3,10$ ), con la ayuda recibida ( $\bar{X}=3,30$ ), y/o con el ánimo, apoyo, cariño, compañía, cuidados, etc. ( $\bar{X}=3,45$ ) (Tabla 10). Resulta curioso el hecho de que las medias más altas en la escala se refieren a la frecuencia y a la satisfacción del apoyo emocional, lo cual indica que las personas mayores recurren más al apoyo emocional que material a la hora de establecer las redes sociales.

Tabla 10  
Apoyo Social III

	N		M	Moda	DT	V
	Válidos	Perdidos				
¿Está satisfecho con los consejos e información que ha recibido de esas personas?	618	0	3,10	3	,971	,942
¿Está satisfecho con la ayuda recibida de esas personas?	618	0	3,30	3	1,058	1,119
¿Está satisfecho con el apoyo y el afecto recibido por esas personas?	618	0	3,45	3	1,123	1,262

La variable *Bienestar Psicológico* ha sido medida mediante una escala tipo lickert, con un rango de respuesta de 1 (nunca) a 5 (siempre), la variabilidad existente entre las desviaciones típicas halladas da indicios de que existen múltiples perfiles de bienestar psicológico en los mayores universitarios andaluces, sobre todo en aquellos aspectos que se relacionan con la forma de afrontar la vida, el optimismo, el autoconcepto, etc. En estos casos, se enuncia no sólo la media, sino también la desviación típica correspondiente.

Las personas mayores bastantes veces ven el lado favorable de las cosas ( $\bar{X}=3,63$  y  $\sigma=1,055$ ); a sentirse bien consigo mismo ( $\bar{X}=3,72$  y  $\sigma=1,048$ ); les parece todo interesante ( $\bar{X}=3,65$  y  $\sigma=1,021$ ); se divierten ( $\bar{X}=3,86$  y  $\sigma=1,135$ ); se sienten joviales ( $\bar{X}=3,72$  y  $\sigma=1,105$ ); están ilusionados ( $\bar{X}=3,38$  y  $\sigma=1,147$ ). En esta etapa de la vida, el alumnado mayor busca momentos de distracción y descanso ( $\bar{X}=3,88$  y  $\sigma=1,086$ ); considera que se le han abierto muchas puertas de su vida ( $\bar{X}=3,20$  y  $\sigma=1,031$ ) y que tiene buena suerte ( $\bar{X}=2,95$  y  $\sigma=1,158$ ); lo que le hace sentirse optimista bastantes veces ( $\bar{X}=3,51$  y  $\sigma=1,1$ ). En lo que se refiere a aspectos de carácter más personal, creen que tienen buena salud ( $\bar{X}=3,61$  y  $\sigma=1,055$ ); duermen bien y de forma tranquila ( $\bar{X}=3,59$  y  $\sigma=1,143$ ); se creen útiles y necesarios para la sociedad

( $\bar{X}$  =3,65 y  $\sigma$ =1,056); a la vez que consideran que les sucederán cosas agradables ( $\bar{X}$  =3,26 y  $\sigma$ =1,067).

Referido a aspectos psicosociales, el alumnado mayor considera que es una persona que ha conseguido lo que quería como persona ( $\bar{X}$  =3,25 y  $\sigma$ =1,108); y que vale tanto como cualquier otra ( $\bar{X}$  =3,89 y  $\sigma$ =1,132); pudiendo superar sus propios errores y debilidades ( $\bar{X}$  =3,67 y  $\sigma$ =1,007). También es destacable el alto grado de optimismo manifestado por los participantes al considerar que se sienten en “forma” ( $\bar{X}$  =3,7 y  $\sigma$ =1,071); que todo les va bien ( $\bar{X}$  =3,35 y  $\sigma$ =1,025) y que tienen confianza en sí mismos ( $\bar{X}$  =3,79 y  $\sigma$ =1,014).

Para finalizar con el análisis descriptivo del bienestar psicológico del alumnado del Programa Universitario, es preciso señalar aquellos aspectos en los que han mostrado una mayor afinidad a la hora de responder, dando lugar a datos más homogéneos y donde la desviación típica en relación con la media es menor a 1 (Tabla 11).

El mayor casi siempre se siente capaz de realizar su propio trabajo ( $\bar{X}$  =4,02); enfrentándose al mismo y a las tareas con buen ánimo ( $\bar{X}$  =4,09); casi siempre les gusta lo que hace ( $\bar{X}$  =4,01). Cree que sus familiares le quieren ( $\bar{X}$  =4,40); y manifiesta tener muchas ganas de vivir casi siempre ( $\bar{X}$  =4,31); disfrutando de la comidas ( $\bar{X}$  =4,07) y gustándole salir y ver a la gente ( $\bar{X}$  =4,21). Asimismo, los mayores se concentran con facilidad en lo que están haciendo ( $\bar{X}$  =3,85) y creen que generalmente tienen buen humor ( $\bar{X}$  =3,73) (Tabla 11).

Tabla 11  
*Bienestar Psicológico*

	N		M	Moda	DT	V
	Válidos	Perdidos				
Me siento capaz de realizar mi trabajo	618	0	4,02	4	,967	,935
Me enfrento a mi trabajo y a mis tareas con buen ánimo	618	0	4,09	5	,915	,837
Me gusta lo que hago	618	0	4,01	4	,939	,882
Creo que familia me quiere	618	0	4,40	5	,935	,873
Tengo muchas ganas de vivir	618	0	4,31	5	,962	,926
Disfruto de las comidas	618	0	4,07	5	,967	,934
Me gusta salir y ver la tele	618	0	4,21	5	,922	,851
Me concentro con facilidad en lo que estoy haciendo	618	0	3,85	4	,955	,912
Creo que, generalmente, tengo buen humor	618	0	3,73	4	,960	,921

Una tercera variable hace referencia a los datos obtenidos en las escalas referidas la *Autoestima* personal y colectiva. Ambas escalas presentan una amplitud de respuesta que se sitúa de 1 (muy de acuerdo) a 4 (muy en desacuerdo).

Con respecto a la **autoestima personal** el alumnado mayor muestra desacuerdo en relación con la inclinación a pensar que en conjunto es un fracaso ( $\bar{X}$  =3,41), con que a veces se pueda sentir realmente inútil ( $\bar{X}$  =3,13) o que no sirve para nada ( $\bar{X}$  =3,33). El alumnado mayor tiende a mostrar desacuerdo a la hora de afirmar no tener muchos motivos para enorgullecerse ( $\bar{X}$  =2,65), y de sentir más respeto por sí mismo ( $\bar{X}$  =2,55). En cambio, los mayores piensan que son personas dignas de estima, al menos en igual medida que los demás ( $\bar{X}$  =1,42); creen tener varias cualidades buenas ( $\bar{X}$  =1,59); consideran que pueden hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente ( $\bar{X}$  =1,70); con lo cual, asumen una actitud positiva hacia sí mismos

( $\bar{X}=1,74$ ) y manifiestan un estado de satisfacción consigo mismo en general ( $\bar{X}=1,74$ ) (Tabla 12).

Tabla 12  
*Autoestima Personal*

	N		M	Moda	DT	V
	Válidos	Perdidos				
Creo que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás	618	0	1,42	1	,587	,345
Creo tener varias cualidades buenas	618	0	1,59	2	,563	,317
Me inclino a pensar que en conjunto soy un fracaso	618	0	3,41	4	,788	,621
Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	618	0	1,70	2	,661	,437
Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme	618	0	2,65	3	,979	,958
Asumo una actitud positiva hacia mí mismo	618	0	1,75	2	,689	,474
En general, estoy satisfecho conmigo mismo	618	0	1,74	2	,635	,403
Desearía sentir más respeto por mí mismo	618	0	2,55	2	,937	,877
A veces me siento realmente inútil	618	0	3,13	4	1,835	3,367
A veces pienso que no sirvo para nada	618	0	3,33	4	,837	,700

La **autoestima colectiva** de los participantes en relación con el grupo de personas mayores al que pertenecen al asistir al programa universitario se caracteriza por mostrar mayor desacuerdo a la hora de lamentar el pertenecer al grupo de personas mayores ( $\bar{X}=3,18$ ); es por ello por lo que no sienten que el grupo de mayores no valga mucho ( $\bar{X}=3,22$ ), ni se sienten como miembros poco útiles en relación con su grupo de referencia ( $\bar{X}=3,02$ ). De otro lado, el alumnado tiende a mostrar su mayor grado de acuerdo al sentirse bien respecto al grupo de personas de edad ( $\bar{X}=1,81$ ); al estar contento de pertenecer a dicho grupo ( $\bar{X}=1,83$ ), y al considerar ser un miembro valioso del grupo de las personas de edad ( $\bar{X}=1,98$ ) (Tabla 13).

Tabla 13  
*Autoestima Colectiva*

	N		M	Moda	DT	V
	Válidos	Perdidos				
Soy un miembro valioso del grupo de las personas de edad	618	0	1,98	2	,691	,478
A menudo lamento pertenecer al grupo de personas mayores	618	0	3,18	4	,869	,755
Generalmente, el grupo de personas mayores es considerado bueno por las personas de edades diferentes	618	0	2,19	2	,755	,570
En general, pertenecer al grupo de los mayores tiene poco que ver con lo que yo pienso de mí mismo	618	0	2,51	2	,899	,808
Pienso que no tengo mucho que ofrecer al grupo de las personas de edad	618	0	2,97	3	,850	,722
En general, estoy contento de pertenecer al grupo de las personas mayores	618	0	1,83	2	,761	,579
La mayoría de la gente considera al grupo de mayores, por término medio, menos eficaz que otros grupos	618	0	2,40	2	,854	,730
<b>Tabla 13 (Continuación)</b>						
El grupo de personas de edad es un reflejo importante de quién soy yo	618	0	2,28	2	,811	,657
Soy un participante cooperativo en el grupo de las personas mayores	618	0	2,00	2	,717	,514

A menudo siento que el grupo de las personas de edad no vale mucho

	618	0	3,22	3	,823	,677
En general, los demás respetan a los mayores	618	0	2,27	2	,746	,557
El hecho de que pertenezca al grupo de las personas mayores no es importante para entender qué tipo de persona soy	618	0	2,21	2	,878	,771
A menudo me siento un miembro poco útil del grupo de personas de edad	618	0	3,02	3	,839	,705
Me siento bien respecto al grupo de personas de edad	618	0	1,81	2	,687	,471
En general, los demás piensan que el grupo de las personas de edad, del que soy miembro, no tiene mucho valor	618	0	2,78	3	,833	,694
En general, pertenecer al grupo de las personas mayores es una parte importante de la imagen que tengo de mí mismo	618	0	2,11	2	,816	,667

Para terminar con el análisis descriptivo de la autoestima de los mayores andaluces es importante resaltar que los datos obtenidos son homogéneos, a juzgar por las bajas desviaciones típicas existentes en relación con las medias descritas, que oscilan entre 0,687 y 0,899.

Otro de los objetivos marcados en la presente investigación está relacionado con la determinación de qué uso de actividades de ocio y tiempo y libre realiza con mayor frecuencia el alumnado mayor desde que forma parte de los Programas Universitarios. Para ello se ha utilizado una escala sobre *Actividades de Ocio y Tiempo Libre*, en base a una amplitud de respuesta de 1 a 4, correspondiente a los valores de muy de acuerdo y muy en desacuerdo respectivamente. Los datos obtenidos sobre el ocio y tiempo libre de los mayores son homogéneos según las bajas puntuaciones obtenidas en las desviaciones típicas que van desde  $\sigma=0,778$  hasta  $\sigma=0,914$ .

El alumnado de los PUM de Andalucía muestra un alto grado de acuerdo en que, desde que asiste a la universidad, lee más ( $\bar{X}=1,82$ ) y realiza más excursiones y/o visitas culturales ( $\bar{X}=1,91$ ). En el resto de actividades que se proponen en la escala, la muestra tiende a mostrarse de acuerdo de forma moderada en ir al bar o cafetería ( $\bar{X}=2,46$ ); cuidar a niños y/o a otros adultos ( $\bar{X}=2,48$ ); ver la televisión ( $\bar{X}=2,50$ ); acudir a un club, hogar o asociación de mayores ( $\bar{X}=2,59$ ). La mayor parte de la muestra refiere su desacuerdo en afirmar que ve la televisión, va al bar o cafetería, acude a un club, hogar o asociación de mayores y cuida a niños y/o a otros adultos con mayor frecuencia desde que son alumnos del programa universitario (Tabla 14).

Tabla 14  
*Actividades de Ocio y Tiempo Libre*

	N		M	Moda	DT	V
	Válidos	Perdidos				
Leer	618	0	1,82	2	,778	,606
Escuchar la radio	618	0	2,16	2	,851	,724
Ver la televisión	618	0	2,50	3	,806	,649
Ir al bar, cafetería	618	0	2,46	3	,832	,693
Ir al parque, pasear	618	0	2,20	2	,836	,699
Hacer compras, recados	618	0	2,22	2	,825	,680
Ir a conferencias	618	0	2,06	2	,786	,618
Acudir a un club, hogar, asociación de mayores	618	0	2,59	3	,914	,836
Hacer algún deporte	618	0	2,25	2	,879	,772
Asistir a espectáculos (cine, teatro, conciertos, toros)	618	0	2,17	2	,846	,715
Ir a museos y/o conciertos	618	0	2,00	2	,787	,619

Ir a bibliotecas	618	0	2,30	2	,830	,689
Realiza excursiones y/o visitas culturales	618	0	1,91	2	,810	,656
Realiza turismo y/o asiste a ferias	618	0	2,18	2	,844	,713
Cuida a niños/as y/u otros adultos	618	0	2,48	3	,913	,834

Las últimas variables de este estudio hacen referencia al *Rol Generacional* y la *Competencia Psicosocial* que desarrollan las personas mayores. Para ello, se describe la percepción que tiene el alumnado mayor acerca de los cambios producidos por la intervención educativa que llevan a cabo. El rango de respuesta es de 1 (muy de acuerdo) a 4 (muy en desacuerdo) y la desviación típica obtenida en las puntuaciones nos indica que los datos son homogéneos, oscilando entre  $\sigma=0,622$  y  $\sigma=0,967$ .

Según los datos obtenidos en esta escala, se deduce que el **rol generacional** que adoptan los alumnos mayores se caracteriza por tener nuevas formas de ocupar el tiempo libre ( $\bar{X}=1,70$ ), manifestando que han modificado sus actividades de ocio y tiempo libre ( $\bar{X}=1,96$ ), gracias, en parte, al programa universitario que les permite usar mejor el tiempo del que disponen ( $\bar{X}=1,76$ ), y a hacer nuevas amistades que enriquecen sus vidas ( $\bar{X}=1,71$ ).

En relación con la **competencia psicosocial**, el alumnado mayor tiende a estar muy de acuerdo en que, desde que estudia en el programa universitario, ha descubierto que tiene posibilidades de aprender ( $\bar{X}=1,52$ ), aceptando mejor los cambios propios que supone ser mayor ( $\bar{X}=1,95$ ). En relación con la propia persona mayor, ésta se ha dado cuenta que puede ser útil ( $\bar{X}=1,95$ ), sintiéndose más segura a la hora de enfrentar los cambios sociales y tecnológicos. Las personas mayores afirman tener una imagen más positiva de sí mismo ( $\bar{X}=1,99$ ) y sentirse más integrados socialmente ( $\bar{X}=1,98$ ). En este sentido, la muestra manifiesta haberse integrado con personas ajenas a su círculo habitual de amistades ( $\bar{X}=1,78$ ), y a comprender mejor que la realidad es compleja y cambiante ( $\bar{X}=1,89$ ). Por lo que respecta a la percepción saludable que tienen los mayores, éstos comprenden que su estado de salud depende en gran parte de ellos ( $\bar{X}=1,68$ ), por lo que procuran sentirse con mayor vitalidad y ganas de vivir ( $\bar{X}=1,82$ ), adquiriendo nuevos hábitos de vida más saludables ( $\bar{X}=1,99$ ) y descubriendo que pueden hacer cosas por sí mismos para su propio bienestar personal ( $\bar{X}=1,96$ ).

Asimismo, el alumnado mayor está de acuerdo en que es más respetado en su familia ( $\bar{X}=2,22$ ), con la que puede compartir más actividades ( $\bar{X}=2,16$ ), así como que ha cambiado sus hábitos de alimentación y cuidado su salud física ( $\bar{X}=2,17$ ). Afirma que entiende mejor a la gente joven ( $\bar{X}=2,05$ ) y que puede comunicarse mejor con los hijos y nietos ( $\bar{X}=2,02$ ). Así, el alumnado mayor puede expresar más y mejor lo que siente ( $\bar{X}=2,02$ ), lo que contribuye a sentirse más seguro e independiente a la hora de tomar decisiones sobre sus vidas ( $\bar{X}=2,07$ ). En lo que se refiere a aspectos de la personalidad, los mayores aseguran haber descubierto nuevos elementos de ésta ( $\bar{X}=2,08$ ), manifestando más tolerancia con los que piensan distinto a ellos o tienen otra forma de vida ( $\bar{X}=2,03$ ).

Finalmente, merece especial atención el acuerdo de los participantes al afirmar que pueden ayudar a sus hijos y nietos en cosas que antes no podían, o bien que pueden hacerlo mejor ( $\bar{X}=2,06$ ); ya que se ha de tener en cuenta que el rango de respuesta para este único ítem es de 0 (el sujeto no se identifica con su contenido) a 4 (muy en desacuerdo); ello es debido a que parte de la muestra no tiene ni hijos ni nietos, por encontrarse soltero o casado y no haber tenido hijos.



## 2. Análisis de resultados según hipótesis

Antes de comenzar con el análisis de los resultados de la investigación en función de las hipótesis propuestas, ha de destacarse el hecho de que, para poder acometer los diferentes análisis estadísticos, se ha recodificado cada uno de los valores de las distintas variables en otras variables. Para ello, se han invertido los valores de aquéllas variables que poseen un sentido negativo en relación con la calidad de vida de los mayores, de manera que, una vez recodificadas, se ha realizado el cálculo de las diferentes variables que definen cada dimensión del presente estudio.

Una vez llevada a cabo la recodificación y el cálculo de las nuevas variables, mediante una selección de casos, se procedió a comprobar si había algún participante que tuviera que ser eliminado de la muestra porque introdujera un error significativo en el análisis estadístico de los resultados.

Ha de considerarse la clasificación de hipótesis propuesta para el estudio de la presente investigación, de manera que la hipótesis general será contestada a través de la comprobación de las sucesivas hipótesis específicas.

Por lo que respecta al **Apoyo Social de los mayores que forman parte de los Programas Universitarios de Mayores de Andalucía**, comenzaremos con la comprobación de hipótesis concernientes a la *satisfacción con el apoyo social recibido*. En este caso, se considera que existe una correlación positiva entre el bienestar psicológico y la calidad de vida personal en relación con la satisfacción del apoyo social recibido.

Para ello se ha procedido a realizar una correlación de Pearson entre las variables de bienestar psicológico, calidad de vida y satisfacción del apoyo social recibido por la persona mayor (Tabla 15).

Tabla 15  
*Satisfacción con el Apoyo Social recibido*

		Apoyo Social
Bienestar Psicológico	Correlación de Pearson	-,014
	Sig. (bilateral)	,731
	N	618
Calidad de Vida	Correlación de Pearson	,005
	Sig. (bilateral)	,906
	N	618

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Como se puede observar, en relación a la satisfacción del apoyo social recibido con el bienestar psicológico de los mayores, aunque la correlación no es significativa (-0,14), hay que destacar que es negativa, de manera que, las personas que dicen tener un alto grado de bienestar psicológico, no se pronuncian acerca del grado de satisfacción con respecto al apoyo que reciben. Al contrario ocurre con la calidad de vida, que correlaciona no significativa y positivamente con la satisfacción del apoyo recibido, definiendo a los mayores que están satisfechos con el apoyo social y que además consideran tener una mejor calidad de vida personal.

Llegados a este punto, se puede decir que la primera hipótesis queda parcialmente comprobada, debido a las características que definen a la muestra objeto de estudio, puesto que el alumnado que forma parte de los Programas Universitarios de Mayores presupone un adecuado bienestar psicológico y calidad de vida.

Las siguientes hipótesis a comprobar son relativas a *la recepción de apoyos de los mayores*, donde se considera que existe una correlación positiva entre la cantidad de apoyo recibido por los mayores y el grado de bienestar psicológico y de calidad de vida personal. Para ello, se ha realizado una correlación de Pearson bilateral entre la variable relativa a la cantidad (en términos de frecuencia) de apoyos recibidos y las variables de bienestar psicológico y calidad de vida personal.

Esta segunda hipótesis queda parcialmente comprobada, puesto que mantiene los mismos índices de correlación (Apoyo Social-Bienestar Psicológico:  $-0,014$ ; Apoyo Social-Calidad de Vida:  $0,005$ ), al ser la Escala de Apoyo Social un instrumento que mide la variable de apoyo recibido en términos de satisfacción y de frecuencia, y en ambas la dirección de la correlación se plantea de forma positiva. De este modo, los mayores que asisten a los Programas Universitarios muestran una relación negativa entre la frecuencia en la recepción de consejos e información y el grado de bienestar psicológico, así a mayor frecuencia en la recepción de apoyo menor grado de bienestar psicológico poseen los mayores ( $r = -0,014$  y  $P < 0,01$ ). Donde sí se mantiene una relación positiva es entre la frecuencia de apoyos recibidos y la calidad de vida de los mayores, de manera que a mayor frecuencia en la recepción de consejos e informaciones por las personas que los rodean, mayor es el grado de calidad de vida personal que muestran ( $r = 0,005$  y  $P < 0,01$ ).

Una tercera hipótesis se refiere a que existe una correlación negativa entre el nivel de bienestar psicológico y de calidad de vida personal y las necesidades de apoyo social percibidas. Se ha realizado una correlación de Pearson bilateral entre la variable referida a la necesidad de apoyo y las variables de bienestar psicológico y de calidad de vida personal.

La correlación obtenida entre la necesidad de consejo o información percibida por la persona mayor y su grado de bienestar psicológico es negativa ( $r = -0,014$  y  $P < 0,01$ ). Según estos datos, mientras mayor sea la necesidad de recibir apoyo, menor será el grado de bienestar psicológico que manifieste la persona mayor. Al contrario ocurre con la calidad de vida personal, ya que a mayor frecuencia en la necesidad de consejo o información durante los tres últimos meses, mayor es el grado de calidad de vida personal ( $r = 0,005$  y  $P < 0,01$ ).

Las hipótesis cuatro y cinco hacen referencia a *aspectos cuantitativos* del apoyo social. Por un lado, se plantea que existe una correlación positiva entre la frecuencia de contactos y la satisfacción con el apoyo recibido. Para ello se ha realizado una correlación de Pearson bilateral entre la variable que mide la frecuencia de los contactos que tienen los mayores con personas de su entorno más cercano (Recursos Sociales) y la variable referida a la satisfacción con los apoyos recibidos (Apoyo Social). Se da una correlación positiva y significativa a un nivel  $0,01$  ( $r = 0,215$  y  $P < 0,01$ ), de manera que los mayores que dicen tener mayor frecuencia de contactos con su cónyuge, hijos, familiares y/o amigos; a su vez consideran sentirse más satisfechos con los apoyos recibidos, y viceversa (Tabla 16).

Tabla 16  
*Aspectos cuantitativos del Apoyo Social I*

Recursos Sociales	Correlación de Pearson	,215(**)
	Sig. (bilateral)	,002
	N	618

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Por otro lado, se plantea que existe una correlación positiva entre las actividades de ocio y tiempo libre y una mayor recepción de apoyo social, así como una mayor satisfacción con el apoyo social recibido. Se ha llevado a cabo una correlación de Pearson bilateral entre las variables que analizan las actividades de ocio y tiempo libre desarrolladas por los mayores y la frecuencia y la satisfacción con los apoyos recibidos. Se da una correlación positiva y significativa al nivel de 0,05 ( $r=,094$  y  $P<0.05$ ), significando que mientras más frecuentes y diversas sean las actividades de ocio y tiempo libre (leer, ver la televisión, pasear, ir a conciertos, realizar excursiones, etc.) realizadas por parte de los mayores, más frecuentes son los apoyos recibidos, y por tanto más satisfechos consideran estar con los mismos (Tabla 17).

Tabla 17  
*Aspectos cuantitativos del Apoyo Social II*

		Apoyo Social
Ocio y Tiempo Libre	Correlación de Pearson	,094(*)
	Sig. (bilateral)	,014
	N	618

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En segundo lugar están las hipótesis específicas que contestan a cuestiones relacionadas con el **Bienestar Psicológico de los mayores que estudian en los Programas Universitarios de Mayores de Andalucía.**

En primer lugar, se afirma que existe una correlación positiva entre el bienestar psicológico y la calidad de vida del alumnado. En la correlación bilateral de Pearson que se ha realizado resulta positiva y significativa al nivel de 0,01, donde  $r=,216$  y  $P<0,01$ . Ello significa que los mayores que dicen poseer un alto grado de bienestar psicológico, a su vez, gozan de una mayor calidad de vida personal, y viceversa (Tabla 18).

Tabla 18  
*Bienestar Psicológico y Calidad de Vida Personal*

		Bienestar Psicológico
Calidad de Vida Personal	Correlación de Pearson	,216(**)
	Sig. (bilateral)	,000
	N	618

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En segundo lugar, se afirma que existe una correlación positiva entre la frecuencia y diversidad de actividades de ocio y tiempo libre realizadas y el nivel de bienestar psicológico de los mayores. Se ha realizado una correlación bilateral de Pearson entre dichas variables, resultando ser positiva y significativa al nivel de 0,01 ( $r=,120$  y  $P<0,01$ ). Es decir, los mayores que manifiestan tener un bienestar psicológico alto, también realizan más diversas y con mayor frecuencia diferentes actividades de ocio y tiempo libre y viceversa (Tabla 19).

Tabla 19  
*Bienestar Psicológico y Ocio y Tiempo Libre*

	Bienestar Psicológico	
Ocio y Tiempo Libre	Correlación de Pearson	,120(**)
	Sig. (bilateral)	,003
	N	618

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Las dos siguientes hipótesis específicas se refieren a la **Autoestima de los mayores que estudian en los Programas Universitarios de Mayores de Andalucía**. En primer lugar, se plantea que existe una correlación positiva entre la frecuencia de apoyo social recibido y la autoestima que poseen. Para comprobar esta hipótesis se ha realizado una correlación de Pearson bilateral, dándose una correlación positiva y significativa donde  $r=,015$  y  $P<0,05$ ; de manera que, aquellos mayores que gozan de una mejor autoestima personal y colectiva, también van a recibir apoyos sociales más frecuentes, y viceversa (Tabla 20).

Tabla 20  
*Frecuencia de apoyos y Autoestima*

	Apoyo Social	
Autoestima Global	Correlación de Pearson	,015(*)
	Sig. (bilateral)	,021
	N	618

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En segundo lugar, se plantea que existe una correlación positiva entre la autoestima y el grado de bienestar psicológico de los mayores. Para ello se ha realizado una correlación bilateral de Pearson, obteniéndose una correlación positiva y significativa al nivel de 0,05 ( $r=,097$  y  $P<0,05$ ). Según este resultado, los mayores que poseen un alto grado de autoestima, también dicen tenerlo en relación con el estado de bienestar psicológico que disfrutan (Tabla 21).

Tabla 21  
*Bienestar Psicológico y Autoestima*

	Autoestima Global	
Bienestar Psicológico	Correlación de Pearson	,097(*)
	Sig. (bilateral)	,031
	N	618

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Las dos últimas hipótesis específicas se refieren al **uso del Ocio y Tiempo Libre de las personas mayores que estudian en los Programas Universitarios de Mayores de Andalucía**. En primer lugar, se plantea que existe una correlación positiva entre el uso del ocio y tiempo libre y los cambios relacionados con el rol generacional. Para ello se ha realizado una correlación bilateral de Pearson, obteniéndose una correlación positiva y significativa al nivel de 0,05 ( $r=,084$  y  $P<0,05$ ). Según este resultado, los mayores que manifiestan desempeñar un rol generacional diferente desde que forman parte del programa universitario, también dicen realizar actividades de ocio y tiempo libre más diversas (Tabla 22).

Tabla 22  
*Ocio y Tiempo Libre y Rol Generacional*

	Rol Generacional	
Ocio y Tiempo Libre	Correlación de Pearson	,084(*)

Sig. (bilateral)	,875
N	618

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En segundo lugar, se considera que existe una correlación positiva entre el uso del ocio y el tiempo libre y los cambios relacionados con la competencia psicosocial. Para ello se ha realizado una correlación bilateral de Pearson, resultando una correlación positiva y significativa al nivel de 0,01 ( $r=,361$  y  $P<0,01$ ). Según este resultado, los mayores que afirman desarrollar competencias psicosociales derivadas de la intervención educativa que supone el programa universitario, se debe en parte a la realización de más frecuentes y más diversas actividades de ocio y tiempo libre (Tabla 23).

Tabla 23  
*Ocio y Tiempo Libre y Competencia Psicosocial*

Ocio y Tiempo Libre	Competencia Psicosocial
Correlación de Pearson	,361(**)
Sig. (bilateral)	,693
N	618

\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Una vez analizados los datos obtenidos de las personas mayores andaluzas que pertenecen a los Programas Universitarios en base al análisis de datos sociodemográficos, de estadísticos descriptivos generales y de correlaciones que responden a la comprobación o refutación de cada una de las hipótesis específicas, pasamos a analizar la hipótesis general planteada en este estudio. De esta forma, la hipótesis general referida a que **el alumnado perteneciente al Programa Universitario de Mayores posee unos indicadores de calidad de vida personal positivos desde el punto de vista psicosocial** relacionados con el grado de apoyo social que poseen, de bienestar psicológico, de autoestima personal y colectiva, del uso del ocio y tiempo libre, del nuevo rol generacional que desempeñan, y de la competencia psicosocial que desarrollan. Dicha hipótesis queda comprobada en términos generales si se considera que todas las hipótesis específicas han sido comprobadas, a excepción de la referida a la satisfacción con el apoyo social recibido de la persona mayor en relación con el bienestar psicológico y la calidad de vida que ha sido refutada. Centrándose en los resultados de significación bilateral de las correlaciones analizadas, se puede comprobar la hipótesis general planteada. De esta forma, en relación con el apoyo social recibido y el bienestar psicológico hay una significación bilateral de ,731; y la calidad de vida de ,906. Esta significación es menor en relación con los aspectos cuantitativos del apoyo social (,002) y ,014 en relación el ocio y tiempo libre. Tampoco resulta elevada la significación bilateral entre el bienestar psicológico y la calidad de vida personal (,000) y el primero con el ocio y tiempo libre (,003); al igual que sucede con el grado de significación entre la autoestima y la frecuencia de apoyos (,021), y la autoestima y el bienestar psicológico (,031). La relación existente entre el ocio y tiempo libre con el rol generacional y la competencia psicosocial es más elevada, situándose entre ,875 y ,693 respectivamente.

Para terminar con el apartado de resultados, y considerando que el eje central de esta tesis es la calidad de vida del alumnado mayor andaluz, se va a concluir esbozando un **perfil psicosocial** de éste. Para ello, se ha procedido a sintetizar las variables estudiadas sobre calidad de vida. Se

ha realizado una factorización, utilizando como método de extracción el análisis de componentes principales.

Si se consideran como factores principales los que tienen autovalores mayores que 1, se puede comprobar cómo existen tres fundamentalmente que explican en conjunto el 66,113% de la varianza total explicada (Tabla 24).

Tabla 24  
*Varianza total explicada*

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,520	31,503	31,503	2,402	30,020	30,020
2	1,683	21,039	52,542	1,788	22,356	52,376
3	1,086	13,571	66,113	1,099	13,737	66,113
4	,845	10,561	76,674			
5	,707	8,834	85,508			
6	,521	6,509	92,018			
7	,455	5,689	97,707			
8	,183	2,293	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Para analizar cuáles son las variables principales que incluye cada uno de los factores se ha extraído una matriz de componentes rotados, mediante la normalización Varimax con Kaiser (Tabla 25); de forma que, los factores se determinan en función de aquellas variables que más alto correlacionan entre sí. Según los resultados obtenidos, los factores que determinan el perfil psicosocial del alumnado mayor que estudia en los Programas Universitarios de Mayores de Andalucía son:

- a) *Factor 1*, que comprende las variables de calidad de vida personal (,911), cambios producidos por la intervención educativa (,892) y uso del ocio y tiempo libre (,815).
- b) *Factor 2*, que incluye las variables de bienestar psicológico (,785) y autoestima (personal y colectiva) (,620).
- c) *Factor 3*, que agrupa las variables referidas al apoyo social (,812) y a los recursos sociales del mayor (,577).

Tabla 25  
*Matriz de componentes rotados (a)*

	Componente		
	1	2	3
Recursos Sociales	-,203	,395	,577
Calidad de Vida	,911	,134	-,050
Autoestima Global	,183	,620	,261
Intervención Educativa (rol y competencia psicosocial)	,892	,063	,034
Ocio y Tiempo Libre	,815	,031	,009
Apoyo Social	,102	-,180	,812
Bienestar Psicológico	,151	,785	-,006

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.  
a. La rotación ha convergido en 4 iteraciones.

Según los datos que preceden, el perfil psicosocial de la persona mayor que se forma en las aulas universitarias andaluzas prioriza tres factores fundamentalmente, siendo el de mayor peso el factor 1 que relaciona aspectos de la calidad de vida del mayor con los cambios que se producen en él, consecuencia de la intervención educativa y de la optimización del uso de las actividades de ocio y tiempo libre. El segundo factor que define el perfil psicosocial está relacionado con los aspectos de bienestar psicológico, entendiendo que gozar de un nivel alto de autoestima es inherente al disfrute de buen bienestar psicológico y viceversa. Y en tercer lugar, el perfil se define por los recursos sociales que posee la persona mayor, tanto desde el punto de vista de la frecuencia en su recepción, como desde la satisfacción y la percepción de necesidad sobre el mismo.

## **Capítulo 8**

---

### **Discusión y Conclusiones**



## CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

---

El presente capítulo comienza analizando los resultados obtenidos en esta investigación en relación a algunas de las teorías que se han estudiado en cada una de las variables de estudio. En el contexto de la teoría del Ciclo Vital, tomaremos como referente el envejecimiento con éxito (Baltes y Baltes, 1990). Para ello, se parte del objetivo general del estudio que es analizar la *calidad de vida* del alumnado mayor participante en los PUM de Andalucía. A su vez, se analizan cada uno de los objetivos específicos referidos a las variables psicosociales que inciden en la calidad de vida de las personas mayores, en relación con investigaciones empíricas que apoyan los resultados obtenidos en la presente investigación. De este modo, se comprobará en qué medida se constatan o refutan cada una de las hipótesis de estudio propuestas. Finalmente, se expone una serie de conclusiones, resaltando las que constituyen las limitaciones más importantes de este trabajo, así como las perspectivas de futuro y la propuesta de un enfoque psicosocial de calidad de vida en personas mayores.

Se comprueba como el alumnado de los PUM en su gran mayoría afirma sentirse satisfechos con la vida que llevan y, en general, se consideran más independientes, productivos, estables y seguros de sí mismos, disfrutando de la mejor salud posible. En la línea de las estrategias de selección, optimización y compensación que propone el metamodelo SOC, el alumnado mayor se muestra capaz de identificar mejor sus necesidades, lo que les agrada y les desagrada, se siente más integrado socialmente y cuenta con mayores recursos sociales, a la vez que desarrolla nuevos hábitos más saludables. Así, la persona mayor emplea estrategias de tipo acomodativo para adaptarse a nuevas situaciones, minimizando la percepción de las restricciones situacionales o de recursos personales insuficientes para cubrir las necesidades valoradas. Para ello, es necesario apreciar los factores contextuales como oportunidades de aprendizaje que permiten el desarrollo de objetivos personales como es el caso de las personas mayores trabajadoras (Tones y Pillay, 2007).

Los resultados obtenidos referentes al *objetivo general* de la presente investigación sobre calidad de vida se corresponden con los obtenidos por Navarro, Meléndez y Tomás (2008) que destacan que aquellas personas mayores que muestran una mejor valoración funcional, tienen mayor satisfacción personal y poseen competencias a la hora de elegir contextos en función de sus necesidades y valores personales. Por tanto, las personas mayores siguen siendo competentes y eficaces redundando en una mayor calidad de vida y una mejor percepción y valoración de sí mismos. De este modo, la persona mayor que se percibe competente y con cualidades para desempeñar un rol activo, posee las características idóneas para realización de actividades formativas (Collins y Smyer, 2005; Alaphilippe, 2008). Dicha percepción fundamenta los resultados obtenidos por Montoro, Pinazo y Tortosa (2007) que indican que los principales motivos aducidos por los mayores de 55 años para participar por primera vez como estudiantes en la Universidad son: mejorar la cultura, sentirse activos, hacer algo nuevo, mejorar la calidad de vida y conocer gente nueva. Estos resultados coinciden y corroboran los resultados de investigaciones anteriores desarrolladas en los países del entorno europeo y de Estados Unidos (Kim y Meriam, 2004; Scala, 1996).

De este modo, queda comprobada la hipótesis general referente a que el alumnado mayor perteneciente a los PUM posee unos indicadores de calidad de vida personal positivos, atendiendo asimismo a las condiciones requeridas para gozar de un envejecimiento exitoso

basado en el desarrollo y mantenimiento de un adecuado funcionamiento psicológico, biológico y social (Fernández-Ballesteros, 2009).

En relación con los *objetivos específicos*, el primero propone conocer el *apoyo social* del alumnado mayor que asiste a los PUM. Los resultados más significativos en relación con esta variable se centran en que los mayores que manifiestan una mejor calidad de vida, reciben más apoyo social, muestran una mayor necesidad de consejo o información, y además tienen más frecuentes encuentros familiares y sociales y realizan más actividades de ocio y tiempo libre. Todo lo cual redundará en una mayor satisfacción con el apoyo social y una mayor calidad de vida.

Dichos resultados pueden encuadrarse dentro del modelo de apoyo social propuesto por Arias (2009), cuyo principal postulado se basa en que la participación activa de las personas mayores en los espacios sociales, junto con la integración familiar y comunitaria incrementan la calidad de vida y el bienestar. Desde este modelo se trabaja con los recursos y las potencialidades de la persona para lograr cambios a partir de su implicación activa a nivel personal y social. Dicho modelo contrasta con los resultados obtenidos por (Herrero y Gracia, 2005) en una muestra de mayores institucionalizados, caracterizados por una falta de apoyo social en todas sus variantes: red de apoyo, apoyo funcional, reciprocidad, apoyo informal en la comunidad y apoyo formal. Además, existe junto a estos bajos niveles de apoyo una autoestima familiar y física más negativa así como peor nivel de salud y mayor depresión. Estas diferencias ponen de manifiesto la importancia y el potencial que intervenciones dirigidas a la movilización de los sistemas informales de apoyo social tienen en la prevención de problemas psicológicos de las personas mayores en el ámbito residencial.

En las relaciones establecidas entre el apoyo social y el bienestar, los resultados obtenidos en esta investigación no se corresponden con los ofrecidos por diversos estudios según los cuales, la falta de integración social provoca un menor bienestar en la persona (Cornwell, Laumann y Schumm, 2008; Fernández-Ballesteros, 2001b). El apoyo social es un factor importante dentro del concepto de bienestar y del envejecimiento óptimo y, por tanto, de la calidad de vida, de manera que aquellas personas que no están institucionalizadas, como es el caso del alumnado mayor, gozan de fuentes de apoyo y bienestar más óptimas (Molina, Meléndez y Navarro, 2008). Estos resultados son apoyados por los obtenidos en un estudio que destaca la necesidad de un cambio social que permita encontrar y desarrollar intervenciones sociales innovadoras que promuevan el apoyo social de las personas mayores, y así mejorar su salud y bienestar (Lyyra y Heikkinen, 2006). De hecho, comprobamos que la satisfacción con el apoyo y la recepción del mismo se relaciona negativamente con el bienestar de los mayores, y esto es debido a que los mayores que asisten al PUM ya se reconocen con suficientes relaciones sociales como fuente de recursos de apoyo.

En relación con los mayores de la población general, parece existir una menor disponibilidad de apoyo en esta etapa del ciclo vital. Esta disminución va acompañada de una importancia cada vez mayor del apoyo familiar en detrimento de otras fuentes no familiares de apoyo como las amistades (Herrero y Gracia, 2003). En el caso del alumnado mayor, éste mantiene frecuentes contactos con las personas de su entorno, lo que deriva en un mayor bienestar y calidad de vida, así como posibilita la realización de más actividades de ocio y tiempo libre (Wight, Cummings, Karlamangla y Aneshensel, 2010). Las personas estudiadas, al igual que la mayoría de las personas mayores, mantienen un contacto social frecuente como proveedor de apoyo (Alustiza, 2006; Jáuregui, 2001). Tal es el caso del estudio de Montes de Oca (2009) en el que concluye que poseer frecuentes relaciones sociales no implica la disminución de las redes de apoyo social

informal como puede ser la familia. De acuerdo con diversos estudios, los mayores que asisten al PUM no ven disminuido su apoyo social lo que facilita la percepción de éstos como miembros activos de la comunidad social de aprendizaje a la que asisten (Greller y Richtermeyer, 2006; Herrero y Gracia, 2005) mediante actividades de voluntarismo que mejoran e incrementan su bienestar psicosocial (Tang, Choi y Morrow-Howell, 2010).

Como plantea Caprara (2009) las relaciones sociales influyen positivamente en el bienestar personal, la adaptación psicosocial y el mantenimiento de un buen estado de salud durante el ciclo vital de la persona. Ello a su vez permite una mayor adherencia a hábitos preventivos de salud en base a las relaciones sociales de la persona mayor (Newman et al., 2010). El apoyo social es fundamental en la población mayor y se hace necesaria su promoción a través de programas como los universitarios. Con ello, se constatan los resultados obtenidos en relación con la mayor percepción de apoyo, que aumenta la frecuencia de apoyo recibido y la satisfacción con el mismo, al igual que en estudios realizados por Hombrados y García (2003) y Hombrados, García y Martimortugués (2004).

Se pueden comprobar las hipótesis sobre apoyo social de manera parcial. Por un lado, se confirma, que el alumnado mayor que está satisfecho con el apoyo recibido y que recibe más apoyo tiene mejor calidad de vida; se confirma que aquél que tiene menor necesidad de apoyo social percibida, goza de un mayor bienestar; igualmente, que quien tiene contactos sociales más frecuentes, está más satisfecho con los apoyos recibidos; y que quien hace actividades más diversas y frecuentes, está más satisfecho y los apoyos recibidos son más frecuentes. En cambio, por otro, se refutan la relación positiva entre la satisfacción y la cantidad del apoyo recibido por el mayor y su grado de bienestar; y la relación negativa entre la necesidad de apoyo social percibido y la calidad de vida personal.

El segundo objetivo específico plantea analizar el estado de *bienestar psicológico general* del alumnado mayor que forma parte de los PUM. En el presente estudio se destaca el hecho de que el alumnado que goza de bienestar también manifiesta una buena calidad de vida, además de realizar frecuentes y diversas actividades de ocio y tiempo libre. Estos resultados avalan los postulados de la teoría de la vinculación, ya que la persona mayor presenta un comportamiento más adaptativo y un nivel adecuado de bienestar, comprometiéndose en actividades sociales semejantes a las que pueda haber realizado en etapas anteriores (Yuni y Urbano, 2008). Podríamos considerar que, dentro de los modelos explicativos del bienestar que explica García (2002a), desde la perspectiva abajo-arriba, las personas mayores estudiadas consideran gozar de bienestar psicológico al ver satisfechas ciertas carencias o necesidades (derivadas de eventos vitales estresantes como la jubilación o la viudez), según describen las teorías finalistas y humanistas.

Al igual que en la presente investigación, diversos estudios constatan la variable de bienestar psicológico como una de las variables que puede contribuir a una mejor calidad de vida en las personas mayores. Así, la edad correlaciona positivamente con la satisfacción vital, el apoyo familiar, el bienestar social y emocional y la calidad de vida como ocurre con el estudio realizado por Le Roux y Kagee (2008). El hecho de que los mayores manifiesten tener bienestar implica sentirse satisfechos con sus vidas y tener competencia para conseguir dicho bienestar a través de la realización de actividades (García y Hombrados, 2002). Ello conlleva a que una buena, cálida y cercana red de relaciones sociales propicie una vida llena de optimismo y confianza en sí mismo, y hacer a la persona más activa socialmente (Blanco y Díaz, 2005).

Con respecto a la relación entre el bienestar y el ocio y tiempo libre, éste se presenta como variable moduladora del bienestar, a la vez que se ha estudiado en relación con la percepción de control. De manera que, hay estudios cuyos resultados destacan que la realización de actividades de ocio determinan un incremento en la percepción de control y por ende en la satisfacción vital y el bienestar psicológico, además de suponer redes de apoyo más extensas que proveen de más apoyo, con lo cual afrontan el proceso de envejecimiento de forma más saludable (Charters y Murray, 2006; Ju-Hyun, 2007; Vera, Sotelo y Domínguez, 2005). Otro de los aspectos que está asociado al bienestar de la persona mayor es mantener una vida activa mediante actividades sociales como la asistencia a programas universitarios puesto que facilita la integración social de ésta (Hernangómez, Vázquez y Hervás, 2009).

Realizada la revisión de estudios que avalan los resultados obtenidos, podemos confirmar las hipótesis específicas que refieren que las personas mayores estudiantes de los PUM andaluces, que manifiestan gozar de un buen bienestar psicológico, realizan frecuentes y diversas actividades de ocio y tiempo libre y consideran tener calidad de vida.

El tercer objetivo específico analiza la *autoestima personal y colectiva (autoestima global)* del alumnado mayor a partir de la intervención educativa del PUM. Los resultados más destacables hacen referencia a que los mayores que consideran tener una mejor autoestima personal y colectiva, por un lado, reciben apoyos sociales más frecuentes y, por otro, manifiestan un adecuado bienestar psicológico.

La autoestima manifestada por las personas participantes puede contextualizarse desde uno de los postulados de la teoría de la Identidad Social, según el cual las personas están motivadas por mantener y proyectar un sí-mismo coherente y positivo, que lo consiguen a través de los grupos sociales a los que pertenecen (Pérez y Smith, 2008). Desde la teoría de la Autocategorización del Yo, el nivel subordinado basado en las diferencias entre cada persona y el resto de los miembros que forman parte de un grupo, se corresponde con el nivel ocupado por el alumnado mayor, estableciéndose diferentes entre los alumnos que forman parte de un mismo grupo (Rodríguez et al., 2005).

Los resultados obtenidos en el presente estudio sobre la autoestima del alumnado mayor, vienen a contradecir algunas de las conclusiones extraídas por Ramos de Oliveira y Páez (2007) quienes afirman que los estudios sobre autoestima consideran que ésta disminuye durante la vejez. No obstante, se ha demostrado la estrecha relación existente entre la autoestima y el bienestar psicológico en tanto en cuanto mientras mejor autoestima se posee, mayor será el bienestar psicológico que se disfrute (Ortíz y Castro, 2009). Igualmente, el autoperibirse con baja autoestima y bajo bienestar conlleva una mayor dependencia funcional por parte de la persona mayor (Bárcena, Iglesias, Galán y Abella, 2009; Dorantes, Ávila, Mejía y Gutiérrez, 2007). Por otro lado, existen investigaciones que relacionan la autoestima con el apoyo social (recibido y percibido) que demuestran que ambas variables son predictoras de forma mutua y se correlacionan de forma positiva de manera que, a mayor autoestima, mayor apoyo social y viceversa (Reddy, 2009). Otra investigación concluye que la percepción de apoyo emocional tiene efectos sobre las expectativas y el tipo de relación que establecen las personas entre amigos; de manera que, aquellas personas que tienen altas expectativas de apoyo se relaciona con comportamientos socioemocionales positivos (Reblin, 2008). Asimismo, hay un estudio cuyos resultados predicen la existencia de apoyo percibido y éste, a su vez, predice el grado de autoestima de los participantes. No obstante, esta relación entre las variables no es directa cuando se trata de promover un comportamiento prosocial (Goodwin, Costa y Adonu, 2004).

A la luz de los resultados obtenidos en esta investigación se comprueba que la autoestima de las personas mayores no sufre disminuciones con la edad, lo que les permite adaptarse de forma más satisfactoria y con éxito al proceso de envejecer como demuestran los estudios de Fragoeiro, Pestana y Paul (2007) y Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez (2006). En éste último, los autores concluyen que para potenciar la autonomía de la persona mayor, redundante en una mayor autoestima, es necesario que las instituciones de las que forman parte se adapten a las necesidades verdaderas de aquélla, adaptando la organización institucional si fuera necesario. Asimismo, la persona mayor que asiste a los PUM muestra un patrón abierto a la vida a la hora de afrontar la vejez, creyéndose valiosa y capaz, sintiéndose bien consigo misma y con los demás. Poseedora de una autoestima positiva, percibe las situaciones como oportunidades de aprendizaje (Reig, 2004).

Las hipótesis sobre autoestima propuestas quedan confirmadas, de modo que, las personas mayores que asisten al PUM manifiestan una adecuada autoestima personal y colectiva que se relaciona positivamente con mayor frecuencia de apoyo social recibido y un adecuado bienestar psicológico.

En cuarto lugar, tenemos por objetivo analizar el uso del *ocio y el tiempo libre* de las personas mayores que se forman en los PUM. En general, las personas mayores afirman que, desde que asisten al PUM, realizan actividades de ocio y tiempo libre relacionadas con tareas propias de la formación que reciben (ir a conferencias, leer, etc.), además de otras actividades que se derivan de la asistencia a las aulas como pasear, ir a museos, asistir a espectáculos, hacer algún deporte, etc. No obstante, hay otra serie de actividades que el alumnado mayor no realiza con mayor frecuencia por el hecho de asistir a la universidad. Tal es el caso de ver la televisión, ir al bar o cafetería o cuidar a niños u otros adultos. Estos datos concuerdan en general con los obtenidos por Díaz (2009) y Zabalegui et al. (2006), según los cuales las actividades más frecuentes en el que ocupan las personas mayores el tiempo libre son ver la televisión, actividades deportivas, leer escuchar, la radio o escuchar música.

Desde la teoría psicosocial de la Actividad, García y Gómez (2003) consideran que la interacción social que supone la realización de actividades de ocio aumenta la calidad de vida de las personas mayores. En este sentido, estudian los efectos psicológicos que los talleres de actividades de ocio desarrollados en un Centro de Día para Mayores tienen sobre el bienestar subjetivo y la calidad de vida de sus usuarios, según las siguientes variables: satisfacción vital, depresión y soledad. Los resultados hallados confirman que estas actividades de ocio hacen disminuir los niveles de depresión y soledad entre sus usuarios, al tiempo que ayudan a incrementar su satisfacción vital. Podemos, por tanto, aproximar el uso del ocio y tiempo libre manifestado por el alumnado mayor a la Teoría del Ciclo Vital, concretamente desde la perspectiva del envejecimiento exitoso. Se parte de la actitud del mayor para desarrollar un ocio saludable como garante de un envejecimiento óptimo. De hecho, los resultados muestran la elección de actividades de ocio que realizan desde que asisten al PUM, basadas en una actitud optimista que asegura su satisfacción vital (Hernando, 2009).

Atendiendo a la selección de actividades de ocio y tiempo realizada por los mayores, algunas investigaciones confirman dichos resultados relacionando el nivel de calidad de vida con la selección personal sobre las actividades y los elementos facilitadores del contexto. Para ello, es necesario que la persona mayor perciba el contexto de formación como un elemento facilitador para la realización de actividades (Boucher, Dumas, Maltais y Richards, 2010).

Considerando la asistencia a las aulas universitarias como una actividad social que llega a ser cotidiana, hay estudios que revelan la ejecución de actividades sociales productivas y satisfactorias como un tipo de actividad cotidiana componente del envejecimiento satisfactorio, pero para ello habría que mejorar la calidad de la cantidad del tiempo de ocio del que disponen los mayores (Triadó, Villar, Solé, Celdrán y Osuna, 2009; Villar, Triadó, Solé y Osuna, 2006). Las actividades cotidianas se configuran a través de nuestras propias preferencias personales, nuestras metas y valores, convirtiéndose así en una de las claves para envejecer de forma satisfactoria (Acosta y González-Celis, 2009).

La participación social del mayor a través de los PUM surge como respuesta de afrontamiento a acontecimientos vitales estresantes como pueden ser la jubilación, que incide de manera positiva en su bienestar y calidad de vida (Díaz, Zarco y González, 2005). Desde la teoría del Ciclo Vital, la persona mayor se plantea la ocupación del ocio y tiempo libre no sólo en actividades recreativas sino en formación y reciclaje, de manera que se inscriben en PUM para desarrollar metas en su tiempo de ocio después de la jubilación (Triadó, 2001; Velázquez, 1999).

Desde el envejecimiento activo, las personas mayores han de mantenerse activos social y mentalmente, participando en actividades recreativas, culturales, sociales y educativas, mejorando así su calidad de vida (Zamarrón, 2007). Este modelo de envejecimiento activo apunta la importancia de las relaciones sociales, la competencia social, la participación y la productividad del mayor (Argyle, 2001). El asistir a las aulas universitarias dota de significado el tiempo libre y la vida de las personas mayores, puesto que en función de cómo ocupan su tiempo libre van a obtener beneficios en su bienestar, su satisfacción vital y sus expectativas de vida, además de producir efectos beneficiosos sobre la calidad de vida (Barrio, Sancho, Pérez y Abellán, 2009; Kira, Birditt, Jackey y Antonucci, 2009; Martín y Requejo, 2005). Se trata de promocionar la calidad de vida en las personas mayores, dando respuesta a un envejecimiento activo, como eje fundamental del ocio que suponen los PUM (Amador y Moreno, 2006).

En quinto lugar, se pretende describir el cambio de *rol generacional* de la persona mayor que se está formando en los PUM. Dicho objetivo parte de la idea de que participar en una acción formativa implica cambios en la persona mayor. De hecho, en la investigación destacan las afirmaciones referidas al mejor entendimiento de la gente joven, a actitudes más tolerantes y la mejor aceptación de los cambios propios de la edad, o el descubrimiento de nuevas facetas personales que les hacen sentirse más seguros e independientes en la toma de decisiones. Los mayores andaluces que asisten a PUM reflejan cambios en su rol generacional en relación con la optimización de sus actividades de ocio y tiempo libre, a través de la modificación o realización de otras nuevas, entre las que destaca ayudar a sus hijos o nietos en cosas que antes no podían.

Considerando que la mayor parte del alumnado que asiste a los PUM andaluces son personas jubiladas, Dávila y Díaz-Morales (2009) afirman que la forma en que la sociedad construye los roles de envejecimiento afecta a la participación de la gente mayor jubilada. Hablan de “envejecimiento productivo”, que alude a los roles socialmente valorados que desarrollan este colectivo. Asimismo, sitúan la Teoría de Rol en la misma línea que la Teoría de la Continuidad, enfatizando la importancia de la persistencia de los roles sociales para lograr el bienestar a lo largo del ciclo vital, ya que facilita el mantenimiento de la propia identidad, lo que repercute favorablemente en su salud psicofísica.

El nuevo rol generacional que definen los mayores se centra en la perspectiva del mayor explicada por Corraliza (2004) y reafirmada por los resultados expuestos por Lorenzo y Castejón (2009) en su estudio como depositario de experiencias, merecedor de respeto y con cierta influencia sobre los demás. Los resultados obtenidos en dicho trabajo muestran que el rol del mayor se vierte más hacia actitudes de autonomía, iniciativa, suficiencia, apertura y productividad. Desde esta visión se refuerzan aspectos positivos de la experiencia de envejecimiento. Los autores defienden que no todas las personas mayores están ancladas en el pasado, y que los roles que cumplen van desde la confianza, la autonomía y la iniciativa hasta la desconfianza, la dependencia y la pasividad. Igualmente, en relación con el rol de las personas jubiladas, Lizaso, Sánchez de Miguel y Reizábal (2008) concluyen en su estudio que es necesario realizar una valoración más ajustada a la realidad, tras la finalización del período laboral remunerado emerge una nueva etapa evolutiva asociada a una etapa llena de oportunidades, con posibilidades de mantenerse socialmente activas y que disponen de una experiencia significativa. Ronald, Jacqueline y Terrence (2009) en su estudio afirman que las personas mayores activas y con un alto control personal sobre sus aspectos vitales refleja actitudes más favorables hacia un envejecimiento saludable.

Dentro de lo que Velázquez (1999) denomina envejecimiento terciario, los mayores de la investigación muestran un estilo de vida satisfactorio y competente, manteniéndose ocupado, interesado por aprender y con mayores posibilidades de adaptación a su entorno (Fernández-Ballesteros, 2004, 2009).

El sexto y último objetivo propuesto pretende describir el grado de *competencia psicosocial* que posee el alumnado mayor de los PUM. En general, los mayores de los PUM andaluces muestran competencia psicosocial al haber descubierto que pueden aprender y que pueden ser útiles desde que son participantes del Programa, sintiéndose más seguros frente a los cambios sociales y tecnológicos. Se perciben como personas saludables, integradas en una sociedad compleja y cambiante, y que han hecho nuevas amistades que enriquecen sus vidas. El alumnado también se siente competente al sentirse con mayor vitalidad y ganas de vivir, descubriendo que pueden hacer cosas por sí mismos y que incrementan su propio bienestar. Además tienen una imagen más positiva de sí mismos, lo que les permite expresar con mayor facilidad lo que sienten.

De acuerdo con Rubio (2004), el alumnado estudiado comparte la definición de mayor competente asociada a un envejecimiento exitoso, que dispone de pericia inteligente para solucionar problemas. Al igual que es capaz de disponer de recursos, personales y sociales, para realizar actividades sociales (Corraliza, 2004). Muestra de ello son los resultados obtenidos por Martínez, García, Guerra y Marín (2009) en su estudio donde se analiza el uso del teléfono móvil e Internet por parte de personas mayores pertenecientes al Aula de la Experiencia de la Universidad de Sevilla. Los resultados avalan la actitud positiva para aprender a manejar las nuevas tecnologías para facilitar el establecimiento de relaciones interpersonales.

Las personas mayores que asisten al PUM participan en actividades comunitarias y se sienten integrados, asumiendo un rol psicosocial competente que juega un papel fundamental en la consecución de un envejecimiento saludable o activo (Sánchez et al., 2007). Además, la frecuencia de contactos con la familia, el entorno cercano y la importancia otorgada por la propia persona al rol jugado en estas relaciones están asociados con un buen mantenimiento de la función cognitiva (Otero et al., 2006). En la base del envejecimiento saludable o exitoso está la percepción de una imagen positiva por parte de la persona mayor que redundará en un mayor

bienestar y en una mejor competencia (Caprara, 2009). Esta imagen positiva se ve reforzada por una percepción social positiva del mayor donde las personas, independientemente de su edad, interiorizan comportamientos positivos hacia este colectivo, potenciando una visión competente, socialmente integrada y depositaria de una sabiduría que facilita las relaciones intergeneracionales (García, Martínez, Troyano y Marín, 2009).

Si se considera que el bienestar de las personas mayores y la confianza en sí mismas se producen en gran parte por la mejor integración social que manifiestan, podemos afirmar que el alumnado estudiado adquiere la competencia psicosocial mediante relaciones sociales habilidosas, la asimilación de nuevas actitudes y la propuesta de compromisos y formas de comportamientos traducidos en valores (Rubio, 2004).

Los tres últimos objetivos referidos al ocio y tiempo libre, al rol generacional y la competencia psicosocial se relacionan mediante las hipótesis específicas relativas al uso del ocio y tiempo libre con los cambios relacionados con el rol generacional y la competencia psicosocial. Ambas hipótesis se confirman según los resultados obtenidos en relación con algunas investigaciones que los fundamenta. Así, el alumnado mayor optimiza el uso del ocio y tiempo libre, llevando a cabo nuevas actividades sociales relacionadas con la educación y manteniendo otras que venían desarrollando antes de formar parte del PUM, viendo satisfechas sus necesidades y metas personales. Replantan su rol generacional, siendo diferente al que venían ejerciendo antes de ser estudiantes de la universidad. De manera que, el asistir a las aulas universitarias ofrece posibilidades que les hace desempeñar actividades diferentes y novedosas, llegando a asumir roles diferentes a los que desempeñaban anteriormente (Dávila y Díaz-Morales, 2009). En la misma línea se ha publicado un trabajo que analiza el rol de la persona mayor en la educación a lo largo de la vida y que destaca el papel activo del alumnado en la educación formal a través de la realización de actividades de ocio como la lectura o el uso de Internet (Wister, Malloy-Weir, Rootman y Desjardins, 2010). Respecto de los cambios producidos en la competencia psicosocial en relación con el uso del ocio y tiempo libre, las personas mayores desarrollan y mejoran nuevas competencias derivadas del PUM al que asisten, debido a que realizan actividades más diversas y diferentes a las que venían ejerciendo antes.

En resumen, teniendo en cuenta la hipótesis general planteada, ésta se puede confirmar con la salvedad de la refutación parcial de las hipótesis específicas referidas a la relación establecida entre la satisfacción del apoyo social recibido y el bienestar psicológico, el apoyo social recibido con el bienestar, y la percepción de necesidad de apoyo social con la calidad de vida. De esta forma, se confirma que el alumnado mayor perteneciente a los PUM andaluces posee indicadores de calidad de vida personal positivos en base a un adecuado apoyo social, bienestar psicológico, autoestima personal y colectiva, a una optimización del ocio y tiempo libre, y a la asunción de un nuevo rol generacional junto con nuevas competencias psicosociales.

Para concluir se comentarán algunas *aportaciones* importantes de nuestro estudio, al tiempo que algunas *limitaciones* que hemos de considerar a la hora de interpretar nuestros resultados. Se finalizará con la propuesta de algunas *perspectivas futuras* y con la propuesta de un enfoque psicosocial de calidad de vida en personas mayores.

Una de las principales *aportaciones* que ofrece la presente investigación está en la descripción y análisis de las principales variables psicosociales que influyen de manera determinante en la calidad de vida de las personas que asisten a los PUM. Y es que, como afirma Orte en 2006, el surgimiento de los PUM en España desde los noventa pretende satisfacer las necesidades

formativas de las personas de más de cincuenta años, facilitando la posibilidad de mejorar su calidad de vida y de dar respuesta a una necesidad creciente de formación en el nivel superior. De esta manera, nuestro estudio aúna el estudio de la calidad de vida en la población mayor con el contexto formativo universitario. Se ha pretendido responder a lo que Valera (1996) preconizaba en cuanto al uso predominantemente psicosocial a la hora de estudiar la calidad de vida, desde la perspectiva subjetiva de la experiencia, atendiendo al grado de satisfacción que las personas tienen y a la percepción de sus necesidades.

A lo largo de este trabajo hemos pretendido acercarnos al análisis y estudio de la calidad de vida del alumnado de los PUM andaluces para intentar resolver las incógnitas que suscita esta nueva situación de aprendizaje en el mismo, y conocer la implicación que su participación en este tipo de actividades educativas reporta para el proceso de envejecimiento y la percepción subjetiva que se tiene de esta última etapa del ciclo vital.

La información obtenida a través del cuestionario ha hecho posible el análisis de los aspectos que consideramos relevantes en la calidad de vida de los mayores participantes en los PUM. En este sentido, los datos han aportado información muy variada y extensa, lo que nos ha permitido realizar un análisis metódico y estadístico. Otra de las aportaciones que ofrece el estudio se refiere a la magnitud de los datos que pueden ser explotados en posteriores investigaciones que concreten más cada una de las variables medidas, de las cuales se podría extraer una investigación en sí misma. No obstante, el objetivo principal ha sido acercarnos a la realidad del alumnado mayor, y para ello era necesario hacerlo desde una aproximación psicosocial amplia y general de la persona mayor.

A la vista de los resultados, es manifiesto el grado de la calidad de vida que poseen las personas de los PUM andaluces, que se constata en los datos obtenidos de cada escala referida a una alta calidad de vida personal, un apoyo social disponible y satisfactorio, un buen bienestar psicológico, una adecuada autoestima personal y colectiva, una optimización en el uso del ocio y tiempo libre, el desempeño de un nuevo rol generacional y el despliegue de competencias psicosociales. Este estado general del alumnado nos indica que, desde el inicio del Programa o incluso antes de ingresar en él, gozan de una buena calidad de vida y un buen estado psicosocial. De hecho, es probable que las personas mayores, antes de matricularse por primera vez en el PUM, ya contaran con mayores niveles de calidad, apoyo social, bienestar, autoestima, etc. que la población general de mayores. Aunque no se puede constatar que la vida positiva que experimenta el mayor sea debida a su participación en los PUM, sí podríamos asegurar que el alumnado muestra un perfil psicosocial acorde con las características de un envejecimiento exitoso. No obstante, sería interesante replicar este estudio en otros PUM de iguales características a los andaluces para poder generalizar los resultados.

Habría que resaltar la pertinencia del tratamiento que hemos dado a los datos a la hora de su análisis y que pensamos constituye un punto fuerte de nuestro trabajo. Si bien el análisis descriptivo, de correlaciones y la factorización realizadas ha complicado de alguna manera el estudio de los objetivos propuestos debido a la cantidad de información obtenida, por otra parte nos ha garantizado en todo momento que estábamos procediendo de forma rigurosa y respetuosa con los datos del alumnado.

Por otro lado, el desarrollo de la investigación ha supuesto algunas dificultades que se traducen en *limitaciones*. No podemos olvidar la importancia que tienen los grupos de control en una investigación de este tipo. En este caso, es difícil encontrar un grupo control por la dificultad

que entraña encontrar personas mayores de características similares a las de los PUM. Ello supone la falta de inclusión de un criterio diferente y externo a la condición de pertenecer a un PUM. Aún y así, los resultados han permitido extraer conclusiones válidas que en posteriores investigaciones puedan ser estudiadas con mayor exhaustividad mediante el uso de grupos control, y que permita la validación externa de las mismas.

Aunque no es el objetivo principal del estudio, hubiera sido interesante plantear un método de investigación pretest-postest con dos medidas a un mismo grupo en diferentes momentos. Ello nos permitiría ver el impacto y el efecto que tendría la intervención educativa de los PUM en las personas mayores en relación con cada una de las variables planteadas. No obstante, las propias características de la muestra en cuanto a la posible mortandad experimental y a la sucesión de posibles acontecimientos vitales hace complejo optar por esta metodología.

El hecho de tener que modificar algunas escalas en cuanto a la redacción de algunos ítems, ha supuesto que los análisis de los mismos en el estudio piloto se vieran reducidos a aquellos que eran válidos para medir el constructo en cuestión. Pensamos que en futuros trabajos sobre calidad de vida desde la perspectiva psicosocial podrían mejorarse las escalas de medida, considerando los posibles efectos de discapacidad social.

Por lo que respecta a las *perspectivas de futuro*, la presente investigación pretende ser una aportación y un avance en el desarrollo del corpus teórico-práctico de los aspectos psicosociales que definen a la población mayor en contextos educativos. En esta línea, el trabajo aporta evidencias que constatan la calidad de vida y el bienestar psicológico y social de las personas mayores en el último tramo del ciclo vital.

Los datos obtenidos confirman la importancia de la calidad de vida en las personas mayores, sobre todo en contextos educativos a los que no han tenido acceso en etapas anteriores de sus vidas. Es fundamental, por tanto, generar y organizar las mejores condiciones y oportunidades para que todos tengan posibilidades de concretar sus potencialidades de crecer, de crear, de proyectar y proyectarse para su propio bienestar (Tamer, 1999). Además, reflejan la importancia de fomentar los recursos personales y sociales de los mayores a través de actividades culturales y científicas que les posibilite responder a las nuevas demandas que la sociedad actual requiere. El logro de estos objetivos favorece en los mayores un sentido de utilidad y competencia que optimiza no sólo su integración social, sino que facilita la posibilidad de percibirse como dinamizadores socioculturales. Así, es factible pensar en la necesidad de fomentar actividades educativas y que los organismos políticos se preocupen de aumentar su progresiva implantación y desarrollo.

De cara al futuro, este trabajo abre diferentes líneas de investigación. Por un lado, pueden centrarse en cada una de las variables específicas medidas, y por otro, en la interrelación de diferentes factores por la importancia que su análisis conjunto representa para la investigación. Analizar exhaustivamente cada variable de estudio aportará mayores evidencias empíricas que comprueben los resultados aquí presentados, y que pueden ser contrastados con los hallados en otros PUM de similares características, así como compararlos con los obtenidos en la población general.

Los conocimientos aportados pueden contribuir a la mejora de los PUM. De hecho, el presente estudio se puede sugerir como un importante recurso para los docentes que imparten clases a los mayores, en tanto en cuanto refleja las características psicosociales que definen a esta

población. Tener en cuenta los datos ofrecidos puede implicar un proceso de toma de decisiones en cuanto a los contenidos, propuestas metodológicas y criterios de evaluación ajustado al perfil psicosocial que define al alumnado de los PUM andaluces.

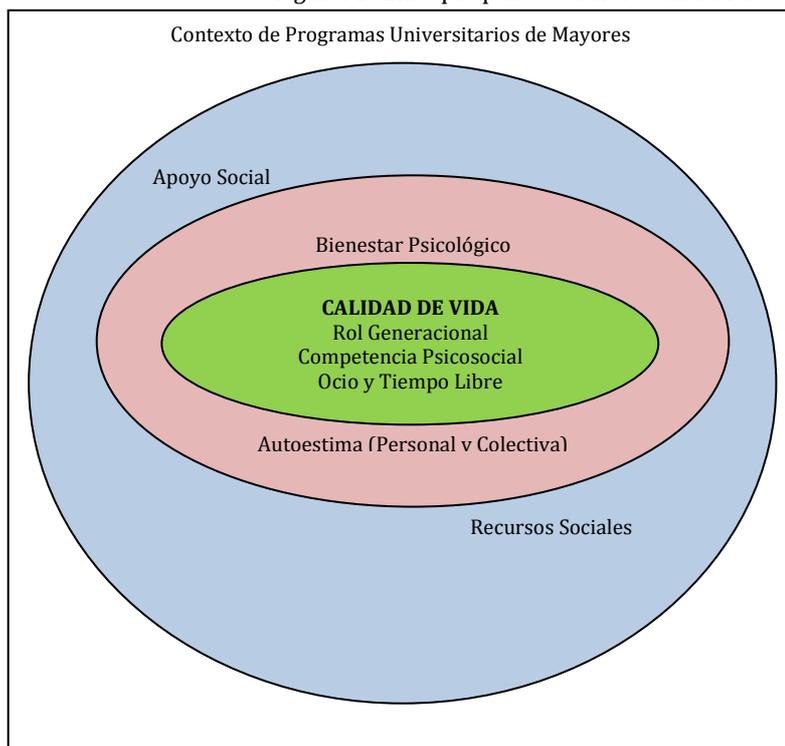
Estas limitaciones se convierten en una oportunidad para futuras investigaciones referida tanto a la conveniencia de perfeccionar y revisar los instrumentos empleados como desarrollar otros nuevos, que permitan la recogida de datos de carácter cualitativo y que represente los componentes subjetivos de la experiencia que supone ser estudiante del PUM.

Finalmente, se prioriza el profundizar en la percepción de la calidad de vida de los mayores de tal manera que los datos obtenidos puedan ser considerados en la planificación de intervenciones educativas que optimicen aún más si cabe su calidad de vida y su satisfacción con la vida acorde con un proceso de envejecimiento exitoso. Como concluye en su estudio Boulton-Lewis (2010) es necesario obtener datos empíricos que fundamenten un nuevo paradigma de investigación que sitúe el envejecimiento en el centro del debate y que incorpore a las personas mayores en el mismo proceso de investigación, lo cual permitirá evaluar los beneficios positivos que aporta el aprendizaje a lo largo de toda la vida.

Considerando la propuesta de Boulton-Lewis, nuestra investigación aporta un nuevo *enfoque psicosocial* para abordar el análisis de la calidad de vida en relación con otras variables, teniendo en cuenta a las personas mayores como parte del proceso de investigación.

Basándonos en la factorización extraída mediante matriz de componentes rotados, en un primer nivel de análisis se relacionan la calidad de vida, junto con el rol y competencia psicosocial del mayor, y las actividades de ocio y tiempo libre que realiza. En un segundo nivel, situaríamos el bienestar psicológico y autoestima, tanto personal como colectiva del alumnado. Y finalmente, un tercer nivel de análisis lo integra el apoyo social y los recursos sociales que la persona disponen para llevar a cabo sus interacciones sociales y, en definitiva, para afrontar de la forma más exitosa su vida.

Figura 1. Enfoque psicosocial de Calidad de Vida en los PUM





---

## Summary



### 1. General Introduction

This work arises like answer to a social phenomenon that takes place from second half of the century XX and that has come in denominating aging of people. Thus, the increase of the elder people as much in absolute terms as in relative has bent throughout the last century (Díaz, 2009; Pérez, 2006). This phenomenon is had due to two essential factors, of a part the mortality has decreased simultaneously that has been increased another one and life expectancy, occurs a strong fall of birth rate. This must in part to scientific and technological, biomedical, psychological and social development, which is if the human beings live longer.

Desire to stimulate and to harness the quality the partner-educative and cultural activity in the elder ones not only is reduced to the state Administrations and autonomic, but that on the contrary it is to articulate mechanisms of institutional cooperation. Therefore, our precise society, also of the institutions of Superior Education, answers of how opening the University to groups of people who demand their services (Pérez, 2006). By all it, we try to study and to know more the elder ones than they are registered in the different University Programs from Elder of Andalusia, with the aim to keep awake which are the psycho-social factors that cause that these live with better quality.

The university education of the elder people is a relatively recent fact, as they demonstrate to the increasing investigations on the subject and the gradual increase to it of University Programs of Elder in Spain from 1990 (Orte, 2006). We considered the necessity to investigate *psycho-social variables that affect the quality of life of the elder ones than form in the University Programs of Elder Andalusian*, as well as to deepen in the characteristics on its well-being and psycho-social adaptation to their context.

This work of investigation tries to contribute to new data to the study of the oldness, optimizing the human development in all its senses and favoring in last term, the quality of life of our elder ones in learning situations. Of this way, we considered important that, in the relation of the elder adult with the university context of learning and through study of different psycho-social variables.

Being our primary objective to know the quality life and the related psycho-social variables of the elder pupils than it attends the University Programs, in general, we left from *theory of the Life Span* from a perspective of active or successful aging (Fernández-Ballesteros, 2009). This approach is based on the perception of the last vital stage like a period not only of losses, but also of gains; besides to emphasize the possible competences that can improve or develop the elder person (Villar, Triadó, Pinazo, Celdrán and Solé, 2010). In this line, the educational processes are basic, because the challenge of the elder people in the present society is to demonstrate that its age is not synonymous of disease and who they can still make an active and independent life, and with it to optimize its free time with the personal benefit of the culture and to favor its social relations and personal well-being (Montoya, 2006; Villar, 2005).

The theoretical frame of the present work is formed on the base of two main thematic blocks: one first part, that turns on the aspects psycho-social, the psycho-social quality of life and variables associated in the elder people, the psycho-social aspects of the learning and the University Programs of Elder. And one second part, empirical, referred to the justification, objectives and hypothesis of study, to the analysis of descriptive results and according to the hypotheses, and to the discussion, that includes the conclusions.

Next, we will emphasize the investigation made on quality of life and each one of the psycho-social variables in relation to the elder people.

## Quality of Life

The investigations on Quality of Life, whose people study object is the elder people, have increased considerably in the last years (Sáinz, 2006). There are studies that they try to contribute to the valuation and the enrichment of the elder people like group than appears attractive little to the other members of the society analyzing, for it, the characteristics of the Quality of Life (Cuenca, 2008). The investigation in this scope has envolved from the interest to know the adaptation the person the process of aging and the retirement, or the analysis of the intellectual abilities, to putting the accent in the knowledge of those factors that lead to the well-being and personal satisfaction (Schalock and Verdugo, 2003).

In last the three decades a new paradigm has arisen from the aging that has been called good for aging (Fries, 1989), healthful (WHO, 1990), competent (Fernández-Ballesteros, 1996), successfully (Baltes and Baltes, 1990; Rowe and Kahn, 1987) or active (WHO, 2002). The concept has been evolving, from the propose definition by the WHO (1990) of the healthful aging (centered in the health), towards a new more integrating model (Zamarrón, 2007), like the one of active aging (WHO, 2002), defined like “the process to optimize the opportunities of health, participation and security in sequence to improve the Quality of Life of the people who age” (p. 12).

Of this way, a conceptual definition of constructo of Quality of Life in the elder people becomes necessary. It is difficult to find a commonly accepted definition due to his complexity, although it is certain well that consensus at the time of considering a “approach exists multidimensional that includes the physical functioning, the energy and personal vitality, the psychological and emotional well-being, the social functioning, the supports received and perceived and the satisfaction with the life” (Alcedo et al., 2008, p.156). Thus, the most important contents in the elder people come being the health, the physical, cognitiva and affective competence, and the economic and social conditions (Fernández-Ballesteros, Reig and Zamarrón, 2009; Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Kruse and Caprara, 2007; Ryerson, 2008).

The elder people confront the aging and the oldness reasonably well (Baltes, 1999). Although they are conscious of the losses and diminutions in the personal development, the elder ones as much continue being effective in the maintenance of a sensation of control and a positive vision of self as of the personal development (Baltes, 1999; Brandtstädter, Ventura and Greve, 1993). This satisfactory resistance and adaptation it seems to be the result of the putting in practice of instrumental activities and accommodative processes (Reig, 2003).

According to Iglesias-Souto and Dosil (2005), the conception of Quality of Life in the component oldness must include so much of conductual competence of health, thus like the functioning and the social implication and also the subjective well-being, the subjective impressions of Quality of Life, like the vital satisfaction and the environmental factors. In this same sense, Birren and Schaie (2001) or Izal and Montorio (1999), they indicate that the Quality of Life related to the health, would have to analyze the physical, social, cognitive functioning and affective of the people elder than they are variable keys at the time of understanding the old age (Molina, Meléndez and Navarro, 2008).

In the theoretical revision made by Gómez, Verdugo, Arias and Navas (2008) to delimit and to evaluate the concept of Quality of Life in elder people and with disability, leave from the model of Shalock and Verdugo (2003) according to which the Quality of individual Life is a wished state of personal well-being (Brown, Keith and Schalock, 2004; Schalock and Verdugo, 2007) that is multidimensional, has cultural and aculturales properties (Jenaro et al., 2005; Schalock et al., 2005), have objective and subjective components, it is influenced by personal and environmental factors and incorporates the perspective of systems that includes manifold ambient that influences in the life of people (Keith and Bonham, 2005; Schalock, Bonham and

Verdugo, 2008; Schalock, Gardner and Bradley, 2007; Schalock, Verdugo, Bonham, Fantova and Van Loon, 2008).

The Quality of Life is associated thus with the health by means of the physical well-being (Gómez, Verdugo, Arias and Navas, 2008). In fact, there are studies with elder people in comparison with adults younger that show that first they behave of healthier way, they assume less risks, they are more cautious, more active in the prevention of diseases, more faithful to the medical prescriptions and confront better the consequences of the diseases and the problems of health (Reig, 2004). So that one occurs this quality is necessary the adaptation or fits of the individual to the conditions that are demanded to him of the surroundings (Barriga, 2005). In a work made by Navarro, Meléndez and Tomás (2008) they conclude that the elder ones studied than show one better functional valuation maintain a level of personal satisfaction upper and being able to choose or to create contexts adapted to the necessities and personal values. However, when the dependency level is elder, the positive relations with the others are evaluated better.

A carried out study by Prieto-Flores et al. (2008) relates the emotional well-being (in terms of feelings and resources of facing) to social demographics factors and health in elder people from the Community of Madrid. The results proved that the people without anxiety problems or depression, showed near three times more probabilities of valuing positively their emotional well-being that who suffered those problems. Of this form, the investigation concludes that the health constitutes a factor of great influence on the emotional well-being, with an essential paper in the explanation of the subjective experience of health.

The elder people continue being competent and effective, maintaining a suitable sensation of control and conserving a positive vision of his self and the personal development that quality of life results in an improvement (Alaphilippe, 2008; Collins and Smyer, 2005). Another study explores, in Spanish adult people, the differences associated to the age in variables related to the emotional experience (subjective well-being and emotional intensity) and the emotional regulation. The results reveal that elder people present a smaller level of satisfaction with the life and positive emotional intensity that the young people (Márquez, Izal, Montorio and Losada, 2008).

Although there are studies that affirm the increase of adaptation possibilities and fit successfully to the new reality on aging. In this sense, the application of strategies of accommodative type as form from adaptation to the new situations manages to generate an adjustment of the preferences and the goals that causes that the person suitably adapts to the new situation, palliating the insufficient perception of the situational restrictions or personal resources to obtain goals before valued (Tones and Pillay, 2007).

In line to the possible intervention with elder people having as objective it bases the increase of the Quality of Life of these Caprara (2009) enunciates a new paradigm that is oriented towards the positive aspects of the aging, understood like a process that lasts all the life and that implies at the same time gains and losses. In this sense, to age well is not a chance question but it depends on the elections and the behaviors that each person chooses to throughout undertake the cycle of the life (Caprara, 2009; Fernández-Ballesteros, 2008). From this perspective, and to start off of the knowledge based on empirical evidences, different programs from intervention have been developed through which it is to promote the aging successfully and to extend the quality of life in the oldness (Baltes and Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 2002; Rowe and Kahn, 1999; WHO, 1990, 2002).

### **Social support**

One of section in which the Social Support has centered the attention has been the elder people (Yanguas, 2006). There are many studies that analyze the effects of the Social Support on

the health. Also, the study of the Social Support is important to foment the well-being and the quality of life of the people elder (Fernández-Ballesteros, 1992; Hombrados, García and Martimortugués, 2004; Litwin and Shiovitz-Ezra, 2006; Martínez, García and Mendoza, 1995; Moon, Park and Cho, 2010; Netuvely and Blane, 2008; Pinazo, 2005). Our social relations are the source of support resources, for that reason the lack of social integration causes a decrease in the well-being of person (Cornwell, Laumann and Schumm, 2008; Fernández-Ballesteros, 2001; Galván et al., 2006).

Many studies have demonstrated that people integrated socially have more health than those than have poor social relations (Fernández-Ballesteros, 2002; Landero and González, 2006). Attention has been lent to determine the importance of Social Support in facilitating the adjustment of the elder ones to vital events like the retirement (Chiesa and Sarchielli, 2008), the widowhood, the institutionalization, the changes of address, etc. (Angel, Angel and Hill, 2009; Krause, 2007; Stroebe, Zech, Stroebe and Abakoumkin, 2005), or to the difficulties of the support suppliers when they try to provide helpful to long term to these people (Oliver, Navarro, Meléndez, Molina and Tomás, 2009).

On the same way there are studies that complete this analysis in relation to the well-being and the adaptation in the elder people, although do not exist agreement to establish the form in which that positive effect (Hombrados, García and Martimortugués, 2004; Meléndez, Tomás and Navarro, 2008).

In the ninety, it is interest the detailed knowledge of the social networks (so large, origin, availability, etc.) and the functions of the same ones in relation to the satisfaction of the necessities of the elder people (Martínez, García and Mendoza, 1995).

The most of elder people maintain a frequent contact with the family from whom they receive support and diverse services (Alustiza, 2006; Jáuregi, 2001; Montes de Oca, 2008). The interaction with the friendships also can be an important mechanism for the integration of the elder person in the community being related positively to the psychological adjustment (Gracia and Herrero, 2004; 2006). Other studies have been interested in the differential analysis of the support provided by relatives and friends. So that, the helpful lent by the family is important during the periods of crisis, but that supported by friends serves to reinforce mutually beneficial social relations and contributes to improve the social interaction of the elder person that conserves his personal autonomy (Lisazo, Sánchez de Miguel and Reizabal, 2008; López et al., 2010; Vela, Sotelo and Domínguez, 2005).

Different works show the relation between the age and having social supports, so that during the oldness a reduction of the social activity takes place (Schnittker, 2007), although maintain social networks support suppliers (Besser and Priel, 2007); other studies even offer a different point of view where affirms that Social Support does not decrease in the third age in contrast with a perception of the elder people like employees, inactive, isolated and with a social life in constant declivity (Aiken, 2001; Gracia, Herrero and Musitu, 2002; Greller and Richtermeyer, 2006; Herrero and Gracia, 2005).

Diverse studies have indicated the influence that the availability and satisfaction with the network of social support it has in the perception of the own health (Díaz, 2009; Fiori, Antonucci and Cortina, 2006) and in preventive conducts of health and healthful styles of life (Laditka et al., 2009). It has been indicated that Social Support influences the physical health positively and the well-being of the elder person, attenuates the impact of the stress events experienced by the same one, provides resources to confront the stress situations successfully, and can, to work like preventive resource before stress situations (Fernández-Ballesteros, Reig and Zamarrón, 2009).

In relation with the self care, Rubio and Rico (1997) conclude in one of its studies that the third part of the elder urban people of 65 years is in vulnerable situation and identify the limitation for the self care one like one of the main factors of risk which they decrease the

quality of life of the elder people. In this way, nowadays the self care one like the one of the psycho-social factors that are related more to Social Support, being this one main resource is considered that people use to adapt to the changes of health and to improve the quality of life (Zabalegui et al., 2008). Thus, Social Support is associated with one better physical health, besides to deaden the psychological damage that vital events can exert in life of person (Collins, 2004; Zettle, 2005).

Social Support has come relating to health, well-being and quality of life of elder people (Eriksson and Lindström, 2006; Fernández-Ballesteros, 2002; Requena, Martínez and Ortíz, 2010). Also, from years ninety has come demonstrating in different cultures and contexts the strong relation between health and well-being with styles and quality from life, but especially in elder people (Saito, Sagawa and Kanagawa, 2005).

At the beginning of the present decade the elder problem in the investigation of Social Support is being to find a theory suitable to understand the influence of Social Support in the health, Berkman and Glass (2000) propose a model where the effect of social networks of a person is analyzed on the health. In this model exist psycho-social mechanisms (between which the social support and the social entailment are included) on routes common, physiological (cardiovascular reactivity, immune system, etc.), psychological (well-being, self-esteem, etc.) or behavioral (life styles) that ends up producing the effects on the health. This model appears in a context of *healthful aging* defined on the basis of good physical and mental functioning, with a reduced number of chronic upheavals, good mobility, capacity to take an independent life, good cognitive function and absence of depression (Chalise, Saito, Takahashi and Kai, 2007; Guichard, 2008).

By another part, there are cultural investigations that relate Social Support (received and perceived) to the self-esteem of person, in whom both variables are predicting of mutual form (Goodwin, Costa and Adonu, 2004; Reblin, 2008; Reddy, 2009). In fact, in Spain and United Kingdom one has been that the correlation between the self-esteem and the perceived Social Support is significantly more discharge than between the self-esteem and received Social Support (Goodwin and Hernández, 2000). Lyyra and Heikkinen (2006) analyze the effect that has perceived Social Support in the self-esteem like cause of mortality in elder people.

Another line of investigation is the one that raises Herrero and Gracia (2003), Yanguas, Leturia and Arranz (2000) and Gracia and Musitu (2000) where make investigations on the effect of the informal support in the quality of life of the people. Berjano (2005) proposes a model of quality of life in which the degree of informal support is analyzed fundamentally that receives the elder person in situation of dependency in its family. This author considers that a first indicator to predict the quality of life in dependency situation, will conform the possibility of being taken care of in the own address of elder person, or by formal caretakers (social services), or by the informal support (family).

Following Caprara (2009) the interpersonal relations they constitute the essential ingredients for the personal well-being, the psycho-social adaptation and the maintenance of a good state of health throughout the Life Span of person. It emphasizes the emotional support like predicting, which is considered in studies with elder people with emotional isolated, understood this one like subjective feeling or loss of company (Santos-Olmos, Ausín, Muñoz and Serrano, 2008). In this line, there are studies that propose the improvement of the quality of life, increasing the perception of social support and reducing the solitude of elder people through their participation in social support groups, which increase the frequency of received support and the satisfaction with he himself (Hombrados and García, 2003; Hombrados, García and Martíportugués, 2004).

Given the importance that has the Social Support for the elder people, the line to adopt would be to promote interpersonal relations through different programs as they are those of

generational interchange, the cultural access from the elder ones to the University, activities, etc. (Caprara, 2009).

### **Psychological well-being**

The search of the negative aspects in the studies about the aging are conditional by the results obtained, contributing evidence exclusively on these and contributing to consolidate a negative perception of this vital stage. When the investigations also include the exploration of positive aspects we were with results that are opposed to the deficit paradigm and which they show that in the oldness also there are gains. Between these studies have been centered in the study of variables like the happiness (Lacey, Smith and Ubel, 2006; Wood, Kiskey and Burrows, 2007), the well-being (Arias and Soliverrez, 2009), the wisdom (Baltes and Freund, 2007) and the strengths in the oldness (Arias, Castañeiras and Posada, 2009) have contributed evidence on the matter (Arias, 2009).

Also, during the three last decades literature has been centered in the identification of those variables that can contribute to a suitable quality of life in the elder people where is the Well-being (García and Hombrados, 2002; Le Roux and Kagee, 2008). In 2003, Villar, Triadó, Solé and Osuna make a revision of the different scientific conceptions from the well-being and its evolution in relation to the aging process. Following Keyes, Shmotkin and Ryff (2002) and with Blanco and Díaz (2005) consider that both points of view from which the personal well-being can be contemplated are "*hedonist*", based on the Subjective Well-being, that it associates the well-being to the obtaining of feelings of pleasing and happiness; and "*eudaemonist*", based on the Psychological Well-being, that it relates the well-being to the attainment of our potentials and the accomplishment of which we can be.

In a study in which the variation of the Subjective Well-being in function of the facing strategies is analyzed, the social demographics perception of social support and variables, the Subjective Well-being appears associate to a healthful aging. The results describe that elder people than have more extensive networks of support and provide with more support, have better well-being and, by as much, they confront the process of aging of more healthful form (Vela, Sotelo and Domínguez, 2005).

There are authors who relate the Psychological Well-being to self-esteem and self efficiency of elder people, so that, the positive or negative value of these modulates the elder or smaller well-being of the person (Ortíz and Castro, 2009). So that elder person enjoyment of a good well-being is necessary that feels satisfied with its life, has capacity and competence to obtain it, and maintains the control on its surroundings and conditions of life. For García and Hombrados (2002) if these elements do not occur, the elder person will consider that process of deterioration associated to the oldness is inevitable; the one who go accompanied of a perception of uncontrolled with a decrease of the personal self-esteem and satisfaction, thus increasing their dependency and lessen the activity in general.

To weighing of which at the present time one comes defending that the aging implies as much losses and decreases as increases, gains and you perfect (competence models) (Reig, 2004), the present studies are demonstrating that the elder people are effective at the time of maintaining a sensation of control and a positive vision of themselves and of its personal development, of form that exists a relation between the self-esteem and the emotional well-being of person (Dutrizac, 2006).

One of the modulator variables of Well-being is the leisure (Argyle, 1993) and has been studied in relation to the perception of control of elder one (García, 2002b). In this sense, Ju-Hyun (2007) affirms that the leisure in the elder people can increase its perception of control on its playful activities, besides to influence the vital satisfaction of these. Also, programs based on

leisure indicate a positive effect in the leisure knowledge and a significant improvement in the practices of self care on the part of elder people (Charters and Murray, 2006).

Vela, Sotelo and Domínguez (2005) emphasize that the participation in the social and familiar relations fortifies self and maintains the Subjective Well-being in the elder ones; as well as the productive activities that sustain the self perception of utility, competence and feelings of control; as well as that, the participation in activities related to the use of the free time, influences in self and the well-being.

There are studies that analyze the association between the practice of physical exercise with the healthful habits of life and the psychological well-being, so that people who make exercise regularly tend to perceive elder degree of health, less stress level and better spirit (Jiménez, Martínez, Miró and Sánchez, 2008).

Molina, Meléndez and Navarro (2008) make a study to analyze the differences had between institutionalized elder people and non institutionalized in relation with the well-being and the quality of life, being observed that while in the Psychological Well-being differences between both groups do not exist, the own factors of the Subjective Well-being showed differences, being the scores of the elder institutionalized minors. These results are based on which the elder people are in a vital moment of life is limited in a quantitative sense, since the probabilities of disease and dysfunction increase.

In this line, Stefani and Feldberg (2006) defend that elder adult than live in their addresses use strategies of facing based on rewarding alternatives in high proportion than the institutionalized ones, maintaining therefore the balance emotional.

At last, according to Hernangómez, Vázquez and Hervás (2009) the aspects that, seem to be more associate to Well-being in the elder people are the social support in itself and the positive emotions derived from the social relations, that improve the appearance of positive conducts in relation to the health (Vázquez, Hernangómez and Hervás, 2004); to maintain an active life by means of the learning through the university programs for elder, the accomplishment of healthful diets and physical activity; to recover and to do memories like natural and effective route to facilitate a elder personal and social integration of the elder one; to think of form optimistic on the future uncertain and restricted that it has the elder person (Carstensen, 2006); and the self-esteem and the beliefs of self efficiency are associate to a elder well-being and other indicators of health.

### **Self-esteem**

In relation with the elder people, Ramos de Oliveira and Páez (2007) review the studies on self-esteem affirming that during the oldness this one decreased. The studies of self-esteem in elder suggest begins to decrease around the seventy years. This decreased can be due to the confluence of the changes that occur in this vital stage: change of roles (retirement), the intimate and social relations (loss of the couple and friendships), physical functioning (health problems) and socioeconomic less status. Also, even though of which the elder people can maintain a value of them very strong, this one fluctuates with decreases of self-esteem because they are more able to recognize his limitations (Foster, Campbell and Twenge, 2003).

The losses associated to the aging process can generate circumstances that become an aggression to their personal identity, affecting to his self and its self-esteem. Thus, one has demonstrated the relation between the self-esteem and the daily activities (Durán, Orbegoz, Uribe-Rodríguez and Uribe, 2008; Montorio, 2007), as well as between the perception of self efficiency, the self-esteem and the psychological well-being with the capacity to make these activities (Ortíz and Castro, 2009).

The dependency by less mobility, the loss by disease or the associated cognitive deterioration to the dementia, demonstrate their influence in person and the contexts; nevertheless, the small

incidents of the daily life, less intense, but more frequent, can generate a destructive and pejorative message on elder. Thus, the low self-esteem and under self perception well-being gives rise to the functional dependency of the elder person to make basic and instrumental activities of daily life (Bárcena, Iglesias, Galán and Abella, 2009; Dorantes, Ávila, Mejía and Gutiérrez, 2007).

The loss of autonomy is not easy to confront if it is not making emphasis in which person can do elder and valuing the small things (Guerra, 2009). Teaching to respond positively before conducts of autonomy and independence and not to reinforce the dependent conducts; person has been able to restore habits related to the incontinence, the perambulation and the depression, improving self and the self-esteem. In this sense, Gordillo (2010) suggests in a made experimental study with adults elder than the program of integral activities increases physical, psychic functionality and social in the adults elder participated when comparing it with which they did not participate in it. One concludes in addition which one worked with a functionally independent sample, with intact mental functions and regulating self perception in health, situation that was improved when concluding the experimental treatment.

There are studies that analyze the attitudes that society has on old people and how these influence in the image that the old ones have of themselves, so that these share one self image of negative oldness in which concepts stereotyped like uselessness, disease and deterioration (Arrieta and Espinosa, 2005; Ulla et al., 2003).

Reig (2004) considers that, in opposition to studies that emphasize the control deficiency, the loss of self-esteem and self efficiency as resulting from the diminutions, losses and situations of the old age, scientific studies exist from one more positive and optimistic perspective. Thus, on the basis of self of the elder people it considers two basic patterns and differentials at the time of confronting the aging process: *pattern opened to the life* and *pattern closed to the life*. The elder person *opened to the life* believe themselves valuable and able; it uses humor like positive feedback; one feels well with itself and the others; it thinks that the effort is worth the trouble to live and to commit itself with certain objective goals. Possessing positive self, it tends to perceive the facts, the changes and the difficulties of the life like challenges to solve, like susceptible situations of learning, gains in discovery and understanding. In the opposed side, the elder person *closed to the life* one feels inferior to the others, surrounded by a hostile and threatening atmosphere; it is rejected to itself and the others; it distrusts of everything; it is created incompetent; it feels that any effort is useless, that nothing is worth the trouble. Dominated by this negative self, the facts, the changes, the difficulties are perceived as irreparable threats, injustices and losses.

The results of the studies with elder people guarantee the conclusion that self of the elder people does not decrease with the age, and that successfully continues being adaptive, flexible, dynamic and resistant a resource personal very powerful and valuable for a satisfactory adaptation and in oldness (Fragoeiro, Pestana and Paul, 2007; Rojo, Toronjo, Rodríguez and Rodríguez, 2006).

Brändtstädter, Wentura and Greve (1993) to explain how self modulates the negative changes of the elder person, propose a model that it establishes that a change in the styles of facing with the age takes place from assimilative ways, where tends to even adhere to goals and plans of action when important obstacles or difficulties appear; towards accommodative ways, that suppose to disconnect with facility when the goals are blocked and to see the positive elements of the adverse situations. From this model one demonstrates that to the negative impacts of the most frequent problems of the age on the personal well-being such as the health, the environmental pressures and the future perspective narrowing, are deadened with the use of a way of accommodative or flexible facing. Taking this model, Pinquart and Sorensen (2001) to make an put-analysis on the differences of sort in self and the psychological well-being in

elder people. Also, in 2007 Heyl, Wahl, and Mollenkopf develop it to investigate the relations between the tenacious search of objectives and the flexible adjustment to the objectives as self-regulation forms. The authors conclude that both forms of self-regulation are necessary for an adaptive self-regulation in the elder people.

### **Leisure and Free Time**

Hernando (2009) establishes relation between time of Leisure and aging healthful, where the society must be centered in obtaining that the retired people and elder people have a good quality level of life, and is not the age an obstacle that goes in damage of the same one.

The international studies on the use of the time of the elder people begin at the beginning of years 60, agreeing with the interest by the concept of "satisfactory aging", that has been related to variables like the quality of life and good health, and many analyses have empirically proven the relation between the use of the time and several indicators of well-being (Barrio, 2007).

At time to define the activities of Leisure in the elder people, authors like Villar, Triadó, Solé and Osuna (2006) choose to define which the patterns of daily activity in elder people are. In particular, certain types of daily activity have sated out like components of *satisfactory aging* that supposes health and autonomy, an active implication with the life and takes shape in the accomplishment satisfactory social and productive activities.

Inside of this perspective, Horgas, Wilms and Baltes (1998) affirmed that the daily activities form from a dynamics between certain socio-cultural influences (and biological) and our own preferences. First they make reference to that our routine of activities reflects the restrictions and obligations that we were in our daily life by the influence of aspects such as the sort, the civil state, the age, the health or the socio-educative context. On the other hand, the personal goals, values and preferences also form the daily activity that of this way becomes one of the keys to age of satisfactory form (Acosta and González-Celis, 2009).

In this context of satisfactory aging, Leisure is especially important, because the time that we dedicated tends to increase to him in the oldness. Of there, that the activities of Leisure can be especially satisfactory (Giles, Bouchard and Anas, 2008; Villar, Triadó, Solé and Osuna, 2006). Also, it is necessary to consider that the elder people have difficulties to carry out certain type of activities, due to the elder probability of suffering problems of lost health or having to the pair (Aguado and Alcedo, 2005).

By another side, Gauthier and Smeeding (2000) made a transnational study on the uses of the time of the elder people. They reviewed data of nine countries and they had as objective to describe the variations in the use of the time of the elder people between the different countries and to examine the changes in models associated with aging. The results showed great differences in the use of time, but similarities in the model of activities related to the age. Whereas the time dedicated to the remunerated work decreases with the age, the time that is dedicated to the passive Leisure and personal activities increases, and also it increases with the age, but in smaller degree, the active Leisure (Barrio, 2007).

Other studies have analyzed the degree of satisfaction with the use of the Free Time and attitudes towards the retirement, where to elder satisfaction with the use of the Free Time; the attitudes towards the retirement are more favorable (Rodríguez, 2001). In this sense, Montes de Oca and Hebrero (2006) and Rodríguez (2007) say that the different empirical investigations made about the relation between the activities from Free Time and the type of work carried out during all the life differ in their results. Still and thus, at the moment the elder people with good health continue being productive although they are retired. Their activities are not remunerated but it has value in many senses: continued formation, voluntary military service, and social participation in religious or political activities. Therefore, the retirement gives opportunity to

the elder people to dedicate it to activities that before were difficult to them to make and that they fill his time satisfactorily (Triadó, 2001, 2003).

The retirement can confront with different strategies, between which it emphasizes the social participation like answer of facing and its incidence in the well-being and the quality of life of the elder people (Dancausa, 2001). Later, it has provoked interest to determine if differences in health terms exist, social functioning and satisfaction according to the type of social participation chosen and defined this one like facing answer before the retirement. The obtained results aim at that the pensioners who dedicate themselves socially to useful activities show better psychological well-being, perceived physical health and vital satisfaction (Díaz, Zarco and González, 2005).

From the theory of *Life Span* is contributed a positive vision of the intellectual capacities of the elder people, that entails the belief that learning is possible and, therefore, the education of the elder people must orient to the advantage of the capacities and not to the compensation the deficit. The life expectancy after the retirement is every elder time, and these people consider the occupation of the Free Time not only in recreational activities but in formation and recycling. Thus, the elder people register in courses and classrooms of the Third Age to develop to goals in their time of leisure after the retirement (Triadó, 2001; Velázquez, 1999).

The Free Time closely is related to goodness and pleasures experiences and not as much with the made activity in that space. Therefore, it is related to the subjective perception of well-being in the person. If the activities of Leisure and Free Time serve so that person reaches physical well-being, psychic and of self-esteem his will be being been fomenting and the capacities that affect autonomy and independence in the group of elder (Lizaso, Sánchez de Miguel and Reizábal, 2007).

An important factor of the Leisure is *informal social support*. Diverse investigations have shown that an active social life and support of social relations constructed throughout a life plays an important role in the profit of a satisfactory aging (Gadalla, 2009; Mendes de León, Gold, Glass, Kaplan and George, 2001; Otero, Zunzunegui, Béland, Rodríguez and García de Yébenes, 2006), benefitting to start off of integration and participation in community activities and causing the continuity of an active social role.

Leisure activities increase to levels of social support, perceived control and self efficiency social between their users. It is necessary to increase the contact of the elder one with their equal group like strategy intensifying the positive consequences that are derived from the social contacts. The leisure provides an optimal context for provision of these so beneficial social bows in the elder person (García and Hombrados, 2002). Another study reveals that the leisure activities make simultaneously decreases the levels of depression and increase their vital satisfaction and psychological well-being (García and Gómez, 2003).

From the perspective of the active aging the elder people, besides to physically follow active, must mentally, participating in recreational activities, like voluntary service or remunerated, cultural, social and educative, thus improving its quality of life (Zamarrón, 2007). This model of active aging points the importance of social relations, social competence, the participation and the productivity (Argyle, 2001).

These characteristics determine the motivations and expectations of those people elder than attend the University Programs for Elder (Montoro, Pinazo and Tortosa, 2007). This way, the socio-educative intervention in the oldness looks for to increase the levels of personal autonomy and social property, avoiding the gradual and progressive spacing and to decrease those of familiar and social dependency, by means of the development of new roles and social functions like which they are derived from the social, cultural or formative participation. One treats, therefore, to reconstruct the social identity of the meaning person, equipping the free time and the life of the elder people, since according to it is the way in which they occupy its free time are

going to obtain benefits in its well-being, its vital satisfaction, its state of health, its life expectancies, besides to produce positive effects on the quality of life (Martín and Requejo, 2005).

### **Generational role**

The aging of people have served to forget certain prejudices on the capacities as learning the elder ones, although specific educative necessities are recognized, and has popularized certain tendencies of education of adults like the plans of preparation for the retirement or some specific programs dedicated to the third age. In general, all these programs have in common to facilitate the personal evolution and social integration of the elder one of active form in the society that around to them (Maiztegui, 2001). In fact, since Trinidad said (2006) is necessary to distinguish between the “labor pensioner” and the “social pensioner”, since nowadays the new pensioners are only labor, because they want to continue being active part of the society.

This conception of elder person is related to one of the visions that Corraliza (2004) offers of the oldness. With the first perspective on *generational role of elder one*, based on the vision of person like wise one, loaded of experiences, high social, deserving status of great respect and with a clear possession of influence on the others. From this perspective, the elder people very are considered and reinforced by the primary group that welcomes them.

The second vision, opposed to the previous one, emphasizes the oldness like a deficit state, where *role of the elder one* it is centered in fulfilling the cares of under generations (grandsons and granddaughters), or simply being taken care of by its children. The age takes with himself, of inherent form, significant and irreversible losses (Castañeda, Sánchez, Sánchez and Blanc, 2004; Pinazo, 1999a, 1999b). Some problems associated to the role of the grandparents as main caretakers come derivatives from the fact that assuming this role it is non-normative a vital event that often is unexpected and not wished (Buz and Bueno, 2006).

Associated to this role of grandfathers they are the perceptions on the intergenerational communication between groups of different ages. In this sense, Giles, Bouchard and Anas (2008) have demonstrated that variables on communication predict the psychological functioning of the elder people, so that they contribute to information about the degree of vital satisfaction and the esteem within each group of age.

On the other hand, Velázquez (1999) difference between *primary aging* that it is inevitable with the age, of *secondary aging* that it would be related to the inactivity or some excesses that comprise of the style of life of the people (feeding, stress, etc.) and *tertiary aging* that it would have to do with the denomination of *healthful oldness and activates*, like description of a style of desirable life for this segment of the people. At the end of the 90 it was already pleaded for a satisfactory and competent model of the oldness, since at any time of the Life Span as many losses are possible as gains. From this perspective it is possible to be said that when a elder person takes a style of competent and healthful life, and maintains a good level of activity, that is to say, one stays occupied, interested in things and with desire to learn, is very possible that it conserves a high cognitive level and of health and, therefore, a high psycho-social competence and consequently a high adaptation to its surroundings (Caprara, 2009).

Tedrick and McGuire (2000) use the metaphor of Ulises to denominate those people whose vital trajectory is marked by the adventure and the creativity. These authors consider that the age of the elder ones is not a port, but a bridge to the future where new challenges are allowed. The social assumption of this image, presents positive characteristics since it serves so that the elder people know and accept roles necessary to assume a new stage in the life span, as well as to project a positive image of the group, especially in mass media (Sánchez, 2004).

In this line and considering the contributions from Psychology with regard to *Theory of the Life Span*, the oldness would not be contemplated like a homogenous stage marked by the declivity, but like a stage in which surely more individual differences occur, since they would pronounce impromptus of a whole life of particular vital experiences (Triadó, 2001). From this position the denominated approach has arisen from *satisfactory aging* or *aging successfully*, that it makes an investigation systematic of the positive aspects of the aging as they are the potential of learning, the wisdom, the satisfaction with the life or the happiness from the psycho-social perspective (Caprara, 2009; Fernández-Ballesteros, 1998, 2004).

### **Psycho-social competence**

Maddox (1995), defines the successful aging like combines of three basic elements: a) survival (longevity); b) health (dependency index) and c) satisfaction with life (happiness). Following this author, he defines the competent oldness like “the individual ability to take care of own self and to be able to carry out the required activities to live, independently as much functional as psychologically”. The competent being when elder associates successfully to an aging, that is to say, “to have intelligent skill to solve problems” (Rubio, 2004, pág. 236).

The experience of being elder is, personal and socially, very determined by the expectation on its level of competence (the degree in which it can carry out with effectiveness tasks and activities that made until the present moment). Corraliza (2004) analyzes *psycho-social competence in the elder ones* understanding this one like the degree in which a person is able to have social resources, personal and, to make the decisive tasks for its social life. These tasks are classified in *comprehension tasks*, where they include the capacity to give sense to the world that surrounds to person, to suitably interpret the informative signals in the social scenes by which it runs, as well as to include/understand its rules; *exploration tasks*, related to the possibility of experiencing, of looking for and of defining expectations and experiences of future; and *transformation tasks*, that it influences and it controls the effects of the events that surround to the elder person.

Different investigations have shown that a competent life, psycho-socially speaking, it activates and supported in the social relations, plays an important role in the profit of a healthful or active aging (Otero et al., 2006; Sánchez et al., 2007), making possible the continuity of a competent and active psycho-social role from integration and participation in community activities. More specifically, the results of the study of Otero et al. (2006) made with Spanish sample confirm that the social networks protect and help to maintain the capacity successfully to make necessary daily activities for an independent life.

In the context of active aging promotes elder participation and social commitment on the part of the elder one. Thus, Fernández-Ballesteros (2005, 2008) considers four multidimensional areas for the promotion of the active aging from a psycho-social perspective: 1) styles of life (promoting the health and the physical adjustment and preventing the disability), 2) cognitive functioning (optimizing it and compensating it), 3) emotion and facing (affective development and of the personality), and 4) psycho-social functioning (maximizing the social implication). This supposes that the active aging is not reduced to the maintenance of a good health, free of disability, but that also implies the optimal maintenance of psychological and social aspects (Zamarrón, 2007).

In this line and being based on the works of Bandura they are predicting studies that indicate self efficiency like one of the fundamental ones for a competent aging. In this way, there are investigations that have demonstrated that to promote self efficiency perceived in relation to specific scopes of the health it pushes the people to imply themselves and to maintain behaviors and activities that favor the physical well-being. However, the perception of control and psycho-

social competence of elder person often are influenced negatively by the stereotypes on the aging. For that reason diverse investigations support the theory that a person with an attitude and a positive image of the aging refer high well-being (Caprara, 2009).

On the other hand, the participation in formal studies supposes for the elder people a stimulus for its personal growth (Orte, 2006). The life expectancy after the retirement is having much time, reason why these people usually are active until age's very outposts and therefore they consider the occupation of the time not only in recreational activities but in formation and recycling. One is to generate satisfactory roles in the retirement, such as the one of students of the University Programs of Elder (Sánchez and others, 2007; Triadó, 2001).

With the formation of elder people, increase the well-being and the confidence in them and is lost the social stereotype of people separated from the formation and relegated to the agreed consideration with a deficit vision of oldness (García, Marín and Troyano, 2007).

Finally, the base of this well-being and confidence in themselves are centered in a process of social integration characterized by the assimilative a social competence where the person maintains relations adapted with the others and she develops with ability in the society; by the assimilation of effective ways of regulating the motivations and attitudes of person; and by mental construction of psycho-social world, marking objective and ways of behavior, that are translated in values (Rubio, 2004).

Different variables from study it is precise to aim that, from the University Programs of Elder, appears elder like a full vital of transformations and changes person that are adapted more satisfactory to their context. In fact, the most recent researches speak of *positive aging*, according to which the elder ones continue having a series of own alterations of age, however, they are not understood like a deterioration but like opportunities for the change (Triadó, 2003). In this sense, Fierro (1994) explains the existence of possibilities to age better, with a high quality of life, for it is necessary to center to us not only in how the people age, but how they could age of more optimal form. Starting off of a successful aging that assumes the performance of significant social roles, an optimistic vision one positive self image and a suitable functional capacity, the education in the elder ones favors a better adjustment and a high vital satisfaction and improve a optimal quality levels of life (Martín and Requejo, 2005).

It is important to cause a culture of active aging by means of the design of plans, agreed and coherent programs and projects to this purpose and of thinking that it is possible to obtain by means of the learning throughout all the Life Span or what is the same, through the call life education (Hernando, 2009).

A way of long life learning is the calls University Programs for Elder, where they receive sense in the permanent education to long it of the vital stage of person, mainly when this one begins to accuse the own changes of the age (Mas, 2007). This necessary adaptation to the changes in the elder people implies a process of permanent learning, since it is learned since it is born and throughout all the life (Martín and Requejo, 2005). To have a good self-esteem and to want to know things new, suppose an inexhaustible source of motivation that orients to the elder one towards the search of new opportunities of learning (Tamer, 1993; Tamer and Yuni, 1995).

## **2. General objective and Hypotheses**

The general target that we considered in the present investigation is: to analyze the quality of life of the participant elder pupils in the University Programs of Elder from Andalusia.

The knowledge and analyses that imply previously each of the described objectives are excellent for the study of the elder people in educative contexts, mainly in the University

Programs of Elder. In addition, it facilitates the contrast or refute to us of the propose hypotheses. For it, we left from a general hypotheses:

- The pupils belong to the University Program of Elder have indicators of positive quality of personal life in base:
  - To the degree of social support that they have.
  - To the degree of psychological well-being.
  - To the degree of personal and collective self-esteem.
  - To the use of the leisure and free time.
  - To the new generational role that carries out.
  - To the psycho-social competence that they develop.

### 3. Method

People studied object was constructed from the data facilitated by the secretariats of diverse University Programs of Elder of each capitals from Andalusia. The Universal object of study consists of 4108 students and students registered in academic course 2007-2008 in the eight Andalusia capitals.

The sampling has been made following a model of Stratified Sampling Random. It is denominated of this form because the sample contains a representation of each one of the groups in which the people has divided itself (Argibay, 2009). We have considered this election appropriate because, on the one hand, it is counted on a frame of investigation sufficient to select the different units by its geographic location. This circumstance suggests a random model simple or stratified (León and Montero, 2003; Pérez, Manzano and Fazeli, 1998). On the other hand, the subjects are the sufficiently dispersed thing, so the necessity of a model that includes all the geography of Andalusian people.

In the present study it has been decided to apply a *passive observation design*, like that one in which the researchers do not take part actively in the study. Also, one will be used *cross-sectional design*, consisting of different groups from people who have different ages and who are observed at a same moment. More concretely, to use an investigation by means of *questionnaires*, with two basic characteristics: a) the behaviors do not study directly, but that it is questioned to people by them, and b) administers to a sample, to make inferences approaches of the people or universe of which it has been extracted (Botella, 2004; Botella and Gambará, 2006; Botella, León, San Martín and Barriopedro, 2001).

With respect to the questionnaire, it has chosen to take like instruments from measurement the following ones: Inventory of Social Resources in Old People (Díaz-Veiga, 1987), Personal Self-esteem Scale of Rosenberg (1965), Collective Self-esteem Scale of Luhtanen and Crocker (1992), Perception of changes produced by educative intervention Scale (Yuni, Schlossberg and Lucero, 1995), Personal Quality of Life Scale (elaborated for this research), Use of leisure and free time by elder scale (Pérez, 2002), Social Support Inventory Scale (UCLA) (Schwarzer, Dunkel-Schetter and Kemeny, 1994), Psychological Well-being Scale (Sánchez-Cánovas, 1998).

In relation to administration of the questionnaire, it responds to a study of cross-sectional type with measures to a single group of elder people and in a one time. It is because the pupils of the University Programs of Elder see increased to the probability of occurrence of diseases or vital events that can affect the results significantly.

### 4. Results

Elder Andalusia people have, in general, a very satisfactory quality level of personal life, that is translated in one better identification with its necessities, desires, they are what they like and dislike ( $\bar{X}=2,04$ ); they declare to live and enjoy themselves in more integrating atmospheres ( $\bar{X}=2,08$ ), reflecting its cultural preferences in its own style of life ( $\bar{X}=1,80$ ). When feeling better themselves ( $\bar{X}=2,02$ ) and when enjoying the best possible health ( $\bar{X}=1,91$ ), the elder pupils are considered more independent and productive in the classrooms which they attend ( $\bar{X}=2,06$ ), reaching the objectives that set out ( $\bar{X}=1,98$ ). Socially speaking, the subjects agree in expressing the exercise of their rights and responsibilities of more effective form ( $\bar{X}=2,01$ ), as well as they feel with dignity and respect ( $\bar{X}=1,87$ ). The elder ones tend to be in agreement in affirming that they count on more support and helps in their relatives, neighbors and friendships ( $\bar{X}=2,35$ ); feeling more comfortable in the surroundings where they live ( $\bar{X}=2,11$ ), which is translated in a situation of more stable life ( $\bar{X}=2,21$ ). In general, they agree in which are satisfied with the life which they take ( $\bar{X}=1,78$ ).

In relation to the results according to the hypotheses, we have to emphasize the fact that, to be able to undertake the different statistical analyses, we have recoded each one of the values of different variables in other variables. For it, the values of those variables have been reversed that have a negative sense in relation to the quality of life of the elder ones, so that, we have made the calculation of the different variables that define each dimension of the present study.

In relation to the satisfaction of the received social support with the psychological well-being of the elder ones, although the correlation is not significant ( $-0.14$ ), is necessary to emphasize that it is negative, of way that, the people who say to have a high degree of psychological well-being, is not pronounced about the degree of satisfaction with respect to the support which they receive. On the contrary it happens with the quality of life, that it positively correlates not significantly and with the satisfaction of the received support, defining to the elder ones than they are satisfied with the social support and that in addition they consider to have one better personal quality of life.

Secondly, elder people who are attended at the University Programs show to negative relation between the frequency in the reception of advice and information and the degree of psychological well-being, thus to high frequency in the support reception smaller degree of psychological well-being ( $r=-,014$  and  $P<0,01$ ). There is a positive relation stays is between the frequency of received supports and the quality of life of elder, so that to high frequency in the reception of advice and information by the people who surround them, it is high the degree of quality of personal life that shows ( $r=,005$  and  $P<0,01$ ).

Thirdly, the correlation obtained between the advice necessity or information perceived by the elder person and their degree of psychological well-being is negative ( $r=-,014$  and  $P<0,01$ ). According to these data, while the necessity to receive support is high the degree of psychological well-being that the elder person shows is less. On the contrary it happens with personal quality of life, since to high frequency in the necessity of advice or information during the three last months, it is high the degree of personal quality of life ( $r=,005$  and  $P<0,01$ ).

A third and last group of hypothesis that answers the specific hypothesis referring to social support of elder ones make reference quantitative aspects. By a side, one considers that a positive correlation between the frequency of contacts of the elder ones exists and the satisfaction with the received support. Thus, a positive and significant correlation occurs to a level 0.01 ( $r=,215$  and  $P<0,01$ ), so that the elder ones than say to have elder frequency of contacts with their couple, children, relatives and/or friends; they as well consider to feel more satisfied with the received supports. Also, a positive correlation occurs and significant at the level of the 0.05 ( $r=,094$  and  $P<0,05$ ), meaning that while more frequent and diverse are the

activities of leisure and free time (to read, to watch, to take a walk, to go to concerts, to make excursions, etc.) made on the part of the elder ones, more frequent are the received supports, and therefore more satisfied they consider to be with that.

The second block of specific hypotheses is relative to questions of Psychological Well-being of the elder people than studies at the University Programs of Elder of Andalusia. In this case, it is extracted like result that they say to have a high degree of psychological well-being, as well; they enjoy a high quality of personal life. In addition, the elder ones declare to have high psychological well-being, also they make diverse and most frequently different activities leisure and free time.

The third block of specific hypotheses talks about to the Self-esteem of the elder ones, where they enjoy one better personal and collective self-esteem, also they are going to receive more frequent social supports. Also, they have a high degree of self-esteem, and say to have it in relation to the state of psychological well-being that enjoys.

The last two specific hypotheses are related to the use of leisure and free time of older people studying in the University Programs for the Elderly in Spain. First, it suggests that there is a positive correlation between the use of leisure and changes related to the role of generations. This has made bilateral Pearson correlation, which shows a significant positive correlation at 0.05 level ( $r = ,084$  and  $P < 0.05$ ). According to this result, the older generation show play a role different from part of the university program, they also say leisure activities and free time more diverse. Secondly, it is considered that a positive correlation between the use of leisure and free time and the changes related to psychosocial competence. This has made bilateral Pearson correlation, giving a positive and significant correlation at 0.01 level ( $r = ,361$  and  $P < 0.01$ ). According to this result, the adults who affirm develop psychosocial competencies derived from the educational intervention involving the university program is due in part to the realization of more frequent and more diverse leisure activities and leisure.

After analyzing data from older people belonging to the Andalusian University Programs based on the analysis of demographic data, general descriptive statistics and correlations to respond to verification or refutation of each of the specific hypotheses, we analyze the general hypothesis presented in this study. Thus, referring to the general hypothesis that students belonging to the University Program has Major indicators of positive personal quality of life from the psychological point of view related to the degree of social support they have, psychological wellness, personal self-esteem and collective use of leisure, the new role played by generational, and psychosocial competence they develop. This hypothesis is proved in general terms, considering that all the specific hypotheses have been tested, with the exception of that satisfaction with social support received from the older person in relation to psychological well-being and quality of life that has been refuted. Focusing on the results of bilateral significance of the correlations tested, can be tested the general hypothesis raised. Thus, in relation to social support and psychological well-being is a bilateral significance, 731, and the quality of life, 906. This significance is small relative to the quantitative aspects of social support ( $,002$  and  $014$  on leisure and free time). Nor is the significance of bilateral high psychological well-being and quality of personal life ( $,000$ ) and the first with leisure ( $,003$ ) as is the case with the degree of significance between self-esteem and frequency of support ( $,021$ ), and self-esteem and psychological well being ( $,031$ ). The relationship between leisure and free time with the role of generational and psychosocial competence is higher, ranging between 875 and 693 respectively.

Finally, in order to finish making *psycho-social profile of the elder ones* it has been come to synthesize the variables studied on quality of life. A factorization has been made, using like extraction method the analysis of main components. According to obtained results, the factors that determine the psycho-social profile of the elder pupils those studies in the University Programs of Elder are:

a) *Factor 1*, that it includes/understands the variables of personal quality of life (.911), changes produced by the educative intervention (.892) and use of the leisure and free time (.815).

b) *Factor 2*, that it includes the variables of psychological well-being (.785) and self-esteem (personal and collective) (.620).

c) *Factor 3*, that it groups the variables referred to the social support (.812) and to the social resources (.577).

According to the data that precede, the psycho-social profile prioritizes three factors fundamentally, being the one of high weight the factor 1 that relates aspects of the quality of life of the elder one to the changes than they take place, consequence of the educative intervention and the optimization of use of the leisure and free time activities. The second factor that defines the psycho-social profile is related to the aspects of psychological well-being, understanding that to enjoy a high level of self-esteem is inherent to the benefit of good psychological well-being. And thirdly, the profile is defined as much by the social resources that elder person has, from the point of view of the frequency in its reception, like from the satisfaction and the perception of necessity on the same one.

## 5. Discussion

In this section it will begin analyzing the results of this investigation in relation with some of the theories that have studied each one of the variables. We centered our discussion in context of the theory of the Life Span and basically with successful aging (Baltes and Baltes, 1990; Rowe and Kahn, 1997). The primary target of study that is to analyze elder pupils' *quality of life* participant in the University Programs for Seniors from Andalusia. It will be verifying to what extent is stated or refuted each one of the propose hypotheses of study. It will finish with a series of conclusions and emphasizing those that constitute the most important limitations of this work.

We have verified as pupils affirm to feel satisfied with the life that take and, in general, consider them more independent and productive, more stable and safe of themselves, enjoying the best possible health. In the line of the selection strategies, optimization and compensation that model SOC proposes, the elder pupils are able to identify better its necessities, which pleases to them and it dislikes to them, they feel more integrated socially and they count on high social resources, to the time which they develop new more healthful habits. Thus, the elder person uses strategies of accommodative type to adapt to new situations, being decreased the perception of the situational restrictions or insufficient personal resources to cover the valued necessities (Tones and Pillay, 2007).

The results obtained on quality of life correspond with the obtained ones by Navarro, Meléndez and Tomás (2008) that emphasize that elder ones than show one better functional valuation, they have high personal satisfaction and have competent at time of choosing contexts based on their necessities and personal values. Therefore, elder people continue being competent and effective resulting in a high quality of life (Alaphilippe, 2008; Collins and Smyer, 2005).

Of this way, it is verified the general hypothesis referring to that the elder pupils have indicators of positive personal quality of life, taking care of also the required conditions to enjoy a successful aging based on the development and maintenance of a suitable psychological, biological and social functioning (Fernández-Ballesteros, 2009).

In relation with the specific objectives we set out to know *social support* of the pupils. The most significant results in relation to this variable are centered in which the elder ones than show one better quality of life, receive more social support, they show a high necessity of advice or information, and in addition have more frequent familiar and social encounter and make

more activities of leisure and free time. Everything results in a high satisfaction with the social support and one better quality of life. These results can be fitted within the model of social support proposed by Arias (2009), whose main postulate is based on which the active participation of the elder people in the social spaces, along with familiar and communitarian integration increase the quality of life and the well-being. From this model one works with the resources and the potentialities of the person to obtain changes from its active implication at personal and social level.

The third specific objective rises to analyze the state of *psychological well-being* of the pupils. This study emphasizes the fact that pupils who also enjoy well-being show a good quality of life, besides to make frequent and diverse activities of leisure and free time. These results guarantee the postulates of the theory of bond, since the elder person presents a more adaptive behavior and a suitable level of well-being, committing themselves in similar social activities to which it can have made in previous stages (Yuni and Urbano, 2008). Also, we could consider that, within explanatory model of the well-being that explains García (2002a), from the perspective down-top, the elder ones studied consider to enjoy psychological well-being when seeing satisfied certain deficiencies or necessities (derived from stress vital events like the retirement or the widowhood), according to describe to the theories finalists and humanists.

The fourth specific objective analyzes *personal and collective self-esteem (global self-esteem)* of elder pupils from the educative intervention of the PUM. The most remarkable results make reference to that the elder ones than consider to have a better personal and collective self-esteem, by a side, receive more frequent social supports and, by another one, they show a better psychological well-being. The self-esteem showed by the studied people can be contextualized from one of the postulates of the theory of the Social Identity, according to which the people are motivated to maintain and to project themselves coherent and positive, who obtain it through the social groups to which they belong (Pérez and Smith, 2008). Also, from the theory of the Autocategorización of I (Rodríguez, Betancor, Rodríguez, Quiles, Delgado and Coello, 2005) elder pupils would include themselves in the level subordinated, based on the differences between each person and the rest of the classmates of the classroom. This way, to the light of the results we verified that the self-esteem of the elder people does not decrease with the age, which allows them to adapt of more satisfactory form and with success to the process to age (Fragoieiro, Pestana and Paul, 2007; Rojo, Toronjo, Rodríguez and Rodríguez, 2006). The elder person shows an opened pattern the life at the time of confronting the oldness, being believed valuable and able, feeling well with self and the others. Possessing of a positive self-esteem, it perceives the situations like learning opportunities (Reig, 2004).

In fifth place, it analyzes the use of *leisure and the free time* by old people. In general, they make activities of leisure and free time related to own tasks of the formation that receives (to go to conferences, to read, etc.), in addition to other activities that are derived from the attendance to the classrooms like taking a walk, to go to museums, to attend shows, to make some sport, etc. These data agree in general with obtained by Zabalegui et al. (2006) and Díaz (2009). From the active aging, the elder people have to stay assets mentally corporate and, participating in recreational, cultural, social and educative activities, thus improving their quality of life (Zamarrón, 2007). This model of active aging points the importance of the social relations, the social competence, the participation and the productivity of the elder one (Argyle, 2001). Attending the university classrooms equips with meaning the free time and the life of the elder people, since based on how they occupy their free time they are going to obtain benefits in his well-being, its vital satisfaction and its life expectative, besides to produce good effects on the quality of life (Barrio, Sancho, Pérez and Abellán, 2009; Kira, Birditt, Jackey and Antonucci, 2009; Martín and Requejo, 2005).

In sixth place, it describes the change of *generational role*. This objective part of the idea that participating in a formative action implies changes in elder person. In fact, in the investigation they emphasize the affirmations referred to the best understanding of young people, to more tolerant attitudes and the best acceptance of changes of the age, or the discovery of new personal facets that more independent insurances and in taking of decisions make them feel. Also, the Andalusia's elder reflect changes in their generational role in relation to the optimization of their activities of leisure and free time, through the modification or accomplishment of other new ones, they emphasize to help to his children or grandsons in things that before could not. The new generational role that defines the perspective of elder one explained by Corraliza (2004) and reaffirmed by Lorenzo and Castejón (2009) and Ronald, Jacqueline and Terrence (2009) like deposit taker of experiences, deserving of respect and with certain influence on the others. From this vision positive aspects of the aging experience are reinforced. The author defends that all elder people are not anchored in the past, and who the roles go from the confidence, the autonomy and the initiative to the distrust, the dependency and the passivity. The results obtained show that the role spills more towards autonomy attitudes, initiative, sufficiency, opening and productivity.

The last proposed objective tries to describe the degree of *psycho-social competence* that has the elder pupils. In general, the elder ones show psycho-social competence the discovered that they can learn and that they can be useful since they are pupils of the Program, feeling more insurances in front of the changes of incorporation and technological. They are perceived like healthful people, integrated in complex and changing a society, and who have made new friendships that enrich their lives. The pupils also feel like competent when feeling with high vitality and desire to live, discovering that they can make things and that they increase their own well-being. In addition they have a more positive image of themselves, which allows them to express with high facility which feels. The elder people participate in community activities and they feel integrated, assuming a competent psycho-social role that plays a fundamental role in the attainment of a healthful or active aging (Otero et al., 2006; Sánchez et al., 2007). In the base of the healthful or successful aging it is the perception of a positive image on the part of the person elder that it results in a high well-being and one better competence (Caprara, 2009).

In order to conclude we will comment some important contributions of study, at time that some limitations that there are to consider at the time of interpreting the results. We will finalize with the proposal of some future perspective.

One of the main contributions that offer the present investigation is in the description and analysis of the main psycho-social variables that influence of determining way in the quality of life of people who attend the University Program of Elder. And it is that, as affirms Orte in 2006, the sprouting of these programs in Spain from the Nineties tries to more satisfy the formatives necessities with the people of than fifty years, being facilitated the possibility of improving their quality of life and to give answer to an increasing necessity of formation in the superior level. This way, our study combines the study of the quality of life in elder people with the university formative context. Also, it has been tried to respond to which Valera (1996) praised in whatever to the predominantly psycho-social use at the time of studying the quality of life, from the subjective perspective of the experience, taking care of the degree of satisfaction that people have, to the perception of its problems and their necessities.

Finally, our data confirm the importance of the quality of life in elder people, mainly in educative contexts to which they have not had access in previous stages of their lives. In addition, they reflect the importance of fomenting the personal and social resources of elder ones through cultural and scientific activities that it makes possible to respond to them to the new demands that present society requires. The profit of these objectives optimizes not only its social integration, but that facilitates the possibility of perceiving themselves like socio cultural

dynamics. Thus, if we considered the improvements experienced by elder and their psycho-social development is easy to think about the necessity to foment educative activities and that the political organisms worry to increase their progressive implantation and development. Also, we considered fundamental to deepen in the perception of the quality of life can be considered in the planning of educative interventions that optimize still more if it fits its quality of life and its satisfaction with the agreed life with a process of successful aging. In this sense, basing to us on the factorization extracted by means of matrix of rotated components, our investigation contributes a new psycho-social to approach the analysis of the quality of life in relation to other variables.

---

## **Referencias Bibliográficas**



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Acevedo, J. (2010). *A cross-cultural study of leisure among Mexicans in the state of Guerrero, Mexico and Mexican immigrants from Guerrero in the United States*. Dissertations and Theses from the University of Illinois at Urbana-Champaign. Recuperado el 10 de febrero de 2010 de <http://hdl.handle.net/2142/14630>
- Acosta, C.O. & González-Celis, A.L.M. (2009). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud, 19* (2), 289-293.
- Acuña, M.R. & Hernández-Pozo, M.R. (2009). Reflexiones sobre la investigación actual de redes de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health and Social Issues, 1* (1), 69-79.
- Aguado, A.L. & Alcedo, M.A. (2004). Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Psicothema, 16* (2), 261-269.
- Aguado, A.L. & Alcedo, M.A. (2005). Una visión psicosocial del envejecimiento de las personas con lesión medular. *Intervención Psicosocial, 14* (1), 51-63.
- Aguado, A.L., Alcedo, M.A., Rueda, B., González, M. & Real S. (2008). La evaluación e intervención de personas mayores en situación de dependencia. En R. Fernández Ballesteros (Coord.), *Psicología de la vejez: una psicogerontología aplicada* (pp. 215-247). Madrid: Síntesis.
- Aguerre, C. & Bouffard, L. (2008). Envejecimiento Exitoso: teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria, 22* (2), 1146-1162.
- Águila, C., Sicilia, A., Rojas, A.J., Delgado-Noguera, M.A. & Gard, M. (2008). Postmodern Values and Leisure in Young Spanish University Students: An Exploratory Study. *Leisure Sciences, 30*, 275-292.
- Aguilera, M. (2005). *Las nuevas proyecciones de población*. Recuperado el 23 de septiembre de 2008 de <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/22677/Maguilera.pdf>
- Aiken, L.R. (2001). *Aging and later life: Growing old in modern society*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Alaphilippe, D. (2008). Self-esteem in the elderly. *Psychologie & Neuropsychiatrie Vieil, 6* (3), 167-176.
- Alcedo, M.A., Aguado, A.L., Arias, B., González, M. & Rozada, C. (2008). Escala de Calidad de Vida (ECV) para personas con discapacidad que envejecen. *Intervención Psicosocial, 17*, 2, pp. 153-167.
- Alcedo, M.A., Aguado, A.L., Arias, B., González, M. & Rozada, C. (2009). The Quality of Life Questionnaire (QLQ) for older persons with disability: a preliminary study. *Psychology in Spain, 13*, 25-32.
- Alley, D.E., Putney, N.M., Rice, M., & Bengtson, V.L. (2010). The increasing use of theory in social gerontology: 1990-2004. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 65B* (5), 583-590.
- Alonso, J. & Román, J.M. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema, 17* (1), 76-82.
- Alustiza, A. (2006). Población con discapacidad y respuesta asistencial en los hogares de la CAE. *Abendua, 40*, 79-91.
- Amador, L. y Moreno, P.A. (2006). Envejecimiento y calidad de vida en los Programas Universitarios. Mayores en la universidad: derecho, necesidad, satisfacción. *Revista digital, 200*-208.
- Angel, R.J., Angel, J.L. & Hill, T.D. (2009). Subjective Control and Health Among Mexican-Origin Elders in Mexico and the United States: Structural Considerations in Comparative Research. *Journal of Gerontology: Serie B: Psychological Science and Social Sciences, 64B*, 390-401.

- Antelo, M. (2005). Calidad de Vida percibida por las personas mayores de un programa de formación universitario gerontológico. *Revista Galega de Ensino*, 13 (47), 1255-1263.
- Añaños, F.T. & Bedmar, M. (2008). Los amigos: espacio educativo, implicaciones y poder. *Revista de Investigación Educativa*, 26 (2), 371-384.
- Arandia, M., Alonso, M. & Martínez, I. (2010). La metodología dialógica en las aulas universitarias. *Revista de Educación*, 352, 309-329.
- Arco, L. & Du Toit, E. (2006). Effects of Adding On-the-Job Feedback to Conventional Analog Staff Training in a Nursing Home. *Behavior Modification*, 30 (5), 713-735.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164.
- Argibay, J.C. (2009). Muestra en investigación cuantitativa. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 13-29.
- Argyle, M. (1993). Psicología y calidad de vida. *Intervención Psicosocial*, 6, 5-15.
- Argyle, M. (1996). *The social psychology of leisure*. Nueva York: Penguin Books.
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. New York: Taylor & Francis.
- Arias, A. & Barrón, A. (2008). El apoyo social en la predicción a corto y medio plazo de la permanencia del voluntariado socioasistencial. *Psicothema*, 20 (1), 97-103.
- Arias, C. & Soliveres, C. (2009). Bienestar psicológico y redes sociales. En R. Iacub (Comp). *Desafíos y Logros Frente al Bien-estar en el Envejecimiento*. Buenos Aires: Eudeba.
- Arias, C., Castañeiras, C. & Posada, M.C. (2009). ¿Las Fortalezas Personales se Incrementan en la Vejez? Reflexiones acerca del Capital Psíquico. En R. Iacub (Comp). *Desafíos y Logros Frente al Bien-estar en el Envejecimiento*. Buenos Aires: Eudeba.
- Arias, C.J. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, 1 (1), 147-158.
- Arias, C.J. & Polizzi, L. (2010). La red de apoyo social en la vejez. Pérdidas e incorporación de nuevos vínculos. *Actas del 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010*, 1-9.
- Arias, K. (2007). La vejez como deterioro, una categoría de opresión social: resituando a los adultos mayores. *Revista Perspectivas*, 18, 159-171.
- Arnay, J. (2006). Las necesidades socioeducativas de las personas mayores en la sociedad actual. En C. Orte (Coord.), *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores*, (135-174). Madrid: Dykinson, S.L.
- Arnold, B. & Costa, J. (1996). A new vision of the third age, or the individual and society as a result of learning possibilities for older adults. Continuing scientific education in Europe. *International Journal of Third Age Learning International Studies*, 6, 105-117.
- Arranz, E., Yenes, F., Olabarrieta, F. & Martín, J. (2001). Relaciones entre hermanos/as y desarrollo psicológico en escolares. *Infancia y Aprendizaje*, 24, 361-377.
- Arranz, P. & Coca, C. (2006). Desarrollo personal. En M.L. Sarrate (Coord.), *Atención a las personas mayores. Intervención práctica* (pp. 125-157). Madrid: Editorial Universitas, S.A.
- Arrieta, C. & Espinosa, J. (2005). *El boom de los abuelitos. Una investigación sobre la imagen que los mayores tienen de sí mismos y de la vejez*. Recuperado el 4 de abril de 2009 de <http://www.enplenitud.com/nota.asp?articuloID=3190>
- Artinger, L., Clapham, L., Hunt, C., Meigs, M., Milord, N., Sampson, B. & Forrester, S.A. (2006). The Social Benefits of Intramural Sports. *NASPA Journal*, 43 (1), 69-86.
- Atchley, R. C. (1999). *Continuity and Adaptation in Aging*. Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.
- Aymerich, M., Planes, M. & Gras, M.E. (2010). Afectación de los niveles de satisfacción y duración del proceso adaptativo. *Anales de Psicología*, 26 (1), 80-88.

- Azevedo, A.L. (2001). *Velhice e seus processos sócio-históricos*. Lisboa: Argumento.
- Aznar, M.P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, (3), 397-401.
- Badia, M. & Longo, E. (2009). El ocio en las personas con discapacidad intelectual: participación y calidad de vida a través de las actividades de ocio. *Siglo Cero*, 40 (231), 30-44.
- Ballesteros, B.P., Medina, A. & Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica Bogotá (Colombia)*, 5 (2), 239-258.
- Baltes, P.B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P.B. (1999). Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 433-448.
- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. En P.B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 397-433). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B. & Freund, A.M. (2002). The intermarriage of wisdom and selective optimization with compensation (SOC): two meta—heuristics guiding the conduct of life. En C.L.M. Keyes (Ed.), *Flourishing: the positive person and the good life*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Baltes, P.B. & Freund, A.M. (2007) El potencial humano como orquestación de la sabiduría y la optimización selectiva con compensaciones. En L.G. Aspinwall, & U.M. Staudinger, (Eds.), *Psicología del Potencial Humano. Cuestiones fundamentales y normas para una Psicología Positiva* (p. 45- 62). Barcelona: Gedisa.
- Baltes, P.B., Lindenberger, U. & Staudinger, U.M. (2006). Lifespan theory in developmental psychology. En R.M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology*, (6<sup>th</sup> ed., vol.1). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bárcena, C., Iglesias, J.A., Galán, M.I. & Abella, V. (2009). Dependencia y edadismo. Implicaciones para el cuidado. *Revista Enfermería CyL*, 1 (1), 46-52.
- Barriga, S. (2005). Psicología comunitaria, calidad de vida y bienestar. *Encuentros en Psicología Social*, 3 (1), 196-203.
- Barrio E. del, Sancho, M.T., Pérez, L. & Abellán, A. (2009). Vida cotidiana, actitudes, valores y emociones en la vejez. En R. Díaz (Coord.), *Informe 2008. Las personas mayores en España* (pp. 269-330). Madrid: IMSERSO.
- Barrio, E. del (2007, Marzo). Uso del tiempo entre las personas mayores. *Perfiles y tendencias*, 27. Recuperado 24 de agosto de 2008 de <http://www.seg-social.es/imserso/masinfo/boletinopm27.pdf>
- Barrón, A. (1993). Modelos teóricos del apoyo social. En M.F. Martínez (Comp.), *Psicología Comunitaria* (pp.137-152). Madrid: Eudema.
- Barrón, A. (1996). Aspectos conceptuales del Apoyo Social. En A. Barrón (Dir.), *Apoyo Social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España Eds. S.A.
- Barrón, A. (2004). Estrés, apoyo social y trastornos cardiovasculares. *Jano*, 68 (1536), 93-94.
- Barrón, A. & Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7 (1), 53-59.
- Barrón, A., & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13, 17-23.

- Bauman, E.M. (2009). Social support and loss of resources as predictors of mental health and quality of life in battered women over time. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 69 (7B), 4409.
- Belando, M. (2008). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. *Comunicación e Ciudadanía*, 2, 127-144.
- Bergland, A., Thorsen, K. & Loland, N.W. (2010). The relationship between coping, self-esteem and health on outdoor walking ability among older adults in Norway. *Ageing & Society*, 30 (6), 949-963.
- Berjano, E. (2005). Dependencia y calidad de vida en las personas mayores. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15 (3), 144-154.
- Berjano, E., Ariño, A. & Llopis, R. (2004). *La dependencia en la Comunidad Valenciana. Aspectos psicosociales*. Universitat de València. Consellería de Bienestar Social.
- Berkman, L. & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. En L. Berkman (Edit.), *Social Epidemiology* (pp. 137-173). New York: Oxford University Press.
- Besser, A. & Priel, B. (2007). Perceived Social Support, Malevolent Maternal Representations, and Older Adults' Depressed Mood. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26 (6), 728-750.
- Bilsen, P.M.A., Hamers, J.P.H., Don, A.A.M., Groot, W. & Spreeuwenberg, C. (2010). The use of social services by community-dwelling older persons who are at risk of institutionalization: a survey. *European Journal of Ageing*, 7 (2), 101-109.
- Birditt, K.S., Jackey, L.M.H. & Antonucci, T.C. (2009). Longitudinal Patterns of Negative Relationship Quality Across Adulthood. *Journal of Gerontology: Serie B: Psychological Science and Social Sciences*, 64B (1), 55-64.
- Birren, J.E. & Schaie, K.W. (2001). *Handbook of the psychology of aging* (5th ed). San Diego, CA: Academic Press.
- Blanco, A. (1985). La Calidad de Vida: Supuestos Psicosociales. En J.F. Morales, A. Blanco, C. Huici & J.M. Fernández (1985), *Psicología Social Aplicada*, (159-182). Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Blanco, A. & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17 (4), 582-589.
- Bódalo, E. (2003). Aproximación sociológica a las necesidades y al consumo de los mayores. *Reis*, 103 (03), 83-111.
- Bódalo, E. (2004). Envejecimiento y Discapacidad: Una aproximación al caso español desde la perspectiva del bienestar social. *Alternativas*, 139-151.
- Botella, J. (2004). Metodología de investigación en Gerontología. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social*, (pp. 329-353). Madrid: Psicología Pirámide.
- Botella, J. & Gambará, H. (2006). Doing and reporting a meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (2), 425-440.
- Botella, J., León, O.G., San Martín, R. & Barriopedro, M.I. (2001). *Análisis de Datos en Psicología I. Teoría y ejercicios*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Boucher, N., Dumas, F., Maltais, D.B. & Richards, C.L. (2010). The influence of selected personal and environmental factors on leisure activities in adults with cerebral palsy. *Disability & Rehabilitation*, 1-11.
- Boulton-Lewis, G.M. (2010). Education and Learning for the Elderly: Why, How, What. *Educational Gerontology*, 36 (3), 213-228.
- Bowling, A. (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and review of the evidence. *Family Practice*, 68, 1-8.
- Bowling, A., Seetai, S., Morris, R. & Ebrahim, S. (2007). Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age and Ageing*, 36, 310-315.

- Bowman, N., Brandenberger, J., Lapsley, D., Hill, P. & Quaranto, J. (2010). Serving in College, Flourishing in Adulthood: Does Community Engagement During the College Years Predict Adult Well-Being?. *Applied Psychology: Health And Well-Being*, 2 (1), 14-34.
- Bragado, C., Hernández, M.J., Sánchez, M.L. & Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. *Psicothema*, 20 (3), 413-419.
- Brändtstädter, J., Wentura, D. & Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: outlines of a emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 323-349.
- Braz, C.A. & Oliveira, J.C. (2007). Ócio, lazer e tempo livre na sociedade do consumo e do trabalho. *Revista de Mal-Estar e Subjetividade-Fortaleza*, 7 (2), 479-500.
- Brown, C.A., Mcguire, F.A. & Voelkl, J. (2008). The Link between Successful Aging and Serious Leisure. *The International Journal of Aging and Human Development*, 66 (1), 73-95.
- Brown, I., Keith, K.D. & Schalock, R.L. (2004). Quality of life conceptualization, measurement, and application: Validation of the SIRG-QOL consumer principles. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48 (4 y 5), 451.
- Brown, R.J. (1995). *Prejudice in Social Psychology*. Oxford: Blackwell.
- Brown, R.J. & Capozza, D. (2006). *Social Identity. Motivacional, emotional and cultural influences*. Nueva York: Psychologie Press.
- Brown, R.J. & Gaertner, S.L. (2001). *Blackwell Handbook of Social Psychology: Intergroup processes*. Oxford: Blackwell.
- Bullier, E. (1993). Etude comparée des Universités Populaires en France. *International Journal of Third Age Learning International Studies*, 3, 11-28.
- Buz, J. & Bueno, B. (2006). Las relaciones intergeneracionales. *Informes Portal Mayores*, 66. Madrid: Portal de Mayores, Lecciones de Gerontología.
- Cabral, F. (2007). As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa. En A. Requejo y F. Cabral, *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos.
- Calso, L.J., Villanueva, M., Flores, E., Pérez, P.J., Fernández, L. & Velázquez, M. (2002). Estudio comparativo de la calidad de vida en personas mayores de las ciudades de Iquitos (Perú) y Sevilla (España). *Revista de Enfermería*, 15. Recuperado el 3 de septiembre de 2010 de <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/IQUITOS.htm>
- Calvo, F. & Díaz, M.D. (2004). Apoyo social percibido: características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica. *Psicothema*, 16 (4), 570-575.
- Canon, O.E., Peláez, M.P. & Norena, N.M. (2005). Reflexiones sobre el socioconstruccionismo en psicología. *Diversitas*, 1 (2), 238-245.
- Canto, J.M. & Moral, F. (2005). El sí mismo desde la teoría de la Identidad Social. *Escritos de Psicología*, 7, 59-70.
- Caprara, M. (2009). La promoción del envejecimiento activo. En R. Fernández-Ballesteros (2009) (Dir.), *Psicología de la Vejez. Una Psicogerontología Aplicada* (pp. 337-361). Madrid: Psicología Pirámide.
- Caqueo, A. & Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20 (4), 577-582.
- Carbonero, M.Á. & Lucas, S. (1999). Desarrollo del autoconcepto y autoeficacia a través de un programa de orientación en Educación Secundaria. *Revista de Psicodidáctica*, 8, 89-100.
- Cardenal, V. & Fierro, A. (2003). Componentes y correlatos del autoconcepto en la escala de Piers-Harris. *Estudios de Psicología*, 24, 101-111.
- Cardona, D. & Agudelo, H.B. (2005). Cultural construction of the concept of quality of life. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23 (1), 79-90.

- Carrasco, M., Martínez, G., Foradori, A., Hoyl, T., Valenzuela, E., Quiroga, T., Gac, H., Ihle, S. & Marín, P.P. (2010). Identificación y caracterización del adulto mayor saludable. *Revista Médica de Chile*, 138, 1077-1083.
- Carrobbles, J.A., Remor, E. & Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15 (3), 420-426.
- Carstensen, L.L. (2006). The Influence of a Sense of Time on Human Development. *Science*, 312 (5782), 1913.
- Casado, J.M., González, N., Moraleda, S. & Orrueta, R. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Atención Primaria*, 28 (3), 167-173.
- Casas, F. (1996). *Bienestar social. Una introducción psicosociológica*. Barcelona: PPU.
- Casas, F. (1999). Calidad de vida y calidad humana. *Papeles del Psicólogo*, 74, 1-9.
- Castañeda, P., Sánchez, D., Sánchez, A. & Blanc, S. (2004). Cómo perciben los nietos adultos las relaciones con sus abuelos. *Anuario de Psicología*, 35 (1), 107-123.
- Castellón, A. & Romero, V. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (3), 188-192.
- Castellón, A. & Romero, V. (2004). Autopercepción de la Calidad de Vida. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14 (3), 131-137.
- Castro, A. (2009). El Bienestar Psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 66, 43-72.
- Castroviejo, A. (2006). Proyecto Dulcinea. Rehabilitación psicosocial en ocio y tiempo libre con personas afectadas de esquizofrenia. *Indivisa, Boletín de Estudios de Investigación*, 7, 137-150.
- Cava, M.J. & Musitu, G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10 (4), 215-221.
- Cava, M.J., Musitu, G. & Murgui, S. (2006). Familia y violencia escolar: el rol mediador de la autoestima y la actitud hacia la autoridad institucional. *Psicothema*, 18 (3), 367-373.
- Ceada, M.J., Rojas, M.J. & Rodríguez, J.B. (2008). Nivel de dependencia y percepción de salud tras la valoración enfermera. *Gerokomos*, 19 (4), 25-31.
- Chalise, H.N., Saito, T., Takahashi, M. & Kai, I. (2007). Relationship specialization amongst sources and receivers of social support and its correlations with loneliness and subjective well-being: A cross sectional study of Nepalese older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44 (3), 299-314.
- Chambel, M.J. & Curren, L. (2005). Stress in Academic Life: Work Characteristics as Predictors of Student Well-being and Performance. *Applied psychology: An International Review*, 54 (1), 135-147.
- Charters, J., & Murray, S.B. (2006). Design and Evaluation of a Leisure Education Program for Caregivers of Institutionalized Care. *Recipients Topics in Geriatric Rehabilitation*, 22 (4), 334-347.
- Chiesa, R. & Sarchielli, G. (2008). Prepararse para la jubilación: el papel del apoyo social en la gestión de la ansiedad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24 (3), 365-388.
- Chirosa, L.J., Chirosa, I.J., & Padial, P. (2000). La actividad física en la Tercera Edad. *Revista Digital*, 5 (18), 1-2.
- Choia, K.B., Jangb, S.H., Leea, M.L. & Kima, K.H. (2010). Sexual life and self-esteem in married elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, doi:10.1016/j.archger.2010.08.011
- Chou, Y., Lee, Y., Lin, L., Chang, A. & Huang, W. (2008). Social services utilization by adults with intellectual disabilities and their families. *Social Science & Medicine*, 66 (12), 2474-2485.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Coll, C., Ponce, A. & Vega, B. (1998). *Ocio y personas con retraso mental*. Madrid: CCS.

- Collins, A.L. & Smyer, M.A. (2005). The resilience of self-esteem in late adulthood. *Journal of Aging and Health, 17* (4), 471-489.
- Collins, A.L. & Smyer, M.A. (2006). Evolving Trends in Long-Term Care: The Ecology of Selective Optimization with Compensation. En L. Hyer & R.C. Intrieri (Eds.), *Geropsychological interventions in long term care* (pp. 37-62). New-York: Springer Pub.
- Collins, S.M. (2004). Attachment, social support and loneliness in later life. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences, 64* (9A), 3428.
- Contel, J.C. (2009). La atención a personas en situación de dependencia: aportaciones de la evidencia en la construcción de un modelo de atención compartida. *Index de Enfermería, 18* (3), 176-179.
- Converso, M.E. & Iartelli, I. (2007). Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 56* (4), 267-272.
- Cornwell, B., Laumann, E.O. & Schumm, L.P. (2008). The Social Connectedness of Older Adults: A National Profile. *American Sociological Review, 73* (2), 185-203.
- Corraliza, J.A. (2004). Vejez y sociedad: dimensiones psicosociales. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 229-239). Madrid: Pirámide.
- Corraliza, J.A., Martín, R. & Berenguer, J. (2007). Preocupación ambiental y bienestar humano. *Revista de psicología social, 22* (3), 211-218.
- Cottrell, C.A. & Neuberg, S.L. (2005). Different Emotional Reactions to Different Groups: A Sociofunctional Threat-Based Approach to "Prejudice". *Journal of Personality and Social Psychology, 88* (5), 770-789.
- Coups, E.J., Park, B.J., Feinstein, M.B., Steingart, R.M., Egleston, B.L., Wilson, D.J. & Ostroff, J.S. (2009). Physical Activity among Lung Cancer Survivors: Changes across the Cancer Trajectory and Associations with Quality of Life. *Cancer Epidemiology Biomarkers Preview, 18*, 664-672.
- Cowgill, D.O. & Holmes, L.D. (1972). *Aging and Modernization*. Nueva York: Appleton Century-Crofts.
- Crocker, J., Moeller, S. & Burson, A. (2010). Implications for Self-Regulation. En R.H. Holey (ed.), *Handbook of Personality and Self-Regulation* (pp. 403-446). UK: Wiley-Blackwell.
- Cuenca, Á. (2008). Calidad de vida en la tercera edad. *Cuadernos de Bioética, XIX* (66, 2ª), 271-291.
- Cuenca, M. (2009). Más allá del trabajo: el ocio de los jubilados. *Revista de Mal-Estar e Subjetividade-Fortaleza, 9* (1), 13-42.
- Cumming, E. & Henry, W.E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Cumms, R.A. (2005). Instruments assessing quality of life: characteristics and functions. En J.H. Hogg y A. Langa (Eds.): *Approaches to the assessment of adults with intellectual disabilities. Part I*. Londres: Blackwell.
- Cummins, R.A. & Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Intervención psicosocial, 9* (2), 185-198.
- Dancausa, C. (2001). El envejecimiento activo: el nuevo enfoque europeo. En SECOT, *Los mayores activos*. Madrid: SECOT, Fundación Caja Madrid.
- Dattilo, J. & Kleiber, D.A. (1993). Psychological perspectives for therapeutic recreation research: The psychology of enjoyment. En M.J. Malkin & C.Z. Howe, (Eds.) *Research in therapeutic recreation: Concepts and methods* (pp. 57-76). State College, PA: Venture Publishing, Inc.
- Dávila, M.C. & Díaz-Morales, J.F. (2009). Voluntariado y tercera edad. *Anales de Psicología, 25* (2), 375-389.

- Delgado, J.F. (2007). Aportaciones de la psicología a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: la experiencia de la Diputación de Granada. *Intervención Psicosocial*, 16 (1), 23-42.
- Denton, M., Ploeg, J., Tindale, J., Hutchison, B., Brazil, K., Akhtar-Danesh, N., Lillie, J., Plenderleith, J. & Millen W. (2009). Older Adults Turn to Community Support Services for Help to Maintain Their Independence?. *Journal of Applied Gerontology*, 53 (6), 1-25.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J. & Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19 (2), 286-294.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572-577.
- Díaz, M.P., Zarco, V. & González, J.M. (2005). El asociacionismo y la asistencia a los centros de día como formas de participación social en la jubilación. Consecuencias psicosociales. En J. Romay y R. García (Eds.), *Psicología Social y problemas sociales. Psicología Ambiental, Comunitaria y de la Educación* (pp. 199-204). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Díaz, R. (2009). Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. En R. Díaz (Coord.), *Informe 2008. Las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Díaz-Veiga, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *El ambiente. Análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Díaz-Veiga, P. (1993). Desarrollo de la evaluación del apoyo social. En M.F. Martínez (Ed.), *Psicología Comunitaria* (pp. 173-186). Madrid: Eudema.
- Díaz-Veiga, P. (2008). Discapacidad visual y autonomía: las posibilidades de las personas mayores. *Revista sobre ceguera y deficiencia visual*, 26-33.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3, 67-113.
- Diener, E., Lucas, R.E. & Scollon, C. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61 (4), 305-314.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dillard, A.J., Schiavone, A. & Brown, S.L. (2008). Helping behavior and positive emotions: Implications for health and well-being. En S.J. López (Ed.), *Positive psychology: Exploring the best in people, Vol. 2: Capitalizing on emotional experiences* (pp. 101-114). Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Dorantes, G., Ávila, J.A., Mejía, S. & Gutiérrez, L.M. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 22 (1), 1-11.
- Dulcey, E., Mantilla, G., Alfonso, A.M. & García, D.M. (1998). *Calidad de vida y situaciones de cambio*. Expoja Veriana: Universidad Javeriana de Bogota.
- Dumazedier, J. (1974). *Lazer e cultura popular*. São Paulo-SP: Perspectiva.
- Dumazedier, J. (1998). La importancia oculta del crecimiento del tiempo libre en la metamorfosis de la civilización. *Boletín del Centro de Documentación de Ocio*, 15, 10-20.
- Duque, J.M. & Mateo, A. (2008). *La participación social de las personas mayores*. Madrid: IMSERSO.
- Durán, D., Orbegoz, L.J., Uribe-Rodríguez, A.F. & Uribe, J.M. (2008). Social Integration and Functional Skills in Older Adults. *Universitas Psychologica*, 7 (1), 263-270.
- Dutrizac, G. (2006). When who I am includes close relationships: Examining the role of relational self-construal in social and emotional well being. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67 (2B), 1146.

- Ebner, N.C., Freund, A.M. & Baltes, P.B. (2006). Developmental changes in personal goal orientation from young to late adulthood: From striving for gains to maintenance and prevention of losses. *Psychology and Aging, 21* (4), 664-678.
- Eliezer, D., Major, B. & Mendes, W.B. (2010). The costs of caring: Gender Identification increases threat following exposure to sexism. *Journal of Experimental Social Psychology, 46* (1), 159-165.
- Elizalde, R. (2010). Resignificación del ocio: Aportes para un aprendizaje transformacional. *Revista Polis, 25*, 1-16.
- Elosua, P. (2010). Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología, 45* (2), 67-71.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Continuing professional education: Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*, 376-381.
- Esnaola, I., Goñi, A. & Madariaga, J.M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica, 13* (1), 179-194.
- Estévez, E., Martínez, B. & Musitu, G. (2006). La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: La perspectiva multidimensional. *Intervención Psicosocial, 15* (2), 223-232.
- Estévez, E., Musitu, G. & Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental, 28* (4), 81-89.
- Fadaum, (2008). Formación Universitaria de Personas Mayores y promoción de la Autonomía Personal. Políticas Socioeducativas, Metodologías e Innovaciones. *X Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Personas Mayores*. Libro de Actas: Universidad de Burgos.
- Fairley, T.L., Hawk, H., & Pierre, S. (2010). Conductas de salud y calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer en Massachusetts, 2006: uso de datos para el control integral del cáncer. *Preventing Chronic Disease, 7* (1).
- Fernandes, L. & Lucena, V.A. (2005). Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. *Mneme. Revista de Humanidades, 6* (13), 1-8.
- Fernández, A. (1998). Apoyo Social y Calidad de Vida en Personas Mayores. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Granada.
- Fernández, C. (1999). La gerontagogía: una nueva disciplina. *Escuela abierta, 3*, 183-198.
- Fernández, C. (2002). *Impacto sobre el desarrollo de los programas universitarios de mayores*. Tesis no publicada, Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Sevilla.
- Fernández, E. (2010). *Tiempo libre y nuevas responsabilidades en los adultos mayores*. Recuperado el 13 de septiembre de 2010 de <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/filer/CALID008.pdf>
- Fernández, L. (2008). Una revisión crítica de la psicología positiva: historia y concepto. *Revista Colombiana de Psicología, 17*, 161-176.
- Fernández, R. & Manrique-Abril, F.G. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global, 19*, 1-9.
- Fernández, S. (2007). Aspectos de la Calidad de Vida en Gerontología [CD-ROM]. Actas del *X Congreso Nacional de Psicología Social, 1*, 124-132.
- Fernández, S., Iglesias, M.T., Elizalde, M.J., Martínez, T. & Rodríguez, P. (2005). Evaluación de experiencias integradoras en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Aula Abierta, 86*, 29-54.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (1992). *Mitos y realidades en torno a la vejez y la salud*. Barcelona: SG Editores.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología, 73*, 89-104. Universidad de Barcelona: Facultad de Psicología.

- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos. *Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención*. Barcelona: AMG.
- Fernández-Ballesteros, R. (1999). *Introducción a la evaluación psicológica II*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001a). Psicología y envejecimiento: retos internacionales del siglo XXI. *Intervención Psicosocial*, 10 (3), 277-284.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001b). Environmental conditions, health and satisfaction among the elderly: Some empirical results. *Psicothema*, 13 (1), 40-49.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Social support and quality of life among older people in Spain. En T. Antonucci, C. Okarandudu & H. Akiyama (Eds.), Especial Issue: Promoting Well-Being among older people. *Journal of Social Issues*, 58, 645-659.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontología Social*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2005). Evaluation of "Vital Aging-M": A Psychosocial Program for promoting Optimal Aging. *European Psychologist*, 10 (2), 146-156.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active Aging. Contribution of psychology*. Gottingen: Hogrefe & Huber.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide Psicología.
- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D. & Caprara, M. G. (2007). Quality of life, Life satisfaction, and Positive Aging. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *GeroPsychology. European Perspective for an Aging World* (pp. 197-223). Gottingen: Hogrefe & Huber.
- Fernández-Ballesteros, R., Reig, A. & Zamarrón, M. D. (2009). Evaluación en Psicogerontología. En R. Fernández-Ballesteros (2009) (Dir.), *Psicología de la Vejez. Una Psicogerontología Aplicada* (pp. 35-96). Madrid: Psicología Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., López, M.D., Molina, M.Á., Díez, J., Montero, P. & Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22 (4), 641-647.
- Fernández-Mayoralas, G. (2007). El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. *Informes Portal Mayores*, 74, 2-9.
- Ferreras, E. (2007). La autoestima. *Anales de mecánica y electricidad*, 54-60.
- Fierro, A. (1994). Propositiones y propuestas sobre el buen envejecer. En J. Buendía (Ed.), *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Fiori, K.L., Antonucci, T.C. & Cortina, K.S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 61 (1), 25-32.
- Fisher, B.J. (1992). Successful Aging and Life Satisfaction: A Pilot Study for Conceptual Clarification. *Journal of Aging Studies*, 6, 191-202.
- Fisher, B.J. (1995). Successful Aging, Life Satisfaction and Generativity in Later Life. *International Journal of Aging and Human Development*, 41, 239-250.
- Fontela, E. (1994). La solidaridad intergeneracional. *Ábaco: Revista de cultura y ciencias sociales*, 3, 19-29.
- Ford, M.B. & Collins, N.L. (2010). Self-Esteem Moderates Neuroendocrine and Psychosocial Responses to Interpersonal Rejection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98 (3), 405-419.
- Foster, J.D., Campbell, W.K., & Twenge, J.M. (2003). Individual differences in narcissism: Inflated self-views across the lifespan and around the world. *Journal of Research in Personality*, 37, 469-486.
- Fragoero, I., Pestana, M.H. & Paul, C. (2007). Mental health of the older people from the self-governing Region of Madeira: Pilot study. *Gerokomos*, 18 (4), 23-27.

- Franco, C. (2006). Relación entre las variables autoconcepto y creatividad en una muestra de alumnos de educación infantil. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 8 (2). Recuperado el 22 de junio de 2009 de <http://redie.uabc.mx/vol8no1/contenido-franco.html>
- Franco, C. (2008). Programa de relajación y de mejora de autoestima en docentes de educación infantil y su relación con la creatividad de sus alumnos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 45 (1), 1-11.
- Freeman, P. & Rees, T. (2010). Perceived social support from team-mates: Direct and stress-buffering effects on self-confidence. *European Journal of Sport Science*, 10 (1), 59-67.
- Freund, A.M. (2006). Age-Differential Motivational Consequences of Optimization versus Compensation Focus in Younger and Older Adults. *Psychology and Aging*, 21, 240-252.
- Freund, A.M. & Baltes, P.B. (2002). Life-Management strategies of selection, optimization and compensation as strategies of selection, optimization and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 642-662.
- Freund, A.M. & Baltes, P.B. (2007). Toward a theory of successful aging: Selection, Optimization and Compensation. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology. An European perspective for an aging world* (pp. 239-244). Göttingen: Hogrefe y Huber.
- Fries, J.F. (1989). *Aging well*. Reading Mass: Addison-Wesley Pub. Co.
- Fry, C.L. (2010). *Social Anthropology and Ageing*. London: SAGE Handbook of Social Gerontology.
- Funes, M.J. (2010). La participación en asociaciones de la población mayor de sesenta y cinco años en España. Análisis de sus efectos e indicaciones para las políticas públicas sectoriales. *Revista Internacional de Sociología* [online], doi: 10.3989/ris.2009.04.14
- Gadalla, T.M. (2009). Sense of Mastery, Social Support, and Health in Elderly Canadians. *Journal of Aging and Health*, 21, 581-595.
- Galván, J., Romero, M., Rodríguez, E.M., Durand, A., Colmenares, E. & Saldivar, G. (2006). La importancia del apoyo social para el bienestar físico y mental de las mujeres reclusas. *Salud Mental*, 29 (3), 68-74.
- Galván, J., Serna, G. & Hernández, A. (2008). Aproximación de las redes sociales: una vía alterna para el estudio de la conducta de uso de drogas y su tratamiento. *Salud Mental*, 31, 391-402.
- Garaigordobil, M. & Durá, A. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32 (141), 37-64.
- Garaigordobil, M., Pérez, J.I. & Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20 (1), 114-123.
- Garay, S. & Ávalos, R. (2009). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *Revista Kairós*, 12 (1), 39-58.
- García, A., García, R. & Sánchez, D. (1992). Envejecimiento y planificación de servicios para la tercera edad. Tendencias actuales y perspectivas en la ciudad de Barcelona. En J.L. García, V. Zapata & P.M. Millán (Eds.), *Inmigración extranjera y planificación demográfica en España* (pp. 325-336). La Laguna: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de la Laguna.
- García, A.J. & Troyano, Y. (2006). Competencias comunicativas en el Espacio Europeo de Educación Superior [CD-ROM]. *Comunicación e Pessoas Maiores*, 211-227.
- García, A.J. & Troyano, Y. (2010). Aprendizaje cooperativo en personas mayores universitarias. Estrategias de implementación en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, 32 (1), 7-21.
- García, A.J., Marín, M. & Troyano, Y. (2007). Factores psicosociales de los Programas Universitarios para personas mayores en el Espacio Europeo de Educación Superior [CD-ROM]. *Actas del X Congreso Nacional de Psicología Social*, 57-65.

- García, A.J., Martínez, R., Troyano, Y. & Marín, M. (2009). Evaluación sobre personas mayores (EPM): ¿Qué percepción social tenemos de nuestros mayores?. *Actas del XI Congreso Nacional de Psicología Social*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- García, F.J., Sureda, I. & Monjas, M.I. (2010). El rechazo entre iguales en la educación primaria: Una panorámica general. *Anales de Psicología*, 26 (1), 123-136.
- García, J. (2004). *La educación en personas mayores. Ensayos de nuevos caminos*. Madrid: Narcea Ediciones.
- García, J.F., Musitu, G. & Veiga, F. (2006). Autoconcepto en adultos de España y Portugal. *Psicothema*, 18 (3), 551-556.
- García, M., Martínez, M.F. & Albar, M.J. (2002). La Elección de Fuentes de Apoyo Social entre Inmigrantes. *Psicothema*, 14 (2), 369-374.
- García, M.A. & Gómez, J. (2003). Efectos de los talleres de ocio sobre el bienestar subjetivo y la soledad en las personas mayores. *Revista de Psicología Social*, 18 (1), 35-47.
- García, M.A. & Hombrados, M.I. (2002). Intervención psicosocial con personas mayores: Los talleres de ocio como recurso para incrementar su apoyo social y control percibidos. *Intervención psicosocial*, 11 (1), 45-58.
- García, M.A. (2002a). El Bienestar Subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18-39.
- García, M.A. (2002b). Control percibido y envejecimiento: implicaciones de cara a las prácticas deportivas en las personas mayores. *Lecturas: Educación física y Deportes*, 49. Recuperado el 25 de agosto de 2009 de <http://www.efdeportes.com>
- García-Cueto, E. & Cerro, V. (1990). Características individuales y tipo de ocio. *Psicothema*, 2 (2), 173-177.
- García-Leiva, P. (2005). Identidad de género: modelos explicativos. *Escritos de Psicología*, 7, 71-81.
- García-Prieto, P. & Scherer, K. (2006). Connecting social identity theory to cognitive appraisal theory of emotions. En R. Brown & D. Capozza (Eds.), *Social identities: Motivational, emotional, cultural influences* (pp. 189-207). East Sussex, UK: Psychology Press.
- Gardner, P.J. (2006). Envelhecimento saudável: uma revisão das pesquisas em Língua Inglesa. *Porto Alegre*, 12 (02), 69-92.
- Garrido, M.A., Jentoft, A.C., Ferrer, J.R.V., Herranz, J.C.A., Marín, N.G. & Valero de Bernabé, F.A. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 683-699.
- Gauthier, A.H. & Smeeding, T.M. (2000). Patterns of time use of people age 55 to 64 years old: Some cross-national comparisons. *Aging Studies Program*, 20.
- Gázquez, J.J., Pérez, M.C., Fernández, M., González, L., Ruíz, I. & Díaz, A. (2009). Old-age stereotypes related to the gerontology education: an intergenerational study. *European Journal of Education and Psychology*, 2 (3), 263-273.
- Gázquez, J.J., Pérez, M.C., Ruíz, M.I., Miras, F. & Vicente, F. (2006). Estrategias de aprendizaje en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria y su relación con la autoestima. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6 (1), 51-62.
- Gentile, B., Twenge, J.M. & Campbell, W.K. (2010). Birth Cohort Differences in Self-Esteem, 1988-2008: A Cross-Temporal Meta-Analysis. *Review of General Psychology*, 14 (3), 261-268.
- Gerstorf, D., Ram, N., Goebel, J., Schupp, J., Lindenberger, U. & Wagner, G.G. (2010). Where People Live and Die Makes a Difference: Individual and Geographic Disparities in Well-Being Progression at the End of Life. *Psychology and Aging*, 25 (3), 661-676.
- Gerstorf, D., Ram, N., Mayraz, G., Hidajat, M., Lindenberger, U., Wagner, G.G. & Schupp, J. (2010). Late-Life Decline in Well-Being Across Adulthood in Germany, the United Kingdom, and the United States: Something Is Seriously Wrong at the End of Life. *Psychology and Aging*, 25 (2), 477-485.

- Gerstorff, D., Ram, N., Röcke, C., Lindenberger, U. & Smith, J. (2008). Decline in life satisfaction in old age: Longitudinal evidence for links to distance-to-death. *Psychology and Aging, 23* (1), 154-168.
- Gil, M. (2007). En la encrucijada: bienestar individual y social. En M. Gil (Ed.), *Psicología social y bienestar*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Giles, H., Bouchard, E. & Anas, A. (2008). Perceptions of Intergenerational Communication by Young, Middle-Aged, and Older Canadians. *Canadian Journal of Behavioural Science, 40* (1), 21-30.
- Gomes, C. & Elizalde, R. (2009). Trabajo, tiempo libre y ocio en la contemporaneidad: Contradicciones y desafíos. *Revista Polis, 22*, 1-12.
- Gómez, L.E., Verdugo, M.A., Arias, B. & Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la escala Fumat. *Intervención Psicosocial, 17*, 2, pp. 189-199.
- Gómez, L.R. (2002). *Envejecer en Chiapas: etnogerontología zoque*. Instituto de Estudios Indígenas-UNAM: Chipas-México.
- Gómez, M. (2005). *La actividad físico-deportiva en los centros almerienses de Educación Secundaria post obligatoria y en la Universidad de Almería. Evolución de los hábitos físico-deportivos de su alumnado*. Universidad de Almería: Servicio de Publicaciones.
- Gómez, M., Valero, A. & Gutiérrez, H. (2007). Desarrollo e integración de los niños con discapacidad visual a través de unas jornadas lúdico-deportivo-recreativas Retos. *Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación, 11*, 37-42.
- Gómez-Vela, M. & Sabeh, E.N. (2009). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Recuperado el 31 de marzo de 2009 de [http://209.85.129.132/search?q=cache:it9fY9yhvV8J:www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm+%22G%C3%B3mez+Vela%22+%22Calidad+\\*+vida+evoluci%C3%B3n%22&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=es](http://209.85.129.132/search?q=cache:it9fY9yhvV8J:www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm+%22G%C3%B3mez+Vela%22+%22Calidad+*+vida+evoluci%C3%B3n%22&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=es)
- Gonsalkorale, K., Carlisle, K. & Von Hippel, W. (2007). Intergroup Threat Increases Implicit Stereotyping. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 7* (2), 189-200.
- González, A., Padilla, J.L. & Pérez, C. (1998). La calidad de la encuesta. En A.J. Rojas, J.S. Fernández & C. Pérez (Eds.), *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos* (pp. 199-214). Madrid: Síntesis.
- González, M.T. & Landero, R. (2006). Variables asociadas a la depresión: un modelo de regresión logística. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada, 11* (1), 16-30.
- González, M.T. & Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública, 23* (1), 7-18.
- González, M.T., Landero, R. & Ruiz, M.A. (2008). Modelo estructural predictor de la salud mental y física en mujeres. *Revista Panamericana de Salud Pública, 23* (2), 101-108.
- González-Celis, A.L., Esquivel, R.I. & Jiménez, J. (2005). Impacto de un aula para personas mayores sobre la calidad de vida. Una experiencia intergeneracional. Avances de un proyecto. *Revista Interamericana de Educación de Adultos, 1*, 95-109.
- Goñi, E. & Fernández, A. (2008). El autoconcepto. En E. Goñi (Ed.), *El autoconcepto físico: psicología y educación* (pp. 1-44). Madrid: Pirámide.
- Goodwin, R. & Hernández, S. (2000). Perceived and received social support in two cultures: Collectivism and support among British and Spanish students. *Journal of Social and Personal Relationships, 17* (2), 282-291.
- Goodwin, R., Costa, P. & Adonu, J. (2004). Social support and its consequences: 'Positive' and 'deficiency' values and their implications for support and self-esteem. *British Journal of Social Psychology, 43* (3), 465-474.

- Gordillo, Y. (2010). Programa de apoyo para aumentar la funcionalidad de adultos mayores. 11<sup>o</sup> Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis 2010*. Recuperado el 15 de agosto de 2010 de <http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/922/1/17cof545453.pdf>
- Gottlieb, B.H. (1981). Social networks and social support in community mental health. En B.H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support*. London: Sage.
- Gottlieb, B.H. (1985). Social support and the study of personal relationships. *Journal of social and personal relationships*, 2, 351-375.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Gracia, E. & Herrero, J. (2004). Personal and situational determinants of relationship-specific perceptions of social support. *Social Behavior and Personality*, 32, 459-476.
- Gracia, E. & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 327-342.
- Gracia, E., Herrero, J. & Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: PPU.
- Gracia, E., Herrero, J. & Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Gracia, E. & Musitu, G. (2000). *Psicología Social de la Familia*. Barcelona: Paidós.
- Gracia, M. de & Marcó, M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema*, 12 (2), 285-292.
- Graça, M. de & Roseira, M. (2009). La vivencia de envejecer en la perspectiva fenomenológica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (3), 1-7.
- Grant-Savelle, S.D. (2010). Active Living Among Older Residents of a Rural Naturally Occurring Retirement Community. *Journal of Applied Gerontology*, 29 (5), 531-553.
- Grau, A., Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Suñer, R., & Noguera, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y consumo de tabaco. *Intervención Psicosocial*, 16 (1), 79-92.
- Green, B.S. (1993). *Gerontology and the Constructions of Old Age: A Study in Discourse Analysis*. Nueva York: Aldine.
- Greller, M.M. & Richtermeyer, S.B. (2006). Changes in social support for professional development and retirement preparation as a function of age. *Human Relations*, 59 (9), 1213-1234.
- Guerra, P. (2009). Mayores, ¿activos ó pasivos?. La importancia de la educación en la tercera edad. *Cuestiones Pedagógicas*, 19, 319-332.
- Guichard, A.C. (2008). The influence of social support and attachment style on performance, self-evaluations and interpersonal behaviors. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68 (10B), 7022.
- Guo, G. & Phillips, L.R. (2010). Conceptualization and Nursing Implications of Self-Imposed Activity Limitation Among Community-Dwelling Elders. *Public Health Nursing*, 27, 353-361.
- Guo, M., Aranda, M.P. & Silverstein, M. (2009). The impact of out-migration on the inter-generational support and psychological wellbeing of older adults in rural China. *Ageing and Society*, 29, 1085-1104.
- Guzmán, J.M., Huenchuan, S. & Montes de Oca, V. (2002). Redes de apoyo social a las personas mayores. *Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores: el Rol del Estado, la Familia y la Comunidad*. CELADE: División de Población.
- Haber, M.G., Cohen, J.L., Lucas, T. & Baltes, B.B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39 (1,2), 133-144.
- Hagedorn, M., Yperen, N.W. Van, Coyne, J.C., Jaarsveld, C.H.M. Van, Ranchor, A.V., Sonderren, E. Van & Sanderman, R. (2006). Does Marriage Protect Older People From Distress? The Role of Equity and Recency of Bereavement. *Psychology and Aging*, 21 (3), 611-620.

- Harris, P.B. (2010). Dementia and Dementia Care: The Contributions of a Psychosocial Perspective. *Sociology Compass*, 4, 249–262.
- Havighurst, R. & Albrecht, R. (1953). *Older people*. London: Longmans, Green.
- Hedberg, P., Gustafson, Y. & Brulin, C. (2010). Purpose in Life among Men and Women Aged 85 Years and Older. *International Journal of Aging & Human Development*, 70 (3), 213-229.
- Hensley, B., Martin, P., MacDonald, M. & Poon L. (2010). Family history and adaptation among centenarians and octogenarians. *Gerontology*, 56 (1), 83–87.
- Hernández, S. (2010). Gerontología educativa desde la perspectiva de género: una práctica metodológica. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 10 (2), 1-15.
- Hernando, V. (2009). Psicología positiva, envejecimiento y tiempo de ocio. En J. Giró (Coord.), *Envejecimiento, tiempo libre y gestión del ocio*. Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones.
- Hernangómez, L., Vázquez, C. & Hervás, G. (2009). El paisaje emocional a lo largo de la vida. La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva* (pp. 143-179). Madrid: Alianza Editorial.
- Herrera, J.M., Barranco, C., Melián, C., Herrera, R.M., Rodríguez, M.I. & Mesa, M.N. (2004). La autoestima como predictor de la calidad de vida en los mayores. *Portularia*, 4, 171-177.
- Herrera, S., Montorio, I. & Cabrera, I. (2010). Relación entre los estereotipos sobre el envejecimiento y el rendimiento en un programa de estimulación cognitiva. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45 (6), 339-342.
- Herrero, J. & Gracia, E. (2003). La familia como red de apoyo a lo largo del ciclo vital. *Encuentros en Psicología Social*, 1 (1), 56-59.
- Herrero, J. & Gracia, E. (2005). Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Intervención Psicosocial*, 14 (1), 41-50.
- Heyl, V., Wahl, H. & Mollenkopf, H. (2007). Affective well-being in old age: The role of tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment. *European Psychologist*, 12 (2), 119-129.
- Hombrados, M.I. & García, M.A. (2003). Efectos de los grupos de apoyo social sobre la soledad, el apoyo social y la calidad de vida de las personas mayores. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 13 (1), 55-72.
- Hombrados, M.I., García, M.A. & Martíportugués, C. (2004). Grupos de apoyo social con personas mayores: una propuesta metodológica de desarrollo y evaluación. *Anuario de Psicología*, 35 (3), 347-370.
- Horgas, A., Wilms, H. & Baltes, M. (1998). Daily life in very old age. Everyday activities as expression of successful aging. *The Gerontologist*, 38(5), 556-567.
- Hoskins, I., Kalache, A. & Mende, S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (5/6), 444-451.
- Huenchuan, S. & Rodríguez, L. (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. Naciones Unidas: CEPAL.
- Huici, C., Gómez, Á. & Bustillos, A. (2008). La identidad comparativa veinte años después: repercusión en el dominio de las relaciones intergrupales. *Revista de Psicología Social*, 23 (3), 297-313.
- Iglesias, J.A., Bárcena, C., Valle, M. J. Del, Abella, V. & Galán, I. (2010). Premisas para la elaboración de una herramienta para valorar la calidad de vida en las personas mayores. *Gerokomos*, 21 (2), 56-61.
- Iglesias-Souto, P.M. & Dosil, A. (2005). Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40 (2), 85-91.

- IMERSO (2000). *Las personas mayores en España. Informe 2000*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMERSO).
- IMERSO (2005). *Los Programas Universitarios para Personas Mayores en el Espacio Europeo de Educación Superior*. Recuperado el 25 de noviembre de 2007 de <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/agendaycursos/basededatos/um-conclusiones-01.rtf>
- IMERSO (2010). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Temas para el Debate*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Inga, J. & Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 475-485.
- Iso-Ahola, S.E. (1977). Effects of team outcome on children's self-perception: Little League Baseball. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2, 305-314.
- Iso-Ahola, S.E. (1980). *The social psychology of leisure and recreation*. Iowa: Wm. C. Brown Company Publishers.
- Izal, M. & Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Izquierdo, Á. (2005). Psicología del Desarrollo de la Edad Adulta. Teorías y Contextos. *Revista Complutense de Educación*, 16 (2), 601-619.
- Jakobsson, U., Kristensson, J., Hallberg, I.R. & Midlöv, P. (2010). Psychosocial perspectives on health care utilization among frail elderly people: An explorative study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 1-5, doi:10.1016/j.archger.2010.04.016.
- Janke, M.C., Payne, L.L. & Puymbroeck, M. van (2008). The Role of Informal and Formal Leisure Activities in the Disablement Process. *The International Journal of Aging and Human Development*, 67 (3), 231-257.
- Jáuregui, G. (2001). *Los límites del papel de la familia, el Estado y la iniciativa social*. Donostia-San Sebastián: Matia Fundazioa.
- Jenaro, C., Verdugo, M.A., Caballo, C., Balboni, G., Lachapelle, Y., Otbrebski, W. & Schalock, R.L. (2005). Cross-cultural study of person-centered quality of life domains and indicators: A replication. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 734-739.
- Jentoft, A.C., Rego, C.A., Garrido, M.A., Ferrer, J.R.V., Herranz, J.C.A. & Marín, N.G. (2003). Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Atención Primaria*, 31 (5), 285-292.
- Jiménez, A., Páez, D. & Javaloy, F. (2005). Correlatos psico-sociales de la participación en manifestaciones tras el atentado del 11 de Marzo. *Revista de Psicología Social*, 20 (3), 263-275.
- Jiménez, F. (1998). Necesidades y perspectivas de la Gerontología. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 33 (6), 327-329.
- Jiménez, M.G., Martínez, P., Miró, E. & Sánchez, A.I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (1), 185-202.
- Jiménez, T.I., Murgui, S., Estévez, E. & Musitu, G. (2007). Comunicación familiar y comportamientos delictivos en adolescentes españoles: el doble rol mediador de la autoestima. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (3), 473-485.
- Jiménez, T.I., Musitu, G. & Murgui, S. (2006). Funcionamiento y comunicación familiar y consumo de sustancias en la adolescencia: el rol mediador del apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 21 (1), 21-34.
- Jönson, K. (2005). Social democratic aging in the People's Home of Sweden. *Journal of Aging Studies*, 19 (3), 291-308.

- Jopp, D. & Smith, J. (2006). Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: On the protective effect of selection, optimization, and compensation. *Psychology and Aging, 21*, 253-265.
- Ju-Hyun, K. (2007). Productive activities of older people and their influence on life satisfaction. *Development and Society, 36* (1), 45-69.
- Juidías, J. & Loscertales, F. (1993). *El rol docente: un enfoque psicosocial*. Sevilla: Muñoz Moya y Montraveta.
- Junta de Andalucía (2004). DECRETO 23/2004, de 3 de febrero, por el que se regula la protección jurídica a las personas mayores. *BOJA núm. 25* de 6-2-2004.
- Junta de Andalucía (2010). *Libro Blanco de Envejecimiento Activo*. Junta de Andalucía: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Junta de Andalucía (2008). ORDEN de 17 de noviembre de 2008, por la que se modifica la de 23 de noviembre de 2007, por la que se regula el programa de Turismo Social de Personas Mayores de Andalucía. *BOJA, núm. 240* de 3-12-2008.
- Junta de Andalucía (2009). *Programa de Aulas Universitarias de Formación Abierta para mayores de 55 años*. Recuperado el 26 de noviembre de 2009 de [http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Personas\\_Mayores/HTML/pagina14.html](http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Personas_Mayores/HTML/pagina14.html)
- Kahn, R. & Juster, F. (2002). Well-being: concepts and measures. *Journal of Social Issues, 58* (4), 627-644.
- Kahn, R.L. & Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the life course: attachment roles and social support. En P.B. Baltes & S. Brim (Eds.), *Life-span development and behaviour*. Boston: Lexington.
- Kaiser, C.R., Hagiwara, N., Malahy, L.W. & Wilkins, C.L. (2009). Group identification moderates attitudes toward ingroup members who confront discrimination. *Journal of Experimental Social Psychology, 45* (4), 770-777.
- Kaplan, R.M. & Toshima, M.T. (1990). The functional effects of social relationships on chronic illnesses and disability. En B.R. Saranson, I.G. Saranson & G.R. Pierce (Comps.), *social support: an interactional view* (pp. 427-453). New York: Wiley.
- Keith, K.D., & Bonham, G.S. (2005). The use of quality of life data at the organization and systems level. *Journal of Intellectual Disability Research, 49* (10), 799-805.
- Kelley-Gillespie, N. (2009). An integrated conceptual model of Quality of Life for Older Adults based on a synthesis of the literature. *Applied Research Quality Life, 4*, 259-282.
- Keyes, C., & Shapiro, A. (2004). Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. En O. Brim, C. Ryff, & R. Kessler (Eds.), *Midlife in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Keyes, C., Shmotkin, D. & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*, 1007-1022.
- Kim, A. & Merriam, S.B. (2004). Motivations for learning among older adults in a learning in retirement institute. *Educational Gerontology, 30*, 441-455.
- Kim, C., Diener, E., Tamir, M., Scollon, C. & Diener, M. (2005). Integrating The Diverse Definitions of Happiness: A Time-Sequential Framework of Subjective Well-Being. *Journal of Happiness Studies, 6* (3), 261-300.
- Kira, S. Birditt, L., Jackey, M.H. & Antonucci, T.C. (2009). Longitudinal Patterns of Negative Relationship Quality Across Adulthood. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 64B*, 55-64.
- Kohli, M., Hank, K. & Kunemund, H. (2009). The social connectedness of older Europeans: patterns, dynamics and contexts. *Journal of European Social Policy, 19*, 327-340.

- Kotter-Grühn, D., Scheibe, S., Blanchard-Fields, F. & Baltes, P.B. (2009). Developmental emergence and functionality of Sehnsucht (life longings): The sample case of involuntary childlessness in middle-aged women. *Psychology and Aging, 24* (3), 634-644.
- Krause, N. (2007a). Self-Expression and Depressive Symptoms in Late Life. *Research on Aging, 29*, 187-206.
- Krause, N. (2007b). Evaluating the Stress-Buffering Function of Meaning in Life Among Older People. *Journal of Aging and Health, 19*, 792-812.
- Krause, N. (2009). Meaning in life and mortality. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 64B* (4), 517-527.
- Krause, N. (2010). Close companion friends, self-expression, and psychological well-being in late life. *Social Indicators Research, 95* (2), 199-213.
- Labrador, F.J., Fernández, M.R. & Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema, 22* (1), 99-105.
- Laca, F.A., Verdugo, J.C. & Guzmán, J. (2005). Satisfacción con la vida de algunos colectivos mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 10* (2), 325-336.
- Lacey, H.P., Smith, D.M. & Ubel, P.A. (2006). Hope I Die Before I Get Old: Mispredicting Happiness Across the Adult Lifespan. *Journal of Happiness Studies, 7*, (2), 167-182.
- Laditka, J.N., Beard, R.L., Bryant, L.L., Fetterman, D., Hunter, R., Ivey, S., Logsdon, R.G., Sharkey, J.R. & Wu, B. (2009). Promoting Cognitive Health: A Formative Research Collaboration of the Healthy Aging Research Network. *The Gerontologist, 49*, 12-17.
- Lam, B. (2008). The Function of Acculturation and Collective Self-Esteem on Prejudicial Attitudes among Vietnamese American Young Adults. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 18* (3), 350-363.
- Lampert, E. (2005). Educação permanente: limites e possibilidades no contexto da América Latina e Caribe. *Linhas, 6* (1), 1-13.
- Landero, R. y González, M.T. (2006). Apoyo social en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y salud, 16* (2), 149-157.
- Latorre, P.A., Gasco, F., García, M., Martínez, R.M., Quevedo, O., Carmona, F.J., Rascón, P.J., Romero, A., López, G.A. & Malo, J. (2009). Analysis of the influence of the parents in the sports promotion of the children. *Journal of Sport and Health Research, 1* (1), 12-25.
- Lawton, M.P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elderly. En J.E. Birren, J.E. Lubben, J.C. Rowe & D.E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press.
- Lazarus, R.S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality, 74*, 9-43.
- Le Roux, M.C. & Kagee, A. (2008). Subjective Well-being of Primary Health Care Patients in the Western Cape, South Africa. *South African Family Practice, 50* (3), 68-68d.
- Lema, L.F., Salazar, I.C., Varela, M.T., Tamaño, J.A., Rubio, A. & Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico, 5* (12), 71-88.
- Lemieux, A. (1997). *Los programas universitarios para mayores. Enseñanza e investigación*. Madrid: IMSERSO.
- León B., Felipe, E., Gómez, T., Gozalo, M. & Latas, C. (2007). Socialización y autoconcepto en alumnos inmigrantes marroquíes. *Apuntes de Psicología, 25* (1), 53-65.
- León, A. y Alcedo, M.A. (2005). Una visión psicosocial del envejecimiento de las personas con lesión medular. *Intervención psicosocial: Revista sobre igualdad y calidad de vida, 14* (1), 51-64.
- León, O.G. & Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.

- Leturia, F.J. (2007). Experiencia en la intervención con personas mayores en situación de dependencia en la Fundación Matia. *Intervención Psicosocial*, 16 (1), 107-124.
- Levy, S. & Sabbagh, C. (2008). The Wellbeing of the Self's Personality: A Structural Analysis. *Social Indicators Research*, 59 (3), 473-485.
- Lewis, M.A. & Neighbors, C. (2007). Optimizing Personalized Normative Feedback: The Use of Gender-Specific Referents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68 (2), 228-237.
- Li, L., Chang, H.J., Yeh, H.I., Hou, C.J.Y., Tsai, C.H. & Tsai, J.P. (2010). Factors Associated with Leisure Participation among the Elderly Living in Long-term Care Facilities. *International Journal of Gerontology*, 4 (2), 69-74.
- Lindón, M.B. & García, J.A. (2007). *La calidad de vida de las personas mayores: detección de necesidades educativas*. Recuperado el 8 de julio de 2010 de <http://www.redined.mec.es/wxis.exe>
- Litwin, H. & Shiovitz-Ezra, S. (2006). The association between activity and wellbeing in later life: what really matters?. *Ageing & Society*, 26, 225-242.
- Liu, J.H. & Dresler-Hawke, E. (2006). Collective shame and the positioning of german national identity. *Psicología Política*, 32, 130-153.
- Lizaso, I., Sánchez de Miguel, M. & Reizábal, L. (2008). Factores psicológicos y salud asociados con un nuevo perfil de jubilados. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24 (3), 303-324.
- Longworth, N. (2005). *El aprendizaje a lo largo de la vida en la práctica*. Barcelona: Paidós.
- López, E.J. & Salas, L. (2006). Assessing Social Support in Mexican and Mexican American High School Students: A Validation Study. *Journal of Hispanic Higher Education*, 5, 97-106.
- López, G., Domínguez, M.T., Ochoa, M.P., Montiel, M.M., Laborín, J.F., Domínguez, R.L., Valé, L.L., Zazueta, D. & Ibarra, E. (2010). Validación de la Escala de Bienestar Subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores. *Psicología y Salud*, 20 (1), 13-22.
- López, I., Menéndez, S., Lorence, B., Jiménez, L., Hidalgo, M.V. & Sánchez, J. (2007). Evaluación del apoyo social mediante la escala ASSIS: descripción y resultados en una muestra de madres en situación de riesgo psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 16 (3) 323-337.
- López, R.M., Colas, M.I., Hernández, E., Ruíz, E.M., Padín, C. & Morell, R. (2006). Envejecer: aspectos positivos, capacidad funcional, percepción de salud y síndromes geriátricos en una población mayor de 70 años. *Enfermería Clínica*, 16 (1), 27-34.
- López-Cabanas, M. & Chacón, F. (1997). Apoyo Social, Redes Sociales y Grupos de Autoayuda. En M. López-Cabanas y F. Chacón, *Intervención Psicosocial y Servicios Sociales. Un enfoque participativo*, (183-216). Madrid: Editorial Síntesis., S.A.
- Lorenzo, L. & Castejón, P. (2009). Formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer. En R. Díaz (Coord.), *Informe 2008. Las personas mayores en España* (pp. 225-268). Madrid: IMSERSO.
- Lou, V.W.Q. (2010). Life Satisfaction of Older Adults in Hong Kong: The Role of Social Support from Grandchildren. *Social Indicators Research*, 95 (3), 377-391.
- Lucas, S. (2007, Septiembre). Desarrollo de las competencias "Preocupación por la Calidad" y "Motivación de Logro" desde la docencia universitaria. *Red-U. Revista de Docencia Universitaria*, 2. Recuperado el 10 de octubre de 2010 de: [http://www.redu.um.es/Red\\_U/2](http://www.redu.um.es/Red_U/2)
- Luhtanen, R.K. & Crocker, J. (1992). A collective self-esteem scale: self-evaluation of one social identity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 302-318.
- Luhtanen, R.K. & Crocker, J. (2005). Alcohol Use in College Students: Effects of Level of Self-Esteem, Narcissism, and Contingencies of Self-Worth. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19 (1), 99-103.
- Luppi, E. (2010). Autonomy and Citizenship in the Late Third Age. *Educational Gerontology*, 36 (10), 872-892.

- Lyyra, T.M. & Heikkinen R.L. (2006). Perceived social support and mortality in older people. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61 (3), 147-152.
- Ma, L. (2008). Work-based self-esteem: Conceptual, theoretical, and scale development and model testing. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 69 (5A), 1875.
- Madariaga, J.M. & Goñi, A. (2009). El desarrollo psicosocial. *Revista de Psicodidáctica*, 14, (1), 93-116.
- Maddox, G. (1995). *The Encyclopedia of Aging* (2<sup>nd</sup>. Ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Maiztegui, C. (2001). Las personas mayores y nuevos roles sociales. En A.J. Colom & C. Orte (Eds.), *Gerontología Educativa y Social. Pedagogía Social y Personas Mayores*. Islas Baleares: Universitat de la Illes Balears.
- Maldonado, G. & Mendiola, S. (2009). Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores. Recuperado el 10 de septiembre de 2010 de <http://www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm>
- Mannell, R.C. & Backman, S.J. (1979). The effects of perceived freedom of choice and locus of control on transient «leisure» experiences. En E.M. Avedon, M. Lelevre, & T. Stewart, (Eds.) *Contemporary leisure research*. Waterloo, ON: Ontario Research Council on Leisure.
- Manzano, V. (1996). SOTAM: Sistema de optimización para tamaños de muestra. Sevilla.
- Marín, M., García, A.J. & Troyano, Y. (2006). Modelo de ocio activo en las personas mayores: revisión desde una perspectiva psicosocial. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, XVI (1), 147-167.
- Marín, M. & Loscertales, F. (2000). Representación Social de la Educación. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 5 (2), 173-190.
- Marmot, M.G., Fuhrer, R., Ettner, S.L., Marks, N.F., Bampass, L.L. & Ryff, C.D. (1998). Contribution of Psychosocial Factors to Socioeconomic Differences in Health. *The Milbank Quarterly*, 76 (3), 403-448.
- Márquez, M., Izal, M., Montorio, I. & Losada, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20 (4), 616-622.
- Martín, A. (2010). Reflexión sobre el asociacionismo de los estudiantes en los programas universitarios para mayores. *Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria*, 3 (2), 51-56.
- Martín, A.V. (2007) *Gerontología educativa: enquadramento disciplinar para o estudo e intervencao socioeducativo com idosos*. En A. Requejo y F. Cabral, *As pessoas idosas: contexto social e intervencao educativa*. Capítulo II (47-73). Lisboa: Editorial Horizontes Pedagógicos.
- Martín, A.V. & Requejo, A. (2005). Fundamentos y propuestas de la educación no formal con personas mayores. *Revista de Educación*, 338, 45-66.
- Martín, M. & Martínez, M. (2010). La vivencia del envejecimiento. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 28 (1), 83-112.
- Martín, M.J., Martínez, J.M. & Martín, A. (2007). Psicología Social contemporánea e intervención social. *Boletín de Psicología*, 91, 55-82.
- Martín, M.J., Martínez, J.M. & Rosa, A. (2009). Violent youth gangs in Madrid: socialization and culturalization. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26 (2), 128-136.
- Martín-Albo, J., Núñez, J.L., Navarro, J.G. & Grijalbo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2), 458-467.
- Martínez, A. (2001). *Gerontología y Derecho. Aspectos jurídicos y personas mayores*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Martínez, M.F. & García, M. (1995). La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 10 (1), 61-74.

- Martínez, M.F., García, M. & Mendoza, I. (1993). Integración social y ancianidad. En M. Martínez (Comp.), *Psicología Comunitaria* (pp. 195-202). Madrid: Eudema.
- Martínez, M.F., García, M. & Mendoza, I. (1995). Estructura y características de los recursos naturales de apoyo social en los ancianos andaluces. *Intervención Psicosocial*, 4 (11), 47-63.
- Martínez, M.F. & Martínez, J. (2003). Coaliciones Comunitarias: una Estrategia Participativa para el Cambio Social. *Intervención Psicosocial*, 12 (3), 251-267.
- Martínez, M.F. & Martínez, J. (2006). Determinantes Psicosociales de la Utilización de Organizaciones Comunitarias por Inmigrantes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59 (3), 433-444.
- Martínez, R., García, A.J., Guerra, J.M. & Marín, M. (2009). El uso de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación en personas mayores: Internet y móvil. *Actas del XI Congreso Nacional de Psicología Social*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Martínez-Tur, V. (2005). Psicología social del ocio, turismo, deporte y consumo: retos para la investigación, la práctica profesional y la enseñanza. *Encuentros en Psicología Social*, 3 (1), 49-57.
- Martos, M.J., Pozo, C. & Alonso, E. (2008). Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín de Psicología*, 93, 59-77.
- Mas, O. (2007). Las necesidades formativas de las personas mayores de 50 años. *Revista Iberoamericana de Educación*, 44 (1), 1-15.
- Maslow, A.H. (1975). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario.
- Mayence, S. (1980). La grande aventure de universités du troisième âge. *Retraite de vie devant soi*, 4.
- McNeil, R.D. & Teague, M. (1987). *Aging and leisure: Vitality in later life*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- McWhirter, B., Besett-Alesch, T., Horibata, J. & Gat, I. (2002). Loneliness in High Risk Adolescents, The Role of Coping, Self-Esteem and Empathy. *Journal of Youth Studies*, 5 (1), 69-84.
- Meléndez, J.C., Navarro, E., Oliver, A. & Tomás, J.M. (2009). La satisfacción vital en los mayores. *Boletín de Psicología*, 95, 29-42.
- Meléndez, J.C., Tomás, J.M. & Navarro, E. (2007). Analyses of the social networks for the elderly through the Manheim interview. *Salud Pública de México*, 49 (6), 408-414.
- Meléndez, J.C., Tomás, J.M. & Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43 (2), 90-5.
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. & Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psykhé*, 13 (1), 79-89.
- Melman, S., Little, S.G. & Akin-Little, K.A. (2007). Adolescent Overscheduling: The Relationship Between Levels of Participation in Scheduled Activities and Self-Reported Clinical Symptomology. *The High School Journal*, 90 (3), 18-30.
- Mendes de León, C., Gold, D., Glass, T., Kaplan, L. & George, L. (2001). Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites: The Duke EPESE 1986-1992. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56B (3), 179-190.
- Méndez, P. & Barra, E. (2008). Apoyo Social Percibido en Adolescentes Infractores de Ley y no Infractores. *Psykhé*, 17 (1), 59-64.
- Menéndez, S., Hidalgo, M.V., Jiménez, L., Lorence, B. & Sánchez, J. (2010). Perfil psicosocial de familias en situación de riesgo. Un estudio de necesidades con usuarias de los Servicios Sociales Comunitarios por razones de preservación familiar. *Anales de Psicología*, 26 (2), 378-389.
- Merz, E.M. & Huxhold, O. (2010). Wellbeing depends on social relationship characteristics: comparing different types and providers of support to older adults. *Ageing & Society*, 30 (5), 843-857.
- Meza, M. & Villalobos, E.M. (2008). La jubilación como oportunidad educativa. *Educación y Educadores*, 11 (2), 179-190.

- Michalos, A.C. (1985). Introducción a la Teoría de las Discrepancias Múltiples. *Intervención Psicosocial*, 4 (11), 101-115.
- Miesen, B. (2010). Care-giving in dementia: Contours of a curriculum. *Dementia*, 9, 473-489.
- Miguel, C. & Montero, M. (2004). *Envejecimiento y sostenibilidad del sistema de pensiones*. Madrid: FEDEA.
- Millán, J.C. & Santos, M.C., (2006). Gerontología Educativa. En J.C. Millán (Dir.), *Principios de Geriatría y Gerontología* (pp.173-192). Madrid: España, McGraw-Hill-Interamericana.
- Miller, E. & Buys, L. (2007). Predicting older Australians leisure-time physical activity: impact of residence, retirement villaje vs. community, on walking, swimming, dancing and law bowls. *Activities, Adaptation & Aging*, 31 (3), 13-30.
- Mingorance, A.C. (2008). El tiempo libre de las personas mayores a través de la animación sociocultural representado como una "educación formal no escolarizada". *Revista Iberoamericana de Educación*, 45 (6), 1-12.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). *Libro Blanco sobre la Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2000). *Analizando la Calidad de Vida. Calidad de vida, Calidad de servicio*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2002). *Envejecimiento: diálogos 2020: el futuro del envejecimiento*. Madrid: Secretaría General de Asuntos Sociales.
- Molina, C., Meléndez, J.C. & Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 24 (2), 312-319.
- Molina, J.L., Lerner, J. & Gómez, S. (2008). Patrones de cambio de las redes personales de inmigrantes en Cataluña. *REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 15 (4), 35-60.
- Monreal, P., Valle, A. del & Serda, B. (2009). Los Grandes Olvidados: Las Personas Mayores en el Entorno Rural. *Intervención Psicosocial*, 18 (3), 269-277.
- Montero, I. & Bedmar, M. (2010). Ocio, tiempo libre y voluntariado en personas mayores. *Polis: Revista Académica de la Universidad Bolivariana*, 26, 1-14.
- Montes de Oca, V. (2003). Redes comunitarias, género y envejecimiento. Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social. *51 Congreso Internacional de Americanistas*. Santiago de Chile.
- Montes de Oca, V. (2009). Las personas adultas mayores y sus apoyos informales. *Demos*, 34-35.
- Montes de Oca, V. & Hebrero, M. (2006). Eventos cruciales y ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México. *Papeles de Población*, 50, 97-116.
- Montorio, I. (2007). Intervenciones psicológicas en la prevención y atención a la dependencia. *Intervención Psicosocial*, 16 (1), 43-54.
- Montoro, J., Pinazo, S. & Tortosa, M.A. (2007). Motivaciones y expectativas de los estudiantes mayores de 55 años en los programas universitarios. *Revista española de Geriatría y Gerontología*, 42 (3), 158-166.
- Montoya, B.I. & Landero, R. (2008). Satisfacción con la vida y autoestima en jóvenes de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*, 18 (1), 117-122.
- Montoya, J.M. (2006). El envejecimiento de la población. En G. Pérez (Coord.), *Calidad de vida en personas mayores*, (pp. 77-102). Madrid: Dykinson.
- Moon, S., Park, S. & Cho, S. (2010). The association of social support and activities with health in south Korea: differences in age and gender. *Journal of Biosocial Science*, 19 (6), 119-128.
- Moragas, R. (1991). *Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Moral, M.V. (2009). Ocio bifronte en una sociedad postindustrial. Análisis psicopsicológico de las tendencias emergentes. *Boletín de Psicología*, 96, 47-65.

- Morales, F.M., Blanco, A., Huici, C. & Fernández, J.M. (1985). *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: Biblioteca de Psicología, Desclée de Brouwer.
- Morales, F.M., Cerezo, M.T., Fernández, F.J., Infante, L. & Trianes, M.V. (2009). Eficacia de una intervención para incrementar apoyo social en adolescentes discapacitados motores a partir del voluntariado de estudiantes de educación secundaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (1), 141-150.
- Moreno, B., Rodríguez, A. & Sanz, A.I. (2009). El efecto moderador de la autoestima en el acoso psicológico en el trabajo. *Psicología conductual*. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 2, 321-334.
- Motte, C.A.M. & Muñoz, J. (2002). Envejecimiento social. En J. Muñoz (Dir.), *Psicología del Envejecimiento* (pp. 95-110). Madrid: Psicología Pirámide.
- Moyano, E. & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum*, 22 (2), 177-193.
- Munné, F. (1980): *Psicosociología del tiempo libre. Un enfoque crítico*. México: Trillas.
- Musitu, G. & García, J.F. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*, 16 (2), 288-293.
- Musitu, G., Herrero, J. & Fernández, A. (2000). Calidad de vida e bienestar psicosocial. Un binomio indisoluble. *Cuadernos de Psicología*, 27, 28-44.
- Navarro, E., Meléndez, J.C. & Tomás, J.M. (2008). Relaciones entre variables físicas y de bienestar en la calidad de vida de las personas mayores. *Gerokomos*, 19 (2), 17-21.
- Neri, A.L. (2002). Teorías Psicológicas do Envelhecimento. En E.V. Freitas y Cols. (Coord.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, (pp. 32-45). Río de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neri, A.L. (2004). Envelhecer com Dignidade. *Jornal da UNICAMP*, 18 (247), 12.
- Neri, A.L. (2007). El legado de Paul B. Baltes a la psicología: el paradigma life span aplicado al desarrollo y al envejecimiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (2), 413-417.
- Netuveli, G. & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85, 113-126.
- Neugarten, B.L. (1968). Adult personality. Toward a psychology of the life cycle. En B.L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Neugarten, B.L. (1975). The future and the young old. *The Gerontologist*, 15, 49.
- Neulinger, J. (1974). *The psychology of leisure*. Springfield III: Charles Thomas.
- Neulinger, J. (1981). *The Psychology of Leisure* (2a. ed. rev.). Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- Newman, A.B., Bayles, C.M., Milas, C.N., McTigue, K., Williams, K., Robare, J.F., Taylor, C.A., Albert, S.M. & Kuller, L.H. (2010). The 10 Keys to Healthy Aging: Findings From an Innovative Prevention Program in the Community. *Journal of Aging Health*, 22, 547-566.
- Oca, M. de & Montes de Oca, V. (2005). Redes comunitarias, género y envejecimiento. Cuadernos de investigación, 31. México D.F.: UNAM.
- Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J.C., Molina, C. & Tomás, J.M. (2009). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la República Dominicana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26 (3), 189-96.
- Organización Mundial de la Salud (1984). *Cuidado innovador para las enfermedades crónicas. Agenda para el cambio*. Recuperado el 9 de febrero de 2008 de [http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccc\\_spanish.pdf](http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccc_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (1990). *Envejecimiento saludable*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Envejecimiento activo, un marco político*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, ONU (1999). Sigamos activos para envejecer bien. Día Mundial de la Salud. *Boletín oficial*, 7 de abril. Washington DC, EE.UU.

- Orte, C. & Vives, M. (2006). Apoyo social, calidad de vida y programas universitarios para mayores. En C. Orte (Coord.), *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores* (pp. 263-311). Madrid: Dykinson.
- Orte, C. (2006). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores*. Madrid: Dykinson.
- Orth, U., Trzesniewski, K.H. & Robins, R.W. (2010). Self-Esteem Development From Young Adulthood to Old Age: A Cohort-Sequential Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98 (4), 645-658.
- Ortíz, J.B. & Castro, M. (2009). The psychological well-being of the elderly and their relation with self-esteem and self- efficiency: nursing contribution. *Ciencia y Enfermería*, 15 (1), 25-31.
- Ortíz, M.I. & Gerónimo, L. (2008). El envejecimiento en México. Aspectos territoriales y repercusiones sociales. *Trayectorias*, 10 (26), 79-92.
- Osorio, P. (2006). La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales. *Papeles del CEIC*, 22, 1-28.
- Otero, A. (2009). Relaciones sociales y envejecimiento saludable. *Cuadernos Aragoneses de Economía*, 19 (2), 205-224.
- Otero, A., Zunzunegui, M.V., Béland, F., Rodríguez, A. & García de Yébenes, M.J. (2006). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Paniagua, R. (2007). El proceso de envejecimiento y la intervención social. *RBCEH, Passo Fundo*, 4 (1), 57-75.
- Paramio, J.L. & Zoffo, J.L. (2007). Calidad de vida frente a nivel de vida: la evolución del mercado laboral y de las industrias del ocio en España. *RES*, 8, 85-114.
- Parra, D.C., Gómez, L.F., Sarmiento, O.L. Buchner, D., Brownson, R. Schimd, T., Gómez, V. & Lobelo, F. (2010). Perceived and objective neighborhood environment attributes and health related quality of life among the elderly in Bogotá, Colombia. *Social Science & Medicine*, 70, 1070-1076.
- Peña, B., Terán, M., Moreno, F. & Bazán, M. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14 (2), 53-61.
- Pérez de Guzmán, M.V. (coord.) (2006). *Organización y gestión. Agentes al servicio de los mayores*. Madrid: Universitas.
- Pérez, F.J., Manzano, V. & Fazeli, H. (1998). *Problemas resueltos de análisis de datos*. Madrid: Pirámide.
- Pérez, G. (1998). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Técnicas y análisis de datos*. Madrid: La Muralla.
- Pérez, G. (2001). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Métodos*. Madrid: La Muralla.
- Pérez, G. (2006). Estereotipos, vejez y bienestar social. En G. Pérez (Coord.), *Calidad de vida en personas mayores*, (pp. 51-75). Madrid: Dykinson.
- Pérez, L. (2002). Actividades, actitudes y valores. En Ministerio de Asuntos Sociales (Ed.), *Envejecer en España*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Pérez, R. & Smith, V. (2008). Comunicación Intergeneracional: El Cuestionario de Percepción de la Comunicación Intergeneracional (CPCI) en el Contexto Costarricense. *Interamerican Journal of Psychology*, 42 (3), 589-603.
- Pérez, V., Rubio, R. & Musitu, G. (2007). *Mayores solidarios: guía para activar proyectos. Investigación sobre los mecanismos de la solidaridad organizada*. Madrid: Dykinson.
- Perren, S., Keller, R., Passardi, M. & Scholz, U. (2010). Well-Being Curves Across Transitions: The Development of a Retrospective Measure. *Swiss Journal of Psychology*, 69 (1), 15-29.
- Pestana, J.V. (2007). *Aspectos complejos del tiempo libre y el sí mismo. Una investigación a partir de ejercicios teatrales*. Tesis Doctoral no publicada, Dpto. Psicología Social, Universidad de Barcelona.

- Petkoska, J. & Earl, J.K. (2009). Understanding the Influence of Demographic and Psychological Variables on Retirement Planning. *Psychology and Aging*, 24 (1), 245-251.
- Phillipson, C. & Baars, J. (2007). Social theory and social ageing. En J. Bond, F. Dittmann-Kohli & G. Westerhof (Eds.), *Ageing in society: European perspectives on gerontology* (3<sup>rd</sup> ed.). London: SAGE.
- Pinazo, S. (1999a). Influencia de los abuelos en la socialización familiar de los nietos. Revisión de la literatura científica. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34 (4), 231-236.
- Pinazo, S. (1999b). Significado social del rol de abuelo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 9, 169-176.
- Pinazo, S. (2005). Las abuelas y los abuelos en la familia: el caso de las abuelas/os itinerantes. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15 (3), 178-187.
- Pinheiro, M.C., Koller, S.H., Novo, R. & Sánchez-Soares, P. (2007). Adaptação e utilização de uma medida de avaliação da rede de apoio social - diagrama da escolta - para idosos brasileiros. *Universitas Psychologica*, 7 (2), 493-505.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2001). Gender Differences in Self-Concept and Psychological Well-Being in Old Age: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology*, 56, 195-213.
- Pinto, M., Bezerra, F. & Portela, J. (2009). Calidad de vida en personas mayores. Apuntes para un programa de educación para la salud. *Revista de Investigación en Educación*, 6, 70-78.
- Plan Gerontológico Nacional (1993). *Plan Gerontológico Nacional. 1ª Ed.* Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Plickert, G., Cote, R.R. & Wellman, B. (2007). It's not who you know, it's how you know them: Who exchanges what with whom?. *Social Networks*, 29 (3), 405-429.
- Poon, L.W., Martin, P., Bishop, A., Cho, J., Rosa, G. da, Deshpande, N., Hensley, R., MacDonald, M., Margrett, J., Randall, G.K., Woodard, J.L. & Miller, L.S. (2010). Understanding Centenarians' Psychosocial Dynamics and Their Contributions to Health and Quality of Life. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, doi:10.1155/2010/680657.
- Prieto-Flores, M. E., Fernández-Mayoralas, G., Rojo, F., Lardiés, R., Rodríguez, V., Ahmed-Mohamed, K. & Rojo, J.M. (2008). Factores socialdemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid, 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82 (3), 301-313.
- Pronin, E. (2008). How We See Ourselves and How We See Others. *Science*, 320 (5880), 1177.
- Pruchno, R.A., Wilson-Genderson, M., Rose, M. & Cartwright, F. (2010). Successful Aging: Early Influences and Contemporary Characteristics. *The Gerontologist*, publicado en doi:10.1093/geront/gnq041
- Puig, M., Lluch, M.T. & Rodríguez, N. (2009). Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*, 20 (1), 9-14.
- Quiles, Y. & Terol, M.C. (2009). Assessment of Social Support Dimensions in Patients with Eating Disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 12 (1), 226-235.
- Ramírez, M.T., Hernández, R. & Díaz, M.Á. (2008). Modelo estructural predictor de la salud mental y física en mujeres. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23 (2), 101-108.
- Ramos de Oliveira, R. & Páez, D. (2007). Diferencias en auto-estima conforme la edad y etnicidad. *Actas del X Congreso Nacional de Psicología Social*. Cádiz: Universidad de Cádiz.
- Reblin, M. (2008). Expectation and relationship quality in perceived and enacted social support. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 69 (5B), 3312.
- Reddy, S. (2009). Relationships among individuals' personality, self esteem, age, perceived social support, appearance schema, appearance appraisal and, body image coping strategies. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 69 (7B), 4487.
- Reig, A. (2003). Quality of life. In R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment* (pp. 800-805). London: Sage.

- Reig, A. (2004). Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 167-200). Madrid: Pirámide Psicología.
- Requejo, A. (2003). *Educación permanente y educación de adultos: intervención socioeducativa en la edad adulta*. Madrid: Ariel.
- Requejo, A. (2007): *Os Idosos na sociedade actual*. En A. Requejo y F. Cabral, *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*. Capítulo II (11-46). Lisboa: Editorial Horizontes Pedagógicos.
- Requejo, A. (2009). La Educación de "Personas Mayores" en el Contexto Europeo. *Revista Electrónica de Educación y Formación*, 3, 45-63.
- Requena, C., Martínez, A. & Ortiz, T. (2010). Vital Satisfaction as a Health Indicator in Elderly Women. *Journal of Women & Aging*, 22 (1), 15-21.
- Riediger, M., Freund, A.M. & Baltes, P.B. (2005). Managing Life Through Personal Goals: Intergoal Facilitation and Intensity of Goal Pursuit in Younger and Older Adulthood. *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 60, 84-91.
- Riediger, M., Li, S.C. & Lindenberger, U. (2006). Selective Optimization with Compensation as developmental mechanisms of adaptative resources allocation: Review and Preview. En J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.). *Handbook of the Psychology of Aging*. (6<sup>th</sup> ed., pp. 289-315). New York: Academic Press.
- Rodríguez, A., Betancor, V., Rodríguez, R., Quiles, M.N., Delgado, N. & Coello, E. (2005). El efecto de las identidades nacionales con distintos niveles de inclusividad en el prejuicio hacia exogrupos. *Psicothema*, 17 (3), 441-446.
- Rodríguez, A.F., Valderrama, L.J. & Uribe, J.M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, 25, 246-258.
- Rodríguez, J. & Agulló, E. (2002). Psicología social y ocio: una articulación necesaria. *Psicothema*, 14 (1), 124-133.
- Rodríguez, J., Pastor, M. A. & López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20 (4), 159-166.
- Rodríguez, N. & García, M. (2005). La noción de Calidad de Vida desde diversas perspectivas. *Revista de Investigación*, 57, 49-68.
- Rodríguez, N. (2007). Actitudes hacia la jubilación. *Interdisciplinaria*, 24 (1), 5-42.
- Rodríguez, S., Cabanach, R.G., Valle, A., Núñez, J.C. & González-Pienda, J.A. (2004). Diferencias en el uso del self-handicapping y pesimismo defensivo y sus relaciones con las metas de logro, la autoestima y las estrategias de autorregulación del aprendizaje. *Psicothema*, 16 (4), 626-632.
- Rodríguez, V.J. (2001). Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes. *CEPAL, serie población y desarrollo*, 17.
- Rodríguez-Carvajal, R., Díaz, D., Moreno-Jiménez, B., Blanco, A. & Dierendonck, D. van (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema*, 22 (1), 63-70.
- Rohr, M.K. & Lang, F.R. (2009). Aging Well Together-A Mini-Review. *Gerontology*, 55, 333-343.
- Rojas, M.J., Toronjo, A., Rodríguez, C. & Rodríguez, J.B. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17 (1), 8-23.
- Romero, A.E., García-Mas, A. & Brustad, R. (2009). Estado del arte y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en psicología del deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (2), 335-347.
- Romero, A.J. (2009). Hacia una Psicología de la Paz [E-Book]. *Actas del XI Congreso Nacional de Psicología Social*, 1, 137-143.

- Ronald, J.A., Jacqueline, L.A. & Terrence D.H. (2009). Subjective Control and Health Among Mexican-Origin Elders in Mexico and the United States: Structural Considerations in Comparative Research. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B, 390-401.
- Rook, K.S., Mavandadi, S., Sorkin, D.H. & Zettel, L.A. (2007). Optimizing Social Relationships as a Resource for Health and Well-Being in Later Life. En C.M. Aldwin, C.L. Park & A. Spiro, (Eds.), *Handbook of Health Psychology and Aging*, New York, NY, USA: Guilford Press.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princenton, N.J.: University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. & Rosenberg, F. (1995). Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *American Sociological Review*, 60 (1), 141-156.
- Rosow, Y. (1976). Status and role change through the life course. En R.H. Binstock & E. Shanas (1999), *Handbook of Aging and Social Sciences*. New York: Von Nostrand Reinhold.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237 (4811), 143-149.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1999). *Successful Aging*. Nueva York: Dell.
- Rubin, M. & Hewstone, M. (1998). Social identity theory's self-esteem hypothesis: a review and some suggestions for clarification. *Personality and Social Psychology Review*, 2 (1), 40-62.
- Rubio, R. (2004). La vejez con éxito, competente y otros modelos. En N. Yuste, R. Rubio & M. Aleisandre (Coords.), *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Rubio, R., & Rico, M.A. (1997). Prevención del aislamiento social en personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 32 (7), 51-7.
- Ruíz, L.G., Colín, R.F., Corlay, I.S., Lara, M.C. & Dueñas, H.J. (2007). Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental*, 30 (2), 25-32.
- Ruíz, L.J., Chinchilla, J.L. & Ruíz, M. (2010). La vejez y el deporte como objeto de representaciones sociales. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 17, 118-121.
- Ruíz, M.L., Richart, M., Moreno, J.P., Villagrasa, F., Castroverde, O., Llopis, M.L., Landete, I., Zarate, V. & Mas, F. (2007). Estudio de la calidad de vida en las personas mayores confinadas en el domicilio en un barrio de Alicante. *Enfermería Clínica*, 17 (6), 287-292.
- Ryerson, D.L. (2008). Quality of life and perceived social support of SPMI individuals enrolled in day treatment: Five case studies. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 69 (1B), 697.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1.069-1.081.
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. & Keyes, C. (2003). Ironies of the human condition: Well-being and health on the way to mortality. En L.G. Aspinwall & U.M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths* (p. 271-287). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ryff, C. & Singer, B.H. (2002). From social structure to biology: Integrative science in pursuit of human health and well-being. En C.R. Synder & S.J. López (Eds.), *Handbook of positive psychology* (p. 541-555). New York: Oxford University Press.
- Sabini, J. & Silver, M. (2005). Lack of Character? Situationism Critiqued. *Ethics*, 115 (3), 535-562.
- Sáez, H. (1997). *Calidad de Vida en las Personas Mayores de Andalucía*. Sevilla: Instituto Andaluz de Servicios Sociales.
- Sáez, J. (1998). *La Educación de Personas Adultas (en defensa de la reflexividad crítica)*. Salamanca: Amarú.

- Sainz, C. (2006). El entorno familiar. Incidencia en la calidad de vida del mayor. En M.L. Sarrate (Coord.), *Atención a las personas mayores. Intervención práctica* (pp. 159-188). Madrid: Editorial Universitas, S.A.
- Saito, E., Sagawa, Y. & Kanagawa, K. (2005). Social support as a predictor of health status among older adults living alone in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 7 (1), 29-36.
- Saete, C. (2009). Self-esteem and literacy: What may be in this relationship?. *Cadernos de Pesquisa*, 39 (137), 577-595.
- Salmela-Aro, K., Aunola, K. & Nurmi, J.E. (2007). Personal Goals During Emerging Adulthood: A 10-Year Follow Up. *Journal of Adolescent Research*, 22 (6), 690-715.
- Sanahuja, J.M., Tejada, J., Navío, A., Jurado, P., Mas, O., Ruíz, C. & Ferrández, E. (2005). Personas mayores-Aprendices activos. *IV Congreso de Formación para el Trabajo*. Recuperado el 25 de septiembre de 2009 de <http://tecnologiaedu.us.es/formaytrabajo/Documentos/opal.pdf>
- Sánchez, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. Tesis Doctoral, Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Málaga.
- Sánchez, E. (1999). Relación entre la autoestima personal, la autoestima colectiva y la participación en la comunidad. *Anales de Psicología*, 15 (2), 251-260.
- Sánchez, E. (2004). Collective Social Support? Elements for Reconsidering the Social Dimension in the Study of Social Support. *The Spanish Journal of Psychology*, 7 (2), 124-134.
- Sánchez, E. & Barrón, A. (2007). Social risk factors in Spanish Routh and their impact on self-concept construction. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2), 328-337.
- Sánchez, M. (2004). La educación de las personas mayores en el marco del envejecimiento activo. Principios y líneas de actuación. *Informes Portal Mayores*, 26. Madrid: Portal de Mayores.
- Sánchez, M., López, J., Tallada, C., Pinazo, S., Sáez, J. & Díaz, P. (2007). Los programas intergeneracionales y el envejecimiento activo. Revisión de casos y algunas propuestas de acción [CD-ROM]. *Actas del X Congreso Nacional de Psicología Social*, 177-189.
- Sánchez, M.C.; Parra, J. & Rosa, A.I. (2003). Otra razón más para subrayar la función de las relaciones en la familia como contexto educativo: El bienestar psicológico. *Libro de comunicaciones del II Congreso nacional de atención a la diversidad*. Generalitat Valenciana: CEFIRE.
- Sánchez, M.P., Aparicio, M.E. & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18 (3), 584-590.
- Sánchez-Cánovas, J. (1994). El bienestar psicológico subjetivo. Escalas de Evaluación. *Boletín de Psicología*, 43, 25-51.
- Sánchez-Cánovas, J. (1998). *EBP: Escala de Bienestar Psicológico*. Publicaciones de Psicología Aplicada, Serie menor, nº 257. Madrid: TEA Ediciones.
- Sánchez-Herrero, S. (2008). La importancia de la perspectiva de género en la psicología del ocio. *Anales de Psicología*, 24 (1), 64-76.
- Sander, B. (1994). Gestión educativa y calidad de vida. *Educación: Revista Interamericana de Desarrollo Educativo*, 38 (18), 237-264.
- Sanduvete, S. (2004). Calidad de vida en las personas mayores. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 277-288.
- Sani, F., Bowe, M. & Herrera, M. (2008). Perceived collective continuity and social well-being: Exploring the connections. *European Journal of Social Psychology*, 38, 365-374.
- Santolaya, F., Martínez, M.F., García, M. & Albar, M.J. (2002). Inmigrantes y recursos sociales naturales. La aplicación del modelo de Convoy Social al proceso de aculturación. *Migraciones*, 11, 83-112.

- Santos-Olmo, A.B., Ausín, B., Muñoz, M. & Serrano, P. (2008). Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de búsqueda activa. *Intervención Psicosocial*, 17 (3), 307-319.
- Sarabia, C.M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20 (4), 172-174.
- Scala, M.A. (1996). Participation motives and experiences of older adults in an undergraduate classroom. *Educational Gerontology*, 22, 727-773.
- Scandroglio, B., López, J.S. & San José, M.C. (2008). La Teoría de la Identidad Social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias. *Psicothema*, 20 (1), 80-89.
- Schalock, R.L. & Verdugo, M.A. (2002). *The concept of Quality of Life in Human Services: a Handbook for Human Service Practitioners*. American Association on Mental Retardation. Washington.
- Schalock, R.L. & Verdugo, M.A. (2003). *Calidad de Vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schalock, R.L. & Verdugo, M.A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38 (4), 21-36.
- Schalock, R.L., Bonham, G.S. & Verdugo, M.A. (2008). The concept of quality of life as a framework for program planning, implementation, evaluation, and improvement. *Evaluation and Program Planning*, 26 (3), 229-235.
- Schalock, R.L., Gardner, J.F. & Bradley, V.J. (2007). *Quality of life of persons with intellectual and other developmental disabilities: Applications across individuals, organizations, communities, and systems*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R.L., Verdugo, M.A., Bonham, G.S., Fantova, F. & Van Loon, J. (2008). Enhancing personal outcomes: organizational strategies, guidelines and examples. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5 (1), 18-28.
- Schalock, R.L., Verdugo, M.A., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Xu, J. & Lachapelle, Y. (2005). A cross-cultural study of quality of life indicators. *American Journal on Mental Retardation*, 110, 298-311.
- Scheepers, D., Spears, R., Manstead, A.S. & Doosje, B. (2009). The influence of discrimination and fairness on collective self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35 (4), 506-515.
- Schnittker, J. (2007). Look (Closely) at All the Lonely People: Age and the Social Psychology of Social Support. *Journal of Aging Health*, 19, 659-682.
- Schroevers, M.J., Helgeson, V.S., Sanderman R. & Ranchor, A.V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19, 46-53.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, IX (2), 9-21.
- Schwarzer, R., Dunkel-Schetter, C. & Kemeny, M. (1994). The multidimensional nature of received social support in gay men at risk of HIV infection and AIDS. *American Journal of Community Psychology*, 22 (3), 319-339.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.J. & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18 (2), 137-161.
- Séculi, E., Fusté, J., Brugulat, P., Juncá, S., Rué, M. & Guillén, M. (2001). Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria*, 15 (3), 217-223.
- Seligman, M.E.P. (2003). Positive Psychology: Fundamental Assumptions. *Psychologist*, 126-127.
- Serdio, C. (2008). La educación en la vejez: fundamentos y retos de futuro. *Revista de Educación*, 346, 467-483.
- Shaw, B.A., Liang, J. & Krause, N. (2010). Age and Race Differences in the Trajectories of Self-Esteem, *Psychology and Aging*, 25 (1), 82-94.

- Shaw, B.A., Liang, J., Krause, N., Gallant, M. & McGreever, K. (2010). Age Differences and Social Stratification in the Long-Term Trajectories of Leisure-Time Physical Activity. *Journal of Gerontology Social Sciences*, 1-11.
- Stebbins, R.A. (1992). *Amateurs, Professionals, and Serious Leisure*. Montreal, QC and Kingston, ON: McGill-Queen's University Press.
- Stebbins, R.A. (2005). Inclination to participate in organized serious leisure: An exploration of the role of costs, rewards, and lifestyle. *Leisure/Loisir*, 29, 83-202.
- Stefani, D. & Feldberg, C. (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 22 (2), 267-272.
- Stevenson, M.L., Henderson, T.L. & Baugh, E. (2007). Vital Defenses: Social Support Appraisals of Black Grandmothers Parenting Grandchildren. *Journal of Family Issues*, 28, 182-211.
- Steverink, N., Lindenberg, S. & Slaets, J.P.J. (2005). How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. *European Journal of Ageing*, 2(4), 235-244.
- Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M.S. & Abakoumkin, G. (2005). Does Social Support Help in Bereavement?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (7), 1030-1050.
- Szanton, S.L., Allen, J.K., Thorpe, R.J., Seeman, T., Bandeen-Roche, K. & Fried, L.P. (2007). Effect of Financial Strain on Mortality in Community-Dwelling Older Women. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63 (6), 369-374.
- Tabueña, C.M. (2006). Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Intervención psicosocial: Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 15 (3), 275-292.
- Tajfel, H., & Turner, J.C. (1986). An integrative theory of intergroup relations. En S. Worchel & W.G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (pp. 7-24 ). Chicago: Nelson-Hall.
- Tamer, N.L. (1993). El aprendizaje en la Tercera Edad: principios y condiciones. *International Journal of Third Age Learning International Studies*, 3.
- Tamer, N.L. (1999). Calidad y equidad en la educación de los adultos mayores. *Escuela Abierta*, 3, 103-132.
- Tamer, N.L. & Yuni, J. A. (1995). Participación educativa y democratización de oportunidades para las personas mayores. *International Journal of Third Age Learning International Studies*, 5.
- Tang, F., Choi, E. y Morrow-Howell, N. (2010). Organizational Support and Volunteering Benefits for Older Adults. *The Gerontologist*, publicado en doi:10.1093/geront/gnq020
- Tedrick, R. & McGuire, F. (2000). Envejecer en el país de Ulises. Desarrollo Humano y Ocio. En M. Cuenca (ed.), *Ocio y desarrollo humano* (pp. 165-171). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Tejada, M. de (2010). Evaluación de la Autoestima en un grupo de escolares de la Gran Caracas. *Liberabit*, 16 (1), 95-104.
- Terol, M.C., López-Roig, S., Neipp, C., Rodríguez, J., Pastor, M.A., & Martín-Aragón, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, 35 (1), 23-45.
- Terol, M.C., López-Roig, S., Pastor, M.A., Martín-Aragón, M. & Neipp, C. (1999). Apoyo Social: Concepto, Perspectivas de Estudio y niveles de Análisis. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 9 (3), 95-122.
- Thoits, P.A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48, 174-187.
- Thompson, J. (1996). The University of the Third Age. *Educational Gerontology*, 21 (5), 429-447.
- Tifner, S. (2007). La multidimensionalidad del bienestar y de la calidad de vida. En M. Gil (Ed.), *Psicología social y bienestar*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Tinsley, H.E. & Tinsley, D.J.A. (1986). Theory of the attributes, benefits and causes of leisure experience. *Leisure Sciences*, 8, 1-45.

- Tomás, J.M., Meléndez, J.C. & Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20 (2), 304-310.
- Tomás, J.M., Meléndez, J.C., Oliver, A., Navarro, E. & Zaragoza, G. (2010). Efectos de método en las escalas de Ryff: un estudio en población de personas mayores. *Psicológica*, 31, 383-400.
- Tones, M.J. & Pillay, H.K. (2007). Selection, Engagement and Disengagement of Learning Goals in Older Workers and their Respective Employers: Preliminary Findings in a Sample of Mature Age Australians. En M. Xiao, A. Osman- Gani, B. Yang, & J. Gong, (Eds.), *Proceedings The Sixth Asian Conference of the Academy of HRD*. Beijing: China.
- Tonon, G. (2005). Apreciaciones teóricas del estudio de la calidad de vida en Argentina. *Hologramática*, 2 (1), 27-49.
- Tonon, G. (2009). La utilización de indicadores de calidad de vida para la decisión de políticas públicas. *Revista Académica Bolivariana, Polis*, 26, 1-7.
- Topa, G., Depolo, M., Moriano, J.A. & Morales, J.F. (2009). Empleo puente y bienestar personal de los jubilados. Un modelo de ecuaciones estructurales con una muestra europea probabilística. *Psicothema*, 21 (2), 280-287.
- Triadó, C. (2001). Cambio evolutivo, contextos e intervención psicoeducativa en la vejez. Contextos educativos. *Revista de Educación*, 4, 119-133.
- Triadó, C. (2003). *Envejecer en entornos rurales*. Estudios I+D+I, nº 19. Madrid: IMSERSO.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C. & Osuna, M.J. (2005). La medida del bienestar en personas mayores: adaptación de la Escala Ryff. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58 (3), 347-363.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Celdrán, M. & Osuna, M.J. (2009). Daily activity and life satisfaction in older people living in rural contexts. *The Spanish Journal of Psychology*, 12 (1), 236-245.
- Trinidad, A. (2006). El nuevo discurso de los mayores: la construcción de una nueva identidad social. *Revista de Educación Social*, 6, 65-90.
- Trujillo, S. (2005). Agenciamiento individual y condiciones de vida. *Universitas Psychologica*, 4 (2), 221-229.
- Trujillo, S., Tovar, C. & Lozano, M. (2004). Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología. *Universitas Psychologica*, 3 (1), 89-98.
- Trujillo, S., Tovar, C. & Lozano, M. (2007). El anciano conformista ¿un optimista con experiencia?: resonancias de una investigación sobre lo psicológico en la Calidad de Vida con personas mayores en Soacha y Sibaté. *Universitas Psychologica Bogotá (Colombia)*, 6 (2), 263-268.
- Turner, J.C. (1990). *Redescubrir el grupo social*. Madrid: Ediciones Morata, S.A. (trabajo original publicado en 1987).
- Ulla, S., Coca, C., Rincón, C., Díaz, J.L., Remor, E., Arranz, P. & Bayés, R. (2003). Coping with Death: Perceptions of health care professionals working in a pediatric intensive care unit and a geriatric service. *Illnes, Crises & Loss*, 12.
- UNESCO (1982). *Conferencia mundial sobre las políticas culturales*. Recuperado el 10 de enero de 2009 de [http://www.unesco.org/culture/laws/html\\_eng/page1.shtml](http://www.unesco.org/culture/laws/html_eng/page1.shtml)
- UNESCO (1995). *Informe mundial sobre la ciencia*. París: UNESCO, Santillana.
- Universidad Complutense de Madrid (2009). *Encuentro sobre envejecimiento, servicios sociales y desarrollo rural*. Recuperado el 11 de noviembre de 2009 de [http://www.plusesmas.com/actualidad\\_senior/09\\_2009/encuentro\\_sobre\\_envejecimiento\\_ser\\_vicios\\_sociales\\_y\\_desarrollo\\_rural\\_promovido\\_por\\_el\\_imserso\\_y\\_celebrado\\_en\\_el\\_escorial\\_dentro\\_de\\_los\\_cursos\\_de\\_verano\\_2009\\_organizados\\_por\\_la\\_universidad\\_complutense\\_de\\_madrid\\_\(ucm\)/1650.html](http://www.plusesmas.com/actualidad_senior/09_2009/encuentro_sobre_envejecimiento_ser_vicios_sociales_y_desarrollo_rural_promovido_por_el_imserso_y_celebrado_en_el_escorial_dentro_de_los_cursos_de_verano_2009_organizados_por_la_universidad_complutense_de_madrid_(ucm)/1650.html)
- Urquijo, S., Monchietti, A. & Krzemien D. (2008). Adaptación a la crisis vital del envejecimiento: Rol de los estilos de personalidad y de la apreciación cognitiva en adultas mayores. *Anales de Psicología*, 24 (2), 299-311.

- Urzúa, A., Cortés, E., Prieto, L., Vega, S. & Tapia, K. (2009). Autorreporte de la Calidad de Vida en Niños y Adolescentes Escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, 80 (3), 238-244.
- Usborne, E. & Taylor, D.m. (2010). The Role of Cultural Identity Clarity for Self-Concept Clarity, Self-Esteem and Subjective Well-Being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36 (7), 883-897.
- Valderas, J.M., Ferrer, M. & Alonso, J. (2005). Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Medicina Clínica*, 125 (1), 56-60.
- Valera, S. (1996). Algunas consideraciones acerca del uso de indicadores en relación con los conceptos de calidad de vida y bienestar. *Intervención Psicosocial*, 5 (13), 1-7.
- Vaux, A. (1988). *Social support: theory, research and intervention*. New York: Praeger.
- Vázquez, C. (2009). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez & G. Hervás (Coords.), *La ciencia del bienestar: fundamentos de una Psicología positiva*. Madrid: Alianza.
- Vázquez, C., Hernangómez, L. & Hervás, G. (2004). Longevidad y emociones positivas. En L. Salvador Carulla, A. Cano & J.R. Cabo (Dirs.), *Longevidad: Un tratado integral sobre promoción de la salud en la segunda mitad de la vida* (pp. 752-761). Madrid: Panamericana.
- Veihel, H.O.F. (1985). Dimensions of social support: a conceptual framework for research. *Social Psychiatry*, 20, 156-162.
- Vega, O.M. & González, D.S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 16, 1-11.
- Velarde-Jurado, E. & Avila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública Mexicana*, 44 (4), doi: 10.1590/S0036-36342002000400009
- Velázquez, M. (1999). La formación de formadores para los programas universitarios de mayores. *Escuela Abierta*, 3, 133-162.
- Velázquez, M. (2006). *Reflexiones sobre los programas universitarios de mayores. Una visión desde la práctica en el Aula de la Experiencia de la Universidad de Sevilla*. Sevilla: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Velázquez, M. & Fernández, C. (1999). *Guía de Programas Universitarios de Personas Mayores*. Madrid. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Velázquez, M., Fernández, C., Holgado, A., Guirao, M. & Sánchez, M. (1999). *Guía de Programas Universitarios de Mayores*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Vera, J.A., Rodríguez, C.K. & Grubits, S. (2009). Social psychology and the concept of culture. *Psicología & Sociedade*, 21 (1), 100-107.
- Vera, J.A., Sotelo, T.I. & Domínguez, M.T. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7 (2), 57-78.
- Vera, N.J. & Tánori, A.B. C (2002). Propiedades psicométricas de un instrumento para medir bienestar subjetivo en la población mexicana. *Revista de psicología*, 20 (1), 63-80.
- Vera-Martínez, J.J. & Martín, M.P. (2009). Conciliación de la vida familiar y laboral: Estrategias de afrontamiento y reparto de las obligaciones familiares en parejas de doble ingreso. *Anales de Psicología*, 25 (1), 142-149.
- Verdugo, M.A. & Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25 (4), 68-77.
- Verdugo, M.A. & Schalock, R.L. (2001). El concepto de calidad de vida en los servicios humanos. En M.Á. Verdugo y B. Jordán de Urries (Eds.), *Apoyos, Autodeterminación y Calidad de Vida*, (105-112). Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M.A., Schalock, R.L., Keith, K.D. & Stancliffe, R.J. (2005). Quality of life and in measurement. En J.C. Martín (2006), *Modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002/2003). Validación mediante análisis multivariante*. Tesis doctoral no publicada. Salamanca: Universidad de Salamanca.

- Vignoles, V.L. & Moncaster, N.J. (2007). Identity motives and in-group favouritism: A new approach to individual differences in intergroup discrimination. *British Journal of Social Psychology*, 46 (1), 91-113.
- Villar, F. (2005). El enfoque del Ciclo Vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. En S. Pinazo & M. Sánchez (Dir.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Prentice-Hall (Pearson Educación).
- Villar, F., Triadó, C., Pinazo, S., Celdrán, M. & Solé, C. (2010). Reasons for Older Adult Participation in University Programs in Spain. *Educational Gerontology*, 36 (3), 244-259.
- Villar, F., Triadó, C., Solé, C. & Osuna, M.J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13, 152-162.
- Villar, F., Triadó, C., Solé, C. & Osuna, M.J. (2006). Patrones de actividad cotidiana en personas mayores: ¿es lo que dicen hacer lo que desearían hacer? *Psicothema*, 18 (1), 149-155.
- Vinuesa, J. & Moreno, A. (2004). Sociodemografía. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontología Social* (pp. 56-77). Madrid: Psicología Pirámide.
- Waddell, E.L. & Jacobs-Lawson, J.M. (2010). Predicting Positive Well-being in Older Men and Women. *International Journal of Aging & Human Development*, 70 (3), 181-197.
- Waite, L. & Das, A. (2010). Families, Social Life, and Well-Being at Older Ages. *Demography*, 47, Supplement, 87-109.
- Walker, G.J., Courneya, K.S. & Deng, J. (2006). Ethnicity, Gender, and the Theory of Planned Behavior: The Case of Playing the Lottery. *Journal of Leisure Research*, 1-29.
- Warner, L.M., Schuz, B., Wurm, S., Ziegelmann, J.P. & Tesch-Romer, C. (2010). Giving and Taking- Differential Effects of Providing, Receiving and Anticipating Emotional Support on Quality of Life in Adults with Multiple Illnesses. *Journal of Health Psychology*, 15 (5), 660-670.
- Weiss, D. & Lang, F.R. (2009). Thinking About My Generation: Adaptive Effects of a Dual Age Identity in Later Adulthood. *Psychology and Aging*, 24 (3), 729-734.
- Wight, R.G., Cummings, J.R., Karlamangla, A.S. & Aneshensel, C.S. (2010). Urban Neighborhood Context and Mortality in Late Life. *Journal of Aging Health*, 22, 197-218.
- Wilson, T.D. (2005). The Message Is the Method: Celebrating and Exporting the Experimental Approach 2005. *Psychological Inquiry*, 16 (4), 185-193.
- Wister, A.V., Malloy-Weir, L.J., Rootman, I. & Desjardins, R. (2010). Lifelong Educational Practices and Resources in Enabling Health Literacy Among Older Adults. *Journal of Aging Health*, 23, 223-231.
- Wood, S., Kisley, M. & Burrows, L. (2007). Looking at the Sunny Side of Life: Age- Related Change in an Event-Related Potential Measure of the Negativity Bias. *Psychological Science*, 18 (9), 838-843.
- Xie, B. (2008). The mutual shaping of online and offline social relationships. *Information Research*, 13 (3), 350.
- Yahaya, N., Siti, A., Momtaz, Y.A. & Hamid, T.A. (2010). Quality of Life of Older Malaysians Living Alone. *Educational Gerontology*, 36 (10), 893-906.
- Yanguas, 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, IMSERSO.
- Yanguas, J.J., Leturia, F.J. & Arraz, M.L. (2000). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del psicólogo*, 76.
- Yeung, D.Y. & Fung, H.H. (2009). Aging and Work: How Do SOC Strategies Contribute to Job Performance Across Adulthood?. *Psychology and Aging*, 24 (4), 927-940.
- Ysseldyk, R., Matheson, K. & Anisman, H. (2010). Religiosity as Identity: Toward an Understanding of Religion From a Social Identity Perspective. *Personality and Social Psychology Review*, 14, 60-71.

- Yubero, S., Ovejero, A. & Larrañaga, E. (2010). Apoyo social percibido en el contexto escolar y victimización entre iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 25 (3), 283-293.
- Yuni, J., Schlossberg, M. & Lucero, M. (1995). Las actividades educativas como facilitadoras de cambio en las personas mayores. *Ponencia del Primer Encuentro Latinoamericano de Geriátrica y Gerontología*. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.
- Yuni, J.A. & Urbano, C.A. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, 6 (10), 151-169.
- Yuni, J.A. & Urbano, C.A. (2005). *Educación de Adultos Mayores: teoría, investigación e intervenciones*. Córdoba: Brujas.
- Yuni, J.A., Urbano, C.A. & Tarditi, L. (2005). La educación como recurso para la integración social de los adultos mayores. *Primer Encuentro de Formadores de Adultos Mayores*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Zabalegui, A., Bover, A., Rodríguez, E., Cabrera, E., Díaz, M., Gallart, A., González, A., Gual, P., Izquierdo, M.D., López, L., Pulpón, A.M. & Ramírez, A. (2008). Informal Caregiving: Perceived Needs. *Nursing Science Quarterly*, 21(2), 166-172.
- Zabalegui, A., Escobar, M.A., Cabrera, E., Gual, M.P., Fortuny, M., Mach, G., Ginesti, M. & Narbona, P. (2006). Análisis del programa educativo PECA para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. *Atención Primaria*, 37 (5), 260-265.
- Zacarés, J.J., Iborra, A., Tomás, J.M. & Serra, E. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: Una comparación de la identidad global frente a la identidad en dominios específicos. *Anales de Psicología*, 25 (2), 316-329.
- Zaitune, M.P.D., Barros, M.B.D., Cesar, C.L.G., Carandina, L., Goldbaum, M. & Alves, M.C.G.P. (2010). Factors associated with global and leisure-time physical activity in the elderly: a health survey in Sao Paulo (ISA-SP), Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 26 (8), 1606-1618.
- Zamarrón, M.D. (2007). Envejecimiento Activo. *Infocop*, 34, 7-9.
- Zea, M.C. (2009). La experiencia del aula universitaria de mayores: enseñanza-aprendizaje de cuidado y autocuidado. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27 (2), 244-253.
- Zeng, Y.C., Ching, S.S.Y. & Loke, A.Y. (2010). Quality of life measurement in women with cervical cancer: implications for Chinese cervical cancer survivors. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8 (30), doi: 10.1186/1477-7525-8-30.
- Zettel, L.A. (2005). Aging alone: Do the social support resources of never-married individuals place them at risk?. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65 (10B), 5441.
- Zimmer, Z. & Martin, L. (2007). Key Topics in the Study of Older Adult Health in Developing Countries that are Experiencing People Aging. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22 (3), 235-241.



**Anexo**

---

**Cuestionario de Investigación**





**CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS PSICOSOCIALES Y DE FORMACIÓN DEL ALUMNADO QUE FORMA PARTE DE LOS PROGRAMAS UNIVERSITARIOS PARA MAYORES DE ANDALUCÍA**

Código Participante \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

El grupo de investigación HUM-259, adscrito al Departamento de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla está llevando a cabo un estudio para analizar en qué medida el hecho de recibir formación en los Programas Universitarios de Mayores incrementa la calidad de vida, mejora las redes de apoyo social y el bienestar psicológico.

Se trata de un cuestionario anónimo, por lo que le rogamos conteste sinceramente a las cuestiones propuestas. No existen respuestas correctas o incorrectas. La información obtenida será tratada con la mayor confidencialidad.

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**Lugar donde vive:**

- Residencia de personas mayores
- Domicilio propio
- Domicilio familiar (hijos/as, sobrinos/as, etc.)

**Sexo:**

- Varón
- Mujer

**Estado Civil:**

**Edad:** \_\_\_\_\_

- Soltero/a
- Casado/a
- Pareja de hecho
- Viudo/a
- Divorciado/a

**Últimos estudios realizados:** \_\_\_\_\_

**Profesión realizada:** \_\_\_\_\_

**Situación laboral (en activo o jubilado):** \_\_\_\_\_

**Curso en el que está matriculado/a:** \_\_\_\_\_

**CUESTIONES**

En las siguientes cuestiones rodee con un círculo la respuesta que mejor describa su situación.

ÍTEMS		Sí	No
¿Tiene usted hijos/as?		Sí	No
¿Tiene usted relación con parientes: hermanos/as, sobrinos/as, primos/as, etc.?		Sí	No
¿Tiene usted relación con amigos/as?		Sí	No
<b>1: Menos de una vez al mes</b>	<b>2: Una o dos veces al mes</b>	<b>3: Una vez a la semana o más</b>	

ÍTEMS	1	2	3
¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?	1	2	3
¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos/as?	1	2	3
¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus familiares?	1	2	3
¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos/as?	1	2	3

1: Cariños, abrazos, etc.	2: Ayuda material	
ÍTEMS	1	2
¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	1	2
¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos/as?	1	2
¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus familiares?	1	2
¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus amigos/as?	1	2

1.- Nada	2.- Poco	3.- Mucho				
ÍTEMS				1	2	3
¿En qué grado está satisfecho/a de la relación con su cónyuge?				1	2	3
¿En qué grado está satisfecho/a de la relación con sus hijos/as?				1	2	3
¿En qué grado está satisfecho/a de la relación con sus familiares?				1	2	3
¿En qué grado está satisfecho/a de la relación con sus amigos/as?				1	2	3

Lea la siguiente lista de enunciados y rodee con un círculo el número que refleje mejor su grado de acuerdo **desde que usted es alumno/a del Programa Universitario de Mayores**, teniendo en cuenta que:

1.-Muy de acuerdo	2.-De acuerdo	3.-En desacuerdo	4.-Muy en desacuerdo							
ÍTEMS							1	2	3	4
Creo que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás							1	2	3	4
Creo tener varias cualidades buenas							1	2	3	4
Me inclino a pensar que en conjunto soy un fracaso							1	2	3	4
Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente							1	2	3	4
Creo que no tengo muchos motivos para enorgullecerme							1	2	3	4
Asumo una actitud positiva hacia mí mismo/a							1	2	3	4
En general, estoy satisfecho/a conmigo mismo/a							1	2	3	4
Desearía sentir más respeto por mí mismo/a							1	2	3	4
A veces me siento realmente inútil							1	2	3	4
A veces pienso que no sirvo para nada							1	2	3	4
Soy un miembro valioso/a del grupo de las personas de edad							1	2	3	4

A menudo lamento pertenecer al grupo de personas mayores	1	2	3	4
Generalmente, el grupo de personas mayores es considerado bueno por las personas de edades diferentes	1	2	3	4
En general, pertenecer al grupo de los mayores tiene poco que ver con lo que yo pienso de mí mismo/a	1	2	3	4
Pienso que no tengo mucho que ofrecer al grupo de las personas de edad	1	2	3	4
En general, estoy contento/a de pertenecer al grupo de las personas mayores	1	2	3	4
La mayoría de las personas considera al grupo de mayores, por término medio, menos eficaz que otros grupos	1	2	3	4
El grupo de personas de edad es un reflejo importante de quién soy yo	1	2	3	4
Soy un participante cooperativo en el grupo de las personas mayores	1	2	3	4
A menudo siento que el grupo de las personas de edad no vale mucho	1	2	3	4
En general, los demás respetan a los mayores	1	2	3	4
El hecho de que pertenezca al grupo de las personas mayores no es importante para entender qué tipo de persona soy	1	2	3	4
A menudo me siento un miembro poco útil del grupo de personas de edad	1	2	3	4
Me siento bien respecto al grupo de personas de edad	1	2	3	4
En general, los demás piensan que el grupo de las personas de edad, del que soy miembro, no tiene mucho valor	1	2	3	4
En general, pertenecer al grupo de las personas mayores es una parte importante de la imagen que tengo de mí mismo/a	1	2	3	4

Lea la siguiente lista de enunciados y rodee con un círculo el número que refleje mejor su grado de acuerdo desde que usted es alumno/a del Programa Universitario de Mayores, teniendo en cuenta que:

1.-Muy de acuerdo	2.-De acuerdo	3.-En desacuerdo	4.-Muy en desacuerdo			
ÍTEMS			1	2	3	4
Tengo nuevas formas de ocupar el tiempo libre	1	2	3	4		
He modificado mis actividades de ocio y tiempo libre	1	2	3	4		
Formar parte del Aula de la Experiencia posibilita que use mejor el tiempo de ocio	1	2	3	4		
He hecho nuevos amigos que enriquecen mi vida	1	2	3	4		
He descubierto que tengo posibilidades de aprender	1	2	3	4		
Soy más respetado/a en mi familia	1	2	3	4		
Puedo entender mejor a la gente joven	1	2	3	4		
Acepto mejor los cambios propios de mi edad	1	2	3	4		
He cambiado mis hábitos de alimentación y cuidado mi salud física	1	2	3	4		
Puedo comunicarme mejor con mis hijos y nietos	1	2	3	4		
Me he dado cuenta de que puedo ser útil	1	2	3	4		
Me siento más seguro/a para enfrentarme a los cambios sociales y tecnológicos	1	2	3	4		
Puedo expresar lo que siento con mayor facilidad	1	2	3	4		

Tengo una imagen más positiva de mi mismo	1	2	3	4
Me siento más seguro/a e independiente a la hora de tomar decisiones sobre mi vida	1	2	3	4
Puedo compartir más actividades con mi familia	1	2	3	4
He descubierto nuevos aspectos de mi personalidad	1	2	3	4
Soy más tolerante con los que piensan distinto o tienen otra forma de vida	1	2	3	4
Me siento más integrado/a en la sociedad	1	2	3	4
Me he integrado con personas ajenas a mi círculo habitual de amistades	1	2	3	4
Comprendo mejor que la realidad es compleja y cambiante	1	2	3	4
Comprendo que mi estado de salud depende en gran parte de mí	1	2	3	4
Me siento con mayor vitalidad y ganas de vivir	1	2	3	4
Adquiriré hábitos de vida más saludables	1	2	3	4
Puedo ayudar a mis hijos/as y nietos/as en cosas que antes no podía o puedo hacerlo mejor	1	2	3	4
He descubierto que puedo hacer cosas por mí mismo/a para mi bienestar personal	1	2	3	4

Recuerde que debe rodear con un círculo el número que refleje mejor su grado de acuerdo.

	1.-Muy de acuerdo	2.-De acuerdo	3.-En desacuerdo	4.-Muy en desacuerdo
	ÍTEMS			
	1	2	3	4
Identifico mejor mis necesidades, deseos, lo que me agrada y me desagrada	1	2	3	4
Cuento con más apoyo y ayuda en mis familiares, vecinos y amistades	1	2	3	4
Vivo y me divierto en ambientes más integradores	1	2	3	4
Mi estilo de vida refleja mis preferencias culturales	1	2	3	4
Me considero más independiente y productivo/a	1	2	3	4
Tengo una situación de vida más estable	1	2	3	4
Me siento más cómodo/a en el entorno donde vivo	1	2	3	4
Me siento más seguro/a de mi mismo/a	1	2	3	4
Disfruto de la mejor salud posible	1	2	3	4
Ejerzo mis derechos y responsabilidades de forma más efectiva	1	2	3	4
Soy tratado/a con dignidad y respeto	1	2	3	4
Alcanzo los objetivos que me propongo	1	2	3	4
Estoy satisfecho/a con la vida que llevo	1	2	3	4

**Desde que usted asiste al Programa Universitario de Mayores, ¿realiza CON MAYOR FRECUENCIA las siguientes actividades?. Rodee con un círculo aquella opción que mejor refleje su grado de acuerdo:**

1.-Muy de acuerdo	2.-De acuerdo	3.-En desacuerdo	4.-Muy en desacuerdo			
ÍTEMS			1	2	3	4
Leer	1	2	3	4		
Escuchar la radio	1	2	3	4		
Ver la televisión	1	2	3	4		
Ir al bar, cafetería	1	2	3	4		
Ir al parque, pasear	1	2	3	4		
Hacer compras, recados	1	2	3	4		
Ir a conferencias	1	2	3	4		
Acudir a un club, hogar, asociación de mayores	1	2	3	4		
Hacer algún deporte	1	2	3	4		
Asistir a espectáculos (cine, teatro, conciertos, toros)	1	2	3	4		
Ir a museos y/o conciertos	1	2	3	4		
Ir a bibliotecas	1	2	3	4		
Realiza excursiones y/o visitas culturales	1	2	3	4		
Realiza turismo y/o asiste a ferias	1	2	3	4		
Cuida a niños/as y/u otros adultos	1	2	3	4		

En las siguientes cuestiones rodee con un círculo la respuesta que mejor describa su situación, teniendo en cuenta en este caso que:

1.- Nunca	2.-Rara vez	3.-A veces	4.-A menudo	5.-Muy a menudo				
ÍTEMS				1	2	3	4	5
Durante los tres últimos meses, ¿con qué frecuencia ha necesitado consejo o información?				1	2	3	4	5
¿Con qué frecuencia las personas que le rodean le han dado consejos o información?				1	2	3	4	5
¿Está satisfecho/a con los consejos e información que ha recibido de esas personas?				1	2	3	4	5
Durante los tres últimos meses, ¿con qué frecuencia ha necesitado ayuda de los demás?				1	2	3	4	5
¿Con qué frecuencia le han ayudado las personas que le rodean?				1	2	3	4	5
¿Está satisfecho/a con la ayuda recibida de esas personas?				1	2	3	4	5
Durante los tres últimos meses, ¿con qué frecuencia ha necesitado apoyo, ánimo, cariño, compañía, cuidados, etc.?				1	2	3	4	5
¿Con qué frecuencia le han dado ese apoyo, ánimo, cariño, compañía, cuidados, etc.?				1	2	3	4	5
¿Está satisfecho/a con el apoyo y el afecto recibido por esas personas?				1	2	3	4	5

Por favor, vea si usted, EN ESTA ETAPA DE SU VIDA, se siente así o en qué medida ha realizado las actividades que se proponen a continuación.

1.- Nunca	2.-Algunas veces	3.-Bastantes veces	4.-Casi siempre	5.- Siempre			
ÍTEMS			1	2	3	4	5
Acostumbro a ver el lado favorable de las cosas			1	2	3	4	5
Me gusta transmitir mi felicidad a los demás			1	2	3	4	5
Me siento bien conmigo mismo			1	2	3	4	5
Todo me parece interesante			1	2	3	4	5
Me gusta divertirme			1	2	3	4	5
Me siento jovial			1	2	3	4	5
Busco momentos de distracción y descanso			1	2	3	4	5
Tengo buena suerte			1	2	3	4	5
Estoy ilusionado/a			1	2	3	4	5
Se me han abierto muchas puertas en mi vida			1	2	3	4	5
Me siento optimista			1	2	3	4	5
Me siento capaz de realizar mi trabajo			1	2	3	4	5
Creo que tengo buena salud			1	2	3	4	5
Duermo bien y de forma tranquila			1	2	3	4	5
Me creo útil y necesario/a para la gente			1	2	3	4	5
Creo que me sucederán cosas agradables			1	2	3	4	5
Creo que como persona he logrado lo que quería			1	2	3	4	5
Creo que valgo tanto como cualquier otra persona			1	2	3	4	5
Creo que puedo superar mis errores y debilidades			1	2	3	4	5
Creo que mi familia me quiere			1	2	3	4	5
Me siento "en forma"			1	2	3	4	5
Tengo muchas ganas de vivir			1	2	3	4	5
Me enfrento a mi trabajo y a mis tareas con buen ánimo			1	2	3	4	5
Me gusta lo que hago			1	2	3	4	5
Disfruto de las comidas			1	2	3	4	5
Me gusta salir y ver a la gente			1	2	3	4	5
Me concentro con facilidad en lo que estoy haciendo			1	2	3	4	5
Creo que, generalmente, tengo buen humor			1	2	3	4	5
Siento que todo me va bien			1	2	3	4	5
Tengo confianza en mí mismo/a			1	2	3	4	5