

**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**  
**GRADO DE PEDAGOGÍA**



**TRABAJO DE FIN DE GRADO**  
**EDUCACIÓN PARA TODA LA VIDA: ANÁLISIS DE LA**  
**CALIDAD FORMATIVA EN CENTRO DE ESTANCIAS**  
**DIURNAS, CENTRO FERRUSOLA**

**Autor: Becerra Macías, Rocío**

**Tutor académico: Limón Domínguez, Dolores**

**Agradecimientos:**

*A las profesoras Lola y Mar por su acompañamiento, su energía y su apoyo durante esta fase tan dura que me han ayudado a superar.*

## ÍNDICE:

<b>1. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Objetivos .....</b>	<b>8</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Educación permanente, su relación con la calidad de vida en la vejez.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2. Educación de adultos .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2.1 Musicoterapia. ....</b>	<b>15</b>
<b>2.2.2 Arteterapia. ....</b>	<b>16</b>
<b>2.2.3 Dramaterapia o Terapia con teatro. ....</b>	<b>17</b>
<b>2.2.4 Risoterapia .....</b>	<b>17</b>
<b>2.3. Envejecimiento activo .....</b>	<b>19</b>
<b>2.3.1 Salud .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3.2 Relaciones Sociales .....</b>	<b>23</b>
<b>2.3.3 La Memoria .....</b>	<b>24</b>
<b>2.4. Actitudes hacia la Jubilación.....</b>	<b>26</b>
<b>2.5. Estrategias para mejorar la salud.....</b>	<b>26</b>
<b>3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>28</b>
<b>3.1. Metodología.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2. Variables o dimensiones del estudio .....</b>	<b>28</b>
<b>3.3 Población y muestra .....</b>	<b>30</b>
<b>3.4 Técnicas e instrumentos de recogida de la información .....</b>	<b>32</b>
<b>3.4.1 Procedimiento .....</b>	<b>32</b>
<b>3.4.2 Instrumentos .....</b>	<b>32</b>
<b>3.4.3 Tratamiento de los datos .....</b>	<b>33</b>
<b>3.5 Resultados .....</b>	<b>34</b>
<b>4 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>41</b>
<b>4.1 Diagnóstico.....</b>	<b>41</b>
<b>4.2 Objetivos .....</b>	<b>42</b>
<b>4.3 Metodología.....</b>	<b>42</b>
<b>4.4 Actividades y tareas que realizar .....</b>	<b>42</b>
<b>4.5 Calendario de actividades.....</b>	<b>60</b>
<b>4.6 Evaluación.....</b>	<b>62</b>
<b>5 CONCLUSIONES .....</b>	<b>64</b>

<b>6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>65</b>
<b>7. ANEXOS .....</b>	<b>68</b>
<b>7.1 Anexo 1: Escala FUMAT .....</b>	<b>68</b>
<b>7.2 Anexo 2: Instrumento de observación .....</b>	<b>73</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1. ÍTEMS Y DIMENSIONES .....</b>	<b>29</b>
<b>TABLA 2. SEXO Y PERMANENCIA EN EL CENTRO .....</b>	<b>30</b>
<b>TABLA 3. COEFICIENTES ESCALA FUMAT .....</b>	<b>33</b>
<b>TABLA 4. DIMENSIONES Y VARIABLES .....</b>	<b>33</b>
<b>TABLA 5. CALENDARIO .....</b>	<b>60</b>
<b>TABLA 6. DIMENSIONES DEL GRUPO DE DISCUSIÓN .....</b>	<b>63</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICA 1. SEXO .....</b>	<b>31</b>
<b>GRÁFICA 2. EDAD.....</b>	<b>31</b>
<b>GRÁFICA 3. PERMANENCIA.....</b>	<b>32</b>
<b>GRÁFICA 4. VARIABLE SATISFACCIÓN .....</b>	<b>34</b>
<b>GRÁFICA 5. VARIABLE ESTADO DE ÁNIMO .....</b>	<b>35</b>
<b>GRÁFICA 6. VARIABLE ACTIVIDADES CON OTRAS PERSONAS .....</b>	<b>35</b>
<b>GRÁFICA 7. VARIABLE RELACIONES DE AMISTAD .....</b>	<b>36</b>
<b>GRÁFICA 8. VARIABLE JUBILACIÓN .....</b>	<b>36</b>
<b>GRÁFICA 9. VARIABLE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DE LA VIVIENDA .....</b>	<b>37</b>
<b>GRÁFICA 10. VARIABLE MATEMÁTICAS .....</b>	<b>37</b>
<b>GRÁFICA 11. VARIABLE COMPRENSIÓN .....</b>	<b>38</b>
<b>GRÁFICA 12 VARIABLE AUDICIÓN .....</b>	<b>38</b>
<b>GRÁFICA 13. VARIABLE VISIÓN .....</b>	<b>39</b>
<b>GRÁFICA 14. VARIABLE PLANES DE FUTURO .....</b>	<b>39</b>
<b>GRÁFICA 15. VARIABLE RELACIONES EN EL CENTRO .....</b>	<b>40</b>

#### Resumen:

En el marco de la Calidad de vida de personas mayores y adultas, el envejecimiento activo es un factor primordial para llevar a cabo una vejez saludable y con éxito, tanto a nivel social como individual.

En este documento se puede observar, en primer lugar, las diferentes teorías sobre educación permanente, envejecimiento activo y los beneficios que éstos conllevan, además de una descripción de varias terapias no farmacológicas que favorecen la salud. Tras hacer un análisis de calidad de vida con la escala FUMAT en el centro de estancias diurnas Ferrusola, comprobamos que había varias necesidades que se debían cubrir como son el bienestar emocional y el desarrollo personal.

Por último, a través de una propuesta de intervención se presenta un conjunto de herramientas de origen terapéutico, basadas en el arte, la música, la risa y el teatro, con unas metodologías dinámicas y participativas que permitirá que las personas mayores las puedan utilizar para llevar a cabo un saludable envejecimiento activo y que les favorezca en la mejora de su calidad de vida y su bienestar.

#### Palabras claves:

Envejecimiento activo, educación permanente, bienestar y calidad de vida.

#### Abstract:

In the frame of Quality of life of elderly and adult people, the active aging is an essential factor to carry out a healthy and successful old age, as much in social level as individual level.

In this document we can observe, in the first place, the different theories about permanent education, active aging and the benefits that these entail in addition to a description of different non-pharmacological therapies that favor health. After doing a quality of life analysis with the FUMAT scale in the Ferrusola day-time center, we check that there were several needs that should be covered, such as emotional well-being and personal development.

Finally, through an intervention proposal is presented a set of therapeutic tools based on art, music, laughter and theater, with dynamic and participatory methodologies that will allow older people to use them to carry out a healthy active aging and that favor them in improving their quality of life and well-being.

#### Keywords:

Active ageing, permanent education, well-being and quality of life

# 1. JUSTIFICACIÓN

Con este trabajo pretendo hacer frente a un gran problema que tiene la sociedad actual. Dicho problema es la desvalorización de nuestras personas mayores. Tanto en el ámbito social como familiar, se considera a las personas, después de su jubilación, menos útiles, que sólo sirven para las tareas de cuidado de los nietos. ¿Por qué es esto así? Estas personas son las que han hecho posible la sociedad tal y como la conocemos hoy, así que, porque se les excluye y se les margina, por qué se las mantiene en el olvido.

En el *libro blanco del envejecimiento activo* de la Consejería para la igualdad y bienestar social (2010) nos habla sobre las diferentes medidas y estrategias que se han implantado en Andalucía para mejorar la ayuda que se les ofrece a los mayores.

En primer lugar, tenemos el artículo 42 de la Ley Autonómica 6/1999 de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía, que dice que *las Administraciones Públicas desarrollarán las actuaciones de divulgación necesarias para informar a las personas mayores sobre los derechos que les reconoce el ordenamiento jurídico y las medidas a emprender en caso de vulneración de los mismos.* (p.115) A continuación, se desarrolló la ley 42/2003, la consistía en que las relaciones entre abuelos y nietos no se prohibieran, exceptuando aquellos casos que tuvieran un motivo justificado.

En el artículo 43 de la Constitución dice que *se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. La organización de la prestación del servicio re realizó, a nivel del Estado, por la Ley 14/1986 General de Sanidad.* (p.144)

Algunas de las medidas que deben adoptar las Administraciones Públicas, según la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (2010) son las siguientes.

- *Deben seleccionar y suministrar información en materia de consumo dirigida específicamente a las Personas Mayores.*
- *Deben salvaguardar todos los derechos y, especialmente, el derecho a la información, de las Personas Mayores como personas consumidoras y usuarias en los medios de comunicación social.*
- *Han de planificar y ejecutar acciones formativas en materia de consumo dirigidas a las Personas Mayores.*
- *Deben definir y deben adoptar las medidas necesarias en materia de Defensa y Protección de los consumidores, especialmente con relación a las ofertas comerciales dirigidas específicamente a este sector de la población, como cumplimiento a lo dispuesto en el art. 48 de la Ley 6/1999 de 7 de julio de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía.*

(p.184)

Andalucía tiene el Plan de Actividad Física y Alimentación Equilibrada que mejora la actividad física y la alimentación de las personas mayores y aportan medidas para prevenir la enfermedad y la discapacidad y así poder mejorar la calidad de vida. En consecuencia, se pretende desarrollar campañas para sensibilizar a las personas mayores dándoles ventajas económicas en instalaciones deportivas o en otros lugares que impliquen ejercicio físico. (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2010)

Asimismo, recomiendan incentivar una investigación en la que pueda llevarse a cabo la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades que se relacionan con el envejecimiento, incitando a nuevas líneas de investigación para lograr la autonomía que conlleva un envejecimiento saludable y que mejore la calidad de vida de estas personas. (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2010, p.266)

En el Consejo europeo se habla de *la necesidad de establecer estrategias y medidas claras y coherentes, que fomenten el aprendizaje permanente para toda la ciudadanía. Aprendizaje que debe garantizar la igualdad de oportunidades, para que las personas puedan adaptarse a las diferentes transformaciones sociales, económicas, laborales y culturales y participen de forma activa en el diseño de un futuro común.* (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2010, p.375)

Por un lado, pretendo analizar las historias de vida de estas personas y averiguar a través de ellas las tareas que han realizado. Quiero aprender cuales son las formas que tienen del ver el mundo y los valores que me pueden aportar con su experiencia. Además, pretendo conocer su tipo de alimentación, si es sana o no lo es, y si realizan ejercicio físico.

Por otra parte, saber que sucede después de la jubilación. Las personas al llegar a la vejez o con la muerte del cónyuge pueden sufrir varios tipos de soledad que pueden ser los siguientes. En primer lugar, soledad objetiva que *hace referencia a las personas que están solas, esto es, aquellas con falta de compañía, permanente o temporal.* (Triadó C. y Villar F. 2007, p. 263) En consecuencia, tenemos la soledad en los mayores de forma subjetiva puesto que es una situación que no eligen y les provoca soledad y, por lo tanto, malestar social. (Triadó C. y Villar F. 2007)

Además, puede tener aislamiento social que *ha sido frecuentemente considerado como un factor de riesgo para la depresión [...] El aislamiento social es un estresor que tiene una relación directa con los síntomas psicológicos y aporta sentimientos de pertenencia o seguridad, guía conductual y sentimientos de disponibilidad de apoyo* (Triadó C. y Villar F. 2007, p.264) al igual que el aislamiento emocional que se da como una forma de no sentirse, los mayores, apoyados.

Conocer si estas personas, siguen con ilusión, con ganas de aprender, pero, sobre todo animarlas a que sigan participando en la mejora de su calidad de vida. Desde la infancia, nuestra meta es encontrar nuestra identidad, algo difícil porque nuestro ser esta en continuo cambio debido a las nuevas experiencias que vamos viviendo, en la última etapa de nuestra vida también tenemos la necesidad de saber quiénes somos.

A lo largo de la historia, muchos filósofos han intentado definir la identidad propia y de las demás personas. Muchos de ellos los podemos encontrar en el libro *psicología del desarrollo desde la infancia a la vejez* de Delgado Egido B. (2009). Concretamente, el capítulo cinco menciona algunos aspectos relacionados con la identidad. Entre algunos conceptos, destacamos los siguientes.

En primer lugar, se destaca a Ortega y Gasset, que dice *Yo soy yo y mi circunstancia, y si no me salvo a ella no me salvo yo*. Esto quiere decir que la circunstancia de cada persona, es decir, su entorno, sus recursos tanto económicos como sociales, etc. influyen en ella misma, a la hora de definir la identidad de cada persona.

En segundo lugar, tenemos a Píndaro, que reflexiona sobre la siguiente frase *entérate de lo que eres y sé lo que eres*. Con esto quiere decir que en primer lugar debemos encontrarnos a nosotros mismos, para así poder serlo. Encontrarnos, puede significar buscar que nos hace feliz, que tarea queremos realizar, que quiero estudiar y porqué.

Por último, Amin Maalouf, que comenta *todos los seres humanos sin excepción alguna, poseemos una identidad compuesta*. Dicha identidad se puede componer de lo que somo en realidad, de lo que creemos ser, de cómo nos ven los demás, de cómo nos gustaría ser y de cómo deberíamos ser. (Delgado Egido B.,2009)

Todos estos filósofos buscan, al igual que todos los seres humanos, la identidad, la cual va cambiando, dependiendo de nuestras circunstancias y en la vejez, después de la jubilación cambia la situación en la que vivimos de forma radical, por lo tanto, necesitamos encontrar una nueva identidad que corresponda con la manera en la que vivimos ahora.

Conocer si se sienten satisfechas con su nueva vida, si saben que hacer ahora. Y después, de toda esta observación quiero aportarles la ayuda necesaria para resolver cuestiones como ¿Quién soy? ¿Qué puedo hacer ahora? ¿Cómo lo hago?...

Con mi trabajo quiero aportar propuestas de envejecimiento activo que trate de fomentar no solo la autoestima de todas y cada una de las personas de los centros de día que acuden, sino que también se sientan creativos y con posibilidades de disfrutar de su cotidianidad. A través del desarrollo de actividades tales como talleres sobre arteterapia, musicoterapia, teatro y risoterapia consigan mantener su actividad y sentirse realizados y satisfechos consigo mismo y con su entorno.

El envejecimiento activo es, según la OMS (2002) *el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen*. Es decir, se trata de una buena evolución a nivel tanto de salud, de participación y de seguridad para poder alcanzar una buena calidad de vida, a la vez que envejecen.

El envejecimiento activo se relaciona con la actividad física que realiza los mayores, como sería hacer deporte, dar paseos, la gimnasia, el baile, etc. todo esto adaptado a su edad y a sus condiciones físicas. También se relaciona con la actividad intelectual, que serían aquellas personas que van a centros de adultos u otros lugares para aprender a leer,

escribir, etc. Las personas mayores que realizan voluntariado o que participan en actividades de su comunidad, también llevan a cabo una vejez activa. Además de aquellos mayores que realizan labores de cuidado con sus nietos mientras sus hijos trabajan.

Otro aspecto para trabajar dentro de los centros de estancias diurnas es la salud, ampliando los conceptos de cuidado a la mejora de una mejor percepción de sí y portando un aumento de estímulos como sería el desarrollo de la creatividad. Y, por último, relacionamos el envejecimiento activo con el ocio y el qué hacer en su tiempo libre.

En concreto vamos a trabajar sobre el ocio y el tiempo libre, hay muchas formas de aprovechar el tiempo de ocio y el tiempo libre, viajando, leyendo, acudiendo a centros de días, centros de mayores o asociaciones realizando actividades de aprendizaje y formación. Por tanto, puede haber varias formas de llevar a cabo la actividad de ocio y tiempo libre en las personas mayores.

En este trabajo nos centraremos en el de aprendizaje y formación de talleres sobre musicoterapia, arteterapia, dramatización y risoterapia, puesto desde nuestra perspectiva es muy importante que, para que una persona se desarrolle de forma activa, se desenvuelva plenamente en este ámbito, además de poder llegar a adquirir nuevos aprendizajes que les permitan obtener herramientas nuevas que pueda utilizar a lo largo de su vida. El aprendizaje y la formación se podrá realizar a través de actividades lúdicas que ayude a mejorar la calidad de vida de estas.

La calidad de vida es concepto de difícil definición puesto que abarca multitud de dimensiones como la satisfacción que tiene una persona respecto a su vida, así como elementos personales, subjetivos, objetivos, además de factores externos como el entorno. Según Fernández Ballesteros, R. et al. (2009, p. 70-71) en el libro *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada* la calidad de vida es *un concepto multidimensional que engloba aspectos tanto personales como medioambientales, y tanto, condiciones subjetivas como objetivas. Sus más importantes contenidos en la vejez son la salud, la competencia física, cognitiva y afectiva, y las condiciones económicas y sociales.*

Con todo esto, y, en definitiva, se pretende averiguar si las personas después de su jubilación se sienten desorientadas respecto al que hacer ahora, o sienten una pérdida de identidad al dedicarse toda su vida a algo y ahora dejar de hacerlo. Así sabré como se sienten desde una perspectiva personal y social. Además, pretendo saber si, una optativa sería la de aprender herramientas a través de talleres, tales como musicoterapia, arteterapia, dramatización y risoterapia.



# 1.1 Objetivos

## Objetivo General

- Mejorar la calidad de vida de los mayores desarrollando pautas para un buen envejecimiento activo.

## Objetivos específicos:

- Conocer cómo se sienten las personas mayores cuando llegan a la edad adulta tardía.
- Averiguar sobre cuáles son las actitudes emocionales que se tienen al llegar a la jubilación y después de ésta.
- Indagar sobre los hábitos de alimentación y de ejercicio físico para obtener una vida saludable.
- Examinar las repercusiones socioambientales que tiene el envejecimiento en las personas mayores.
- Explorar sobre el proceso de sociabilización y factores que influyen en la transición hacia la jubilación.

## 2. MARCO TEÓRICO

La calidad en la formación permanente es necesaria para el bienestar social de nuestros mayores. Puesto que la calidad formativa es un conjunto de acciones formativas que se llevan a cabo con éxito, dichas acciones formativas son las siguientes:

- *Ámbito de aplicación.*
- *Áreas y subáreas de conocimiento.*
- *Categoría profesional y el perfil del puesto de trabajo.*
- *Contenido de la acción formativa.*
- *Modalidades formativas.*
- *Metodología de la acción formativa.*
- *Características de la acción formativa.*
- *Evaluación de la acción formativa.*

(SESCAM, 2010)

Cuando se combina todas estas acciones se forma una *oferta formativa amplia, unificada, adaptada a todos los colectivos, capaz de cubrir eficazmente las necesidades formativas, orientada a las estrategias de la organización y encaminada a optimizar los recursos.* (SESCAM, 2010)

En la constitución española (1978), dice en el artículo 50 del capítulo 3 que *los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.* Es decir, el estado atenderá a los problemas de salud, vivienda, cultura y ocio de las personas mayores. Una forma de enfrentar dichos problemas son los centros de días.

La calidad formativa, queremos trabajar y valorar es la que viene dada dentro de los centros de día. Un centro de día es, según el diccionario del español jurídico de la RAE (2018), *un centro que presta servicios de ocio y actividades socio - culturales sin alojar a sus usuarios.*

Otra definición de centro de día es la que viene dada en *centros de día: un recurso en franca progresión* por Sannino C. (1997) y que dice que *los Centros de atención diurna son equipamientos de la Red Básica de Servicios Sociales. Se trata de una alternativa convivencial orientada a personas que requieren atención personal diurna (superior a las 2 horas diarias), a consecuencia de su discapacidad físico-psíquica, y que pueden carecer de un apoyo familiar y social que asuma plenamente las necesidades de cuidados y asistencia.* Por lo que el centro de día trata de que la persona mayor se halle integrada en la sociedad y pueda realizar su vida cotidiana con normalidad.

Por otro lado, Sannino C. (1997) nos comenta los criterios que debe haber, dentro de un territorio, para abrir un centro de este tipo. Expresa que los criterios son, en primer lugar, aprovechar al máximo los equipamientos, el personal y los recursos que ya se tienen y, en segundo lugar, repartir de forma adecuada la demanda y hacer las especializaciones necesarias para los distintos grupos de la población de dicho territorio.

En concreto, vamos a trabajar con la Unidad de Estancia Diurna denominada Ferrusola, está destinado a prestar una atención integral durante parte del día a las necesidades básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas mayores con un grado variable de dependencia física o psíquica.

Ferrusola se creó en el año 2008 tras la motivación personal de la propietaria de este, Ángela Ferrusola, que quería crear un centro que tuviese estas características. También cuenta con una residencia de mayor antigüedad que tiene el mismo nombre "Ferrusola". La unidad de estancia diurna ofrece sus servicios tanto a los mayores que pueden valerse por sí mismos como a los mayores que necesitan asistencia; por tanto, los servicios que se ofrecen durante el día son los mismos en estos dos tipos de centros.

El centro dispone de plazas tanto privadas, como concertadas con la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. El precio de las plazas se revisa a principios de cada año natural en la misma cuantía que se hace con el IPC. Es en el contrato de admisión, donde se adjunta el coste/mes de la estancia. Los servicios sanitarios, sociales y terapéuticos que se ofrecen, son diseñados en función de las necesidades de la población a la que van dirigidos.

Actualmente, cuenta con instalaciones exteriores, luminosas y amplias que disponen de climatización, fuentes de agua, etc. Dichas instalaciones son las siguientes:

- Sala de cine.
- Sala de baile.
- Sala de gimnasia y de rehabilitación.
- Sala de juegos.
- Terapia cognitiva y ocupacional.

En dicho centro se atiende a todas aquellas personas mayores de 65 años, y excepcionalmente mayores de 55 años que acrediten un grado variable de dependencia física o psíquica, que no padezcan enfermedad que precise una atención imprescindible y continuada en un centro hospitalario.

El reglamento interno con el que cuenta el centro se rige principalmente por la siguiente ley y orden:

- En el BOE, podemos señalar la ley 4/1999, *de 7 de Julio, de atención y protección a las personas mayores.*
- En el BOJA, podemos señalar la Orden de 28 de Julio de 2000, *que regula los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía.*

En torno al centro giran numerosas normativas como pueden ser las referidas a sus instalaciones, plan de incendios, etc. En relación con los usuarios, hay que destacar primordialmente la presente ley, que es prácticamente la base de todo su funcionamiento.

- En el BOE, podemos señalar la ley 39/2006, *de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*.

Es conveniente buscar alternativas a las rutinas de las personas mayores, porque a partir de los 67 años, tienen más tiempo libre esto se puede deber como dice Mendoza Sierra M.I. (1996) en *Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad*, por un lado, a acontecimientos vitales como la jubilación, la viudez, los traslados, etc. o acontecimientos que se pueden deber a la edad, como enfermedades. En estos casos se pueden buscar apoyos sociales, aquí es donde entraría la función de los centros diurnos.

## **2.1. Educación permanente, su relación con la calidad de vida en la vejez**

Vamos a comenzar hablando del concepto de vejez. Dicho concepto está poco definido puesto que es más difícil y por ello la psicología evolutiva se centra más en las etapas de infancia y de juventud. La vejez es la etapa final en el desarrollo de todos los seres humanos. En esta etapa como en las demás ocurren cambios físicos, psíquicos y sociales.

En el libro *Psicología del desarrollo desde la infancia a la vejez* de Delgado Egido, B. et al., (2009) podemos encontrar que el envejecimiento del ser humano es a su vez biológico y psicológico. Puesto que desde una perspectiva biológica se cambia el color y la cantidad de pelo, se tienen arrugas en la piel, etc. y esto repercute de forma psicológica, por ejemplo, en la inseguridad, en la autoestima y en la capacidad de desenvolverse por sí solo.

Desde una perspectiva biológica se cambia el color y la cantidad de pelo, se tienen arrugas en la piel, etc. y esto repercute de forma psicológica, por ejemplo, en la inseguridad, en la autoestima y en la capacidad de desenvolverse por sí solo.

Se pueden encontrar varias clasificaciones de vejez, de la que vamos a hablar ahora es la vejez insatisfactoria y la vejez satisfactoria que viene dada por Triadó, C. & por Villar, F. (2007) en su libro *Psicología de la vejez*. Por un lado, nos encontramos una vejez insatisfactoria que sería aquella que no se tiene aspiraciones o si se tienen no se hace nada para lograrlas. Sería aquellas personas que tienen una actitud pasiva en su vejez, o aquella persona que esté enferma.

Por otro lado, tenemos la vejez satisfactoria que tal como la definen Triadó, C. & por Villar, F. (2007), basándose en tres criterios importantes, es *una baja probabilidad de sufrir enfermedades y discapacidades asociadas a ellas, una capacidad funcional alta,*

*tanto desde un punto de vista físico como cognitivo, y una implicación activa con la vida.* Para poder llevar una vida activa se debe seguir dos premisas claras. La primera, la denomina actividad social, que dé a las personas mayores apoyos instrumentales como sería recibir asistencia médica, poder tener transporte para ir a donde necesite, etc. y apoyos socioemocionales, como sería, el respeto hacía ellas y expresarles afecto. La segunda se denomina actividad productiva, que ayude al funcionamiento de la sociedad, en general, o de su comunidad, en particular.

En el libro *Psicología de la vejez* de Triadó, C. & por Villar, F. (2007), se menciona a Erikson y Havighurst (1992) para hablar de las tareas evolutivas que se llevan a cabo en la tercera edad. Las tareas evolutivas, que según Havighurst (1992) corresponden a mayores de 60 años son la de acostumbrarse a los cambios que su cuerpo tendrá, aceptar la jubilación y contemplar las nuevas direcciones a las que pueden dirigir sus vidas. Obtener un nuevo punto de vista ante la muerte y la viudedad. Y, limitar unas pautas para obtener una buena vida y que sea satisfactoria.

Todo esto que nos expresa Havighurst (1992) contribuye a que las personas mayores deben mantener una actitud activa cuando llegan a su vejez.

¿Por qué consideramos importante una actitud activa en la vejez o, lo que es lo mismo una vejez activa? La respuesta es sencilla, es de gran importancia para poder alcanzar la calidad de vida que todos los seres humanos debemos tener.

Para poder tener una buena calidad de vida y bienestar se pone de manifiesto que no todos, ni siempre, logran este bienestar que apetecen y al que, por su propia condición de personas humanas, tienen derecho. Y, es aquí donde se fundamentan los argumentos para justificar la intervención del Estado en su papel de benefactor, dando lugar a lo que, con el paso del tiempo, ha venido a ser lo que hoy conocemos con el nombre de *Estado del Bienestar* (Termes, 1997).

El papel del Estado, según la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. (2010) se basa en las siguientes acotaciones:

- *Comunicación continua del estado del proceso*
  - *Participación de las personas mayores a nivel de expertos*
  - *Participación descentralizada en procesos provinciales*
  - *Representación en el proceso de:*
    - o *Técnicos de casi todas las Consejerías*
    - o *Representantes de sindicatos*
    - o *Entidades del sector*
    - o *Administración Local*
    - o *Instituciones como la Universidad y Centros de Investigación.*
- (P.23)

El estado debe proteger a todos los ciudadanos y los mayores no son una excepción, de hecho, como se dice en *El Libro Blanco del envejecimiento activo*, en la Fiscalía General del Estado y en muchas Fiscalías territoriales, hay una sección dedicada a la protección de las personas mayores, además de contar con otros recursos como el teléfono del mayor, por si necesita atención cualquier mayor pueda tenerla.

Indicadores de Calidad de Vida según algunos investigadores:

• Organización Mundial de la Salud (OMS. 1997), propone:

- *Salud física.*
- *Psicológica.*
- *Nivel de independencia. Relaciones sociales.*
- *Entorno.*
- *Espiritualidad; religión; creencias personales.*

• Felce (1997):

- *Bienestar físico.*
- *Bienestar material.*
- *Bienestar social.*
- *Bienestar relativo a la productividad.*
- *Bienestar emocional.*
- *Bienestar referido a los derechos o a aspectos físicos.*

• Schalock ,1996b, 2000, 2003):

- *Bienestar emocional.*
- *Relaciones interpersonales.*
- *Bienestar material.*
- *Desarrollo personal.*
- *Bienestar físico.*
- *Autodeterminación.*
- *Inclusión social.*
- *Derechos.*

La importancia del concepto de calidad de vida reside, según Schalock y Verdugo (2003) en que proporciona una estructura aglutinadora centrada en la persona - o en la familia- y un conjunto de principios para incrementar el bienestar subjetivo y es necesario que tenga ciertas competencias físicas, funcionales y de salud. En el libro *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada* de Fernández Ballesteros, R. et al. (2009) se define la competencia física y funcional como *el grado de capacidad del individuo para ser independiente y valerse por sí mismo [...] lo cual representa un componente crucial en la evaluación de la salud y bienestar de la persona.* (p.42)

Esto quiere decir que dicha competencia es el conjunto de habilidades que una persona mayor puede desempeñar por sí misma sin necesidad de que se le ayude.

En concreto, para hablar de competencia funcional se distinguen dos tipos. El primero es competencia básica que es el conjunto de aptitudes como lavarse, peinarse, vestirse o lavarse los dientes que son elementales en la vida diaria de las personas. El segundo es competencia instrumental que son aquellas cualidades como usar el dinero, cocinar, limpiar o hacer la compra, que son prácticas necesarias para el bienestar de las personas.

La calidad de vida y el bienestar no se pueden dar sin tener en cuenta la salud, las relaciones sociales y la memoria, conceptos que trataremos a continuación.

## 2.2. Educación de adultos

Los programas de prevención y promoción de la salud tienen muchos efectos positivos para las personas de la tercera edad, pero están muy infravalorados. Se promueve principalmente la autonomía, los hábitos de vida saludables, el control emocional, adaptaciones ambientales, etc.

A continuación, veremos ciertas terapias no farmacológicas que se consideran de gran importancia para lograr un envejecimiento activo. En primer lugar, queremos definir que son las terapias no farmacológicas. Según Olazarán et al (2010), las terapias no farmacológicas son *una intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante*. (CEAFA, 2016) Por lo tanto, las terapias no farmacológicas tratan de mejorar el estado de bienestar del paciente a través de una intervención que no cuenta con elementos químicos.

Estas terapias se utilizan para aliviar los síntomas del paciente y fortalecer una mejora de la calidad de vida. Además, ayuda a las familias de dichos pacientes puesto que les aporta un apoyo emocional y psicológico a través de dichas intervenciones. Como su función es dar incentivos al paciente, se lleva a cabo en lugares que les proporcionen estímulos y que se adapte a sus circunstancias, tal y como se expresa en el documento *terapias no farmacológicas en las asociaciones de familiares de personas con alzheimer* de la CEAFA (2016).

Otro aspecto que destacar sobre este tipo de intervenciones es que según han demostrado varias investigaciones que *las intervenciones psicosociales pueden ser tan efectivas o incluso más en algunos casos, como el uso de fármacos para mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores y para el tratamiento de algunos de los principales síntomas de esta enfermedad*. (CEAFA, 2016) Es decir, que este tipo de terapias mejoran la calidad de vida y retrasan los problemas cognitivos.

Para averiguar la eficacia de las terapias no farmacológicas se debe medir los factores que recaen sobre la misma intervención. Dichos factores son *la calidad de vida, la cognición, las actividades de la vida diaria (AVD), la conducta, la afectividad, el dominio físico-motor, el bienestar y calidad de vida del cuidador, la institucionalización y los costes*. (CEAFA, 2016)

En las intervenciones de este tipo se llevan a cabo los siguientes objetivos:

- *Estimular, mantener o potenciar las capacidades preservadas del usuario*
- *Evitar la desconexión con su entorno y fortalecer las relaciones sociales*

- *Dar seguridad e incrementar la autonomía del usuario en las actividades de la vida diaria (AVD)*
  - *Estimular la propia identidad y autoestima*
  - *Minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas*
  - *Retrasar o enlentecer la evolución de la enfermedad, mejorando el rendimiento cognitivo y funcional*
  - *Mejorar la calidad de vida de la persona enferma y sus familiares cuidadores.*
- (CEAFA, 2016)

## ***2.2.1 Musicoterapia.***

La musicoterapia utiliza la música como herramienta principal, puesto que ésta nos ayuda a relajarnos, a disfrutar del presente, a olvidar durante un rato los problemas, compartir emociones, comunicarnos con los demás, etc. Según el Instituto de Religiosas de San José de Gerona (2014) *la música nos permite experimentar placer. Esto no es una apreciación subjetiva, sino que tiene un fundamento físico: escuchar música puede ayudar a aumentar los niveles de serotonina, el neurotransmisor encargado de regular el estado de ánimo y el sueño, que inhibe emociones negativas como la ira.*

Por lo tanto, la musicoterapia consiste en utilizar *la música y sus elementos (ritmo, melodía, armonía, timbre...)* con finalidades terapéuticas, favoreciendo la comunicación, mejorando la autoestima y el estado de ánimo, incentivando el movimiento, la expresión, la creatividad... (Instituto de Religiosas de San José de Gerona, 2014).

La musicoterapia se utiliza en la actualidad, como recurso de la sanidad pública o privada en muchos países, puesto que aporta beneficios cognitivos, físicos, sociales y emocionales.

Los beneficios cognitivos pueden ser:

- *Ayuda a mantener o mejorar las habilidades verbales.*
- *Estimula la memoria a diversos niveles, tanto a corto como a largo plazo, ayudando a la reminiscencia (evocación de recuerdos casi olvidados) y al aprendizaje.*
- *Ayuda a mantener la atención y a conectar la persona con la realidad.*
- *Incentiva la creatividad.*

(Instituto de Religiosas de San José de Gerona, 2014)

Los beneficios físicos pueden ser:

- *Actúa como estímulo sensorial.*
- *Es relajante y disminuye la ansiedad y la angustia.*



- *Activa el sistema motor y favorece el equilibrio.*
- *A través del ritmo mejora la coordinación de los movimientos.*
- *A través de los pequeños ejercicios de psicomotricidad de seguir el ritmo o tocar un instrumento ayuda a mejorar la movilidad de las articulaciones y aumenta la fuerza muscular.*

(Instituto de Religiosas de San José de Gerona, 2014)

Los beneficios sociales y emocionales pueden ser:

- *Fomenta la participación, la interacción y la comunicación social en el grupo.*
- *Mejora el estado de ánimo y la autoestima.*
- *Permite hacer aflorar las emociones.*
- *Mejora la expresión verbal y no verbal.*

(Instituto de Religiosas de San José de Gerona, 2014)

## **2.2.2 Arteterapia.**

El Arteterapia es, según la Asociación Profesional Española de Arteterapia (2018), *una profesión asistencial que utiliza la creación artística como herramienta para facilitar la expresión y resolución de emociones y conflictos emocionales o psicológicos. La arteterapia se practica en sesiones individuales o en pequeños grupos bajo la conducción de un arteterapeuta.* Es decir, es un proceso de intervención terapéutica que utiliza el lenguaje artístico y el arte como herramientas para mejorar el bienestar social y la salud de las personas.

Este tipo de terapias se puede realizar tanto de forma individual como grupal, siempre que haya un acompañamiento profesional. Los ámbitos de actuación y aplicación del arteterapia son la salud, la educación y la intervención social.

Los beneficios que aporta el arteterapia son:

- *Amplia la conciencia en la expresión a nivel mental, emocional, corporal y espiritual.*
- *Facilita y potencia la expresión y el lenguaje creativo*
- *Propicia un espacio de interrelación, de exploración, auto-indagación y autoconocimiento.*
- *Reconoce, aprecia y valora el trabajo creativo como fuente de conocimiento tanto para el espectador como para el creador*
- *Facilita la confianza en la propia expresión aportando técnicas y medios que no requieren un tener conocimiento artístico.*
- *Da espacio a lo genuino y auténtico de uno mismo más allá de lo estético, lo que está bien o es bonito.*

### **2.2.3 Dramaterapia o Terapia con teatro.**

Según Torres-Godoy P.H. (2001) en su libro *Dramaterapia. Dramaturgia- teatro-terapia*, la dramaterapia o terapia con teatro es *una terapia artística basada en el arte teatral y aplicada a contextos clínicos y sociales, así como a individuos y grupos.*

La dramaterapia incluye los siguientes métodos:

- *Trabajo de expresión corporal.*
- *Movimiento y mímica*
- *Rítmica y trabajo de voz*
- *Juego dramático*
- *Tomar, jugar y crear roles, guiones y poesía.*
- *Declamación poética*
- *Improvisación y trabajo actoral*
- *Monólogos, escenas y representaciones*
- *Psicodramas*
- *Máscaras, esculturas y efigies.*
- *Mitos, relato oral, historias, metáforas y rituales.*

(Torres-Godoy P.H., 2001)

Los objetivos propuestos por Jennings para la dramaterapia son:

- *Promover la salud intrínseca propuesta por el arte teatral.*
- *Focalizar sobre los aspectos saludables de la persona, pareja, familia, grupo.*
- *Desarrollar dramas latentes creativos.*
- *Fomentar la intuición, metáforas e imaginación dramática.*
- *Practicar habilidades sociales a través de la dramatización y mejorar la calidad de vida.*
- *Estimular la comunicación a través de la voz y el drama.*
- *Capacitar en el trabajo de temas en “distanciamiento dramático”.*
- *Maximizar el crecimiento personal y el desarrollo dramático social.*

(Torres-Godoy P.H., 2001)

### **2.2.4 Risoterapia**

Según Lachira Yparraguirre L. A. (2014) en *Risoterapia: intervención de enfermería en el incremento de la autoestima en adultos mayores del club “Mis Años Felices” la*

*risoterapia es una técnica que resulta una excelente puerta para lograr la relajación, abrir nuestra capacidad de sentir, de amar, de llegar al silencio, al éxtasis, a la creatividad, sencillamente utilizando la risa como camino. Y la define como la terapia grupal o individual que, a través de distintas actividades, nos induce a la risa con fines curativos* (Lachira Yparraguirre L. A.,2014).

El principio básico de la risoterapia es *estimular la producción de distintas hormonas que genera el propio organismo con ejercicios y juegos grupales* (Lachira Yparraguirre L. A.,2014). Para ello se utilizan algunas técnicas como expresión corporal, el juego la danza, ejercicios de respiración y técnicas para reír de manera natural. Se usa de un modo complementario a otras terapias o tratamientos, es decir, no se utiliza como única solución, si no que ayuda a que se lleven mejor las otras.

La risoterapia tiene muchos efectos positivos en el organismo. Lo beneficios biológicos, psicológicos y sociales que tiene son los siguientes:

- *Beneficios Biológicos*

- *Ejercicio.* Al reír se pone en marcha casi 400 músculos diferentes en todo el cuerpo. Dichos músculos solo se pueden ejercitar a través de la risa, por lo que ayuda a adelgazar.
- *Masaje.* La columna vertebral y cervical, donde por lo general se acumulan tensiones, se estira. Además, se estimula el bazo y se elimina las toxinas. Con este movimiento el diafragma origina un masaje interno que facilita la digestión al hacer vibrar el hígado y ayuda a reducir los ácidos grasos y las sustancias tóxicas. También evita el estreñimiento y mejora la eliminación de la bilis.
- *Limpieza:* Se lubrican y limpian los ojos con lágrimas. La carcajada hace vibrar la cabeza, y se despeja nariz y oídos. Además, se consigue limpiar las paredes arteriales de pequeños cúmulos de colesterol.
- *Oxigenación:* Entra más aire en los pulmones por lo que se respira mejor.
- *Analgésico:* Se segregan *endorfinas*, que es como una morfina que segrega el cerebro que disminuyen el dolor; *adrenalina* que favorece a la creatividad y a la imaginación. Además, libera *dopamina* y *serotonina*.
- *Rejuvenecedor:* Al estirar y estimular los músculos de la cara. Tiene, además, un efecto tonificante y antiarrugas, retrasando el envejecimiento cutáneo.
- *Sistema Circulatorio:* aumenta la velocidad de la sangre y la presión arterial, esto elimina el colesterol. También, aumenta el ritmo del corazón
- *Previene el infarto:* Dado que los masajes internos que producen los espasmos del diafragma alcanzan también a los pulmones y al corazón, fortaleciéndolos.
- *Sueño:* Las carcajadas generan una sana fatiga que elimina el insomnio y ayuda a reducir el ronquido.
- *Calorías:* Por la liberación de adrenalina, se produce una pérdida de calorías.

(Lachira Yparraguirre L. A., 2014)

- *Beneficios Psicológicos*

- *Elimina el Estrés:* Se producen ciertas hormonas (*endorfinas* y *adrenalina*) que elevan el tono vital y nos hace sentir más despiertos al contrarrestar las migrañas,

*enfermedades cutáneas, hipertensión arterial, depresión, problemas del corazón, cáncer, úlceras, alopecia, reumatismos, anorexia, bulimia y diarreas.*

- *Alivia la Depresión: Porque se es más receptivo y se les ve el lado positivo a las cosas.*
- *Proceso de Regresión: Es decir, un retroceso a un nivel anterior de funcionamiento mental o emocional, generalmente como un mecanismo para aliviar una realidad que se percibe como dolorosa o negativa.*
- *Ex teorización: Ya que, a través de la risa, las personas exteriorizan emociones y sentimientos. A veces es percibida como una energía que urge por ser liberada, sobre todo cuando necesitamos reír y la situación social no lo permite.*

(Lachira Yparraguirre L. A., 2014)

- *Beneficios Sociales*

- *Carácter contagioso*
- *Facilitación de situaciones socialmente incómodas*
- *Poder comunicativo del humor*
- *La mejor forma de romper el hielo*
- *Mejora las relaciones Interpersonales*

(Lachira Yparraguirre L. A., 2014)

## **2.3. Envejecimiento activo**

El aprendizaje para toda la vida es un tema destacado en la actualidad, puesto que, como dice Torres R.M. (2005), *la sociedad de la información y la sociedad del conocimiento que están emergiendo suponen fundamentalmente el desarrollo de sociedades de aprendizaje y comunidades de aprendizaje.* Además, el aprendizaje permanente es necesario para el desarrollo de la calidad de vida de los miembros de una sociedad, así como para el desarrollo de un país.

El envejecimiento activo, se presenta a través de diferentes denominaciones como envejecimiento positivo o con éxito, pero todas estas denominaciones significan lo mismo. Por lo tanto, según Fernández Ballesteros, R. et al. (2009), haciendo referencia a Baltes y Baltes, (1990) y a Rowe y Kahn (1998), el envejecimiento activo se refiere a *un modelo de bienestar y adaptación a los cambios que ocurren con los años, no existe una definición única y universal que tenga en cuenta la complejidad del fenómeno y a todos aquellos factores culturales y sociohistóricos de una sociedad o población que influye en su conceptualización.*

Otras definiciones se basan en aspectos físicos, otras en los psicológicos y mentales, y otra en los sociales, dependiendo siempre del punto de vista del autor. Por ello alguna de las definiciones que podemos encontrar son las siguientes:

- Williams y Wirths, 1965: *Satisfacción con la vida, compromiso con la vida y la sociedad, sentirse bien consigo mismo, actuar en acuerdo a propios valores y creencias. Capacidades adaptativas: resolver dificultades y minimizar los efectos de las pérdidas.*
- Ryff, 1989: *Sentirse bien consigo mismo, actuar en acuerdo a propios valores y creencias. Autoaceptación, relaciones positivas con otros, metas en la vida, autonomía, desarrollo personal, competencia ambiental.*
- Baltes y Carstensen, 1996: *Satisfacción con la vida y bienestar subjetivo, percepción de apoyo social; salud física, habilidades funcionales y hábitos de vida; resistencia o capacidad vital; educación y red social.*
- Vaillant, 2002: *subraya la importancia de una buena salud física, social y emocional. Envejecer bien implica la habilidad de olvidar; envejecimiento satisfactorio también implica la habilidad para perdonar, ser agradecido y experimentar alegría y emociones.*
- Gibson, 1995: *alcanzar la máxima capacidad logrando un buen nivel de bienestar físico, social y psicológico durante la vejez, lo que es satisfactorio tanto para sí mismo como para los demás.*
- Organización mundial de la Salud: *El proceso a lo largo de la vida en el que se optimiza el bienestar físico, social y mental con el fin de extender las expectativas de salud, la participación y la seguridad y, con ello, la calidad de vida según se envejece.*

(Fernández Ballesteros, R. et al., 2009)

Para poder lograrse el envejecimiento activo es necesario como dice Walker (2009, p. 87-88) *Una estrategia para el envejecimiento activo debería ser participativa y empoderadora. En otras palabras, debe haber una combinación de acciones políticas de arriba abajo para posibilitar y motivar la actividad, pero también oportunidades para que los ciudadanos puedan actuar, de abajo arriba, por ejemplo, en el desarrollo de sus propias formas de actividad.* (Consejería de la igualdad y bienestar social, 2010) Es decir, que los mayores tengan una actitud participativa y empoderadora para hacer posible la realización de actividades, y la oportunidad de decir que poseen como ciudadanos.

El ser humano es social por naturaleza y lo es en todas las etapas de su vida, por lo que interactúa con los demás y no puede evitarlo, porque no somos seres aislados. Por lo tanto, también participa en la sociedad en la vejez.

Como se dice en el libro blanco del envejecimiento activo, *sabemos que el funcionamiento social va asociado a la supervivencia y a la longevidad, a la salud física y mental, al funcionamiento cognitivo saludable, a la satisfacción con la vida, al bienestar y a la calidad de vida.* (Consejería de la igualdad y bienestar social, 2010)

Otra forma de envejecer activamente es como cuidadores, a modo de voluntariado, por ejemplo. Para ello se debe apoyar a estas personas, además de explicar y concienciar a sus familias sobre la importancia de que desarrollen esta labor. Apoyo institucional, creación de programas intergeneracionales y promover nuevas actividades de

voluntariado para mayores son entre otros, los temas que se deberían tratar desde la administración.

En el Consejo Europeo (Lisboa, 2000) concluyó en *la necesidad de establecer estrategias y medidas claras y coherentes, que fomenten el aprendizaje permanente para toda la ciudadanía. Aprendizaje que debe garantizar la igualdad de oportunidades, para que las personas puedan adaptarse a las diferentes transformaciones sociales, económicas, laborales y culturales y participen de forma activa en el diseño de un futuro común.* (Consejería de la igualdad y bienestar social, 2010) Es decir, se declaró la necesidad de unas estrategias y metas que pudieran incentivar el aprendizaje a lo largo de la vida en los ciudadanos, así podían garantizar la igualdad de oportunidades entre los mismos.

### **2.3.1 Salud**

Las personas a la vez que se van haciendo mayores van sufriendo cambios que influyen en su salud. Los cambios se pueden dar de diferentes formas como podemos ver en el libro *Psicología de la vejez* de Triadó, C. & por Villar, F. (2007), las cuales comentaremos a continuación.

- Cambios en la apariencia como sería el cambio del color del cabello y la cantidad de éste, además de arrugas en la piel.
- Cambios sensoriales:
  - o Se da un deterioro de la visión por lo tanto se puede sufrir presbiopía (se ve con poca precisión los objetos cercanos), deslumbramiento (problemas de visión cuando hay una luz directa) y reducción del espacio vital (dificultad para ver).
  - o Pérdida o disminución de la audición debido a enfermedades, al envejecimiento o a agentes que han lesionado el oído.
  - o El gusto y el olfato han sido poco estudiados, pero dicen que disminuye en la vejez.
  - o El tacto depende mucho de la sociedad o de la cultura en la que se viva, de la intensidad con la que se reciben los estímulos y de cómo sea la situación en la que se encuentren.
- Cambios en el sistema esquelético – muscular. Respecto a los músculos se pierde fuerza, aunque es algo que se puede retrasar si se realiza ejercicio físico. Los huesos, por otra parte, sufren osteoporosis, es decir pierden densidad, se vuelven más porosos, más quebradizos y más frágiles. Y, las articulaciones pueden sufrir osteoartritis que significa que se va perdiendo en gran medida la independencia funcional.

- Cambios en el sistema cardiovascular, el corazón aumenta de tamaño. Se pueden evitar los problemas de corazón con una buena dieta equilibrada rica en fibra y baja en grasas.
- Cambios en el sistema respiratorio. Dificultad respiratoria debido a la falta de movilidad de los músculos.
- Cambios en otros sistemas como gastrointestinal, excretor y endocrino.

En el libro *Psicología de la vejez* de Triadó, C. & por Villar, F. (2007) podemos reflexionar sobre la relación existente entre la conducta que tienen nuestros mayores y la salud de éstos. En primer lugar, la salud influye sobre la conducta en las emociones, en el estado funcional y en el estado cognitivo. En el estado emocional afecta en menor medida que a las personas de etapas menores, es decir aceptan mejor la llegada de la enfermedad que éstos, además, tienen menos estrés y ansiedad con la enfermedad. En el estado funcional no tiene por qué llegar a influir si no se está sufriendo determinadas enfermedades físicas. Afecta al estado cognitivo por el deterioro que se sufre debido a la edad.

En segundo lugar, la conducta afecta a la salud de forma negativa y positiva, dependiendo de los hábitos que se tengan como por ejemplo el consumo de alcohol o de tabaco negativa, y de los estilos de vida que se lleven, es decir el tipo de alimentos que se tomen, si se hace deporte, etc. conllevaran repercusiones en la salud.

Las enfermedades que más podemos encontrar, según Delgado Egado, B. et al. (2009) en el libro *psicología del desarrollo desde la infancia hasta la vejez* en las personas mayores son el deterioro de memoria asociado a la edad (DMAE), el deterioro cognitivo ligero (DCL) y las demencias.

El deterioro de memoria asociado a la edad (DMAE) es parte natural del envejecimiento de las personas, es algo que no se puede parar. Como dice Delgado Egado, B. et al. (2009) *el rendimiento se ve afectado en tareas de memoria, en la velocidad de procesamiento mental, en la capacidad de concentración, en las funciones visuoespaciales, visuoperceptivas, visuconstructivas y ejecutivas*. Por lo tanto, las capacidades de las personas mayores disminuyen notablemente en sus funciones básicas.

El deterioro cognitivo ligero (DCL), según Delgado Egado, B. et al. (2009) es *un síndrome en el que sus síntomas son muy difíciles de delimitar con claridad. Puede situarse en el límite entre la salud y la demencia y en algunos casos se considera como un estadio predemencial. El DCL puede definirse como un rendimiento intelectual defectuoso, que se ha deteriorado en comparación con un estado previo, con un nivel de conciencia normal. La intensidad del deterioro no interfiere de forma significativa en el desenvolvimiento laboral, social o familiar de la persona y no afecta a su rendimiento cognitivo global ya que si no estaríamos ante un diagnóstico de demencia*. Es decir, es un deterioro de la persona de forma cognitiva pero que no afecta significativamente a sus funciones laborales, sociales o familiares.

En las capacidades de las personas pueden llegar a producirse grandes deterioros que son conocidos como demencias y que influyen en las funciones diarias que realiza dicha

persona. *Puede considerarse como un síndrome que puede aparecer por multitud de causas, de ahí que pueda decirse que existen muchos tipos de demencias teniendo en algunos casos un recurso reversible y en otros irreversible.* (Delgado Egido, B. et al., 2009)

Como dice Delgado Egido, B. et al. (2009), los tipos de demencias que puede haber son primarias, secundarias y mixtas. La primaria, como el Alzheimer, es un trastorno que afecta directamente al sistema nervioso central, pero el motivo por el que afecta no se conoce. El segundo, como demencias vasculares, es aquella que ocurre por consecuencia de alguna patología intra o extracerebral. Por último, encontramos las mixtas, que les ocurre a aquellas personas que tienen demencias primarias y secundarias a la vez.

El cuidado hacia estas personas y para la mejora o mantenimiento de su salud es algo muy importante y que se debe tener en cuenta. De forma general, la tarea de cuidados siempre se ha incluido dentro de las tareas domésticas. En el libro *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia*, Bazo M.T. (2012) nos comenta una clasificación que se puede hacer de los distintos tipos de cuidado que se les puede aportar a nuestros mayores. En primer lugar, encontramos la cuidadora que realiza todo tipo de tareas, tanto domésticas como de acompañamiento y sanitarias, favoreciendo siempre las dos funciones últimas. En segundo lugar, tenemos la que predomina el acompañamiento y las tareas sanitarias como sería lavar a la persona mayor, cambiarle los pañales, darle la medicación, etc., aunque si ejerce algunas tareas domésticas como hacer la cama o cocinar. En tercer lugar, tenemos a aquellas personas que han sido contratadas exclusivamente para acompañar a la persona mayor, dando paseos, hablándoles, etc. Y, por último, las que son contratadas para las labores socio sanitarias únicamente.

### **2.3.2 Relaciones Sociales**

Las relaciones sociales son el conjunto de interacciones que se tienen entre dos o más individuos dentro de una misma comunidad.

Según Bazo M.T. et al. (2012) en su libro *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia* podemos observar los distintos problemas sociales existentes relacionados con la vejez. Los problemas sociales relacionados con el envejecimiento son la jubilación de aquellas personas que formaban parte del mundo laboral, pero, por edad, esto ya no es así. La falta de recursos económicos, por la pensión tan pequeña que les queda. Y la soledad, debida a la pérdida de su cónyuge o a la falta de apoyo de las familias.

Las relaciones sociales se dan en dos grandes ámbitos de apoyo, que vienen dados en el libro *psicología de la vejez* de Triadó C. y Villar F. (2007). Por un lado, podemos ver el apoyo formal, que es aquel que nos ofrece los servicios sociosanitarios, el ayuntamiento, las administraciones públicas, etc. Y, por otra parte, encontramos el apoyo informal, que sería aquel que nos ofrecen nuestros familiares, amigos, vecinos o la pareja.



El apoyo tiene varias funciones. La primera es el apoyo emocional o afectivo, es aquel que aporta una escucha a dicha persona para que se sienta valorada y comprendida. La segunda es apoyo informal, es aquel que ofrece consejo o información que le es de utilidad a la persona mayor y esta se siente ayudada y que la tratan con cariño. Y, la tercera, apoyo material o instrumental, es ofrecerle ciertos servicios como hacerle la compra o limpiarle la casa a la persona mayor.

Las relaciones que estas personas tienen con sus familiares son importantes para el desarrollo de sus habilidades sociales. Por un lado, tenemos a los hijos que cuidan de sus padres cuando estos son mayores, produciéndose un intercambio de roles y presentan en cierta forma una responsabilidad de cuidado de sus padres puesto que estos les cuidaron antes, además los padres ayudan a sus hijos cuidando de sus nietos.

Por el otro lado, tenemos las relaciones con los nietos. Se desarrollan diversas actividades con ellos según Triadó C. y Villar F. (2007). Dichas actividades son de sociabilidad, como sería comer juntos, ver juntos la televisión, etc., de compañerismo como pasear juntos, leer juntos, jugar juntos, etc., de ayuda doméstica a los abuelos, de acontecimientos comunitarios como ir a ver al nieto jugar al fútbol, de entretenimiento con los abuelos como comer fuera de casa, y, de ayudar a los abuelos con el cuidado del jardín o del campo.

### ***2.3.3 La Memoria***

En el libro *psicología de la vejez* de Triadó C. & Villar F. (2007) que *memoria y atención forman parte de lo que denominamos cognición, es decir, forman parte del conjunto de procesos mentales que nos permiten elaborar la información que recibimos del entorno y utilizarla para dar respuesta a nuestras necesidades*. La memoria y la atención son capacidades que tenemos para proporcionarnos una predicción de lo que podría ocurrir en una determinada situación para poder reaccionar ante ella.

Dentro de memoria podemos encontrar varias subdivisiones que interaccionan con el sistema nervioso. Estas subdivisiones son la memoria sensorial, la memoria de trabajo o memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo, las cuales veremos a continuación.

- Memoria sensorial es aquella que *registra la estimulación que recibimos del exterior durante unas fracciones de segundo antes de desvanecerse completamente. Desde un punto de vista adaptativo, su finalidad es la de alargar la duración de estímulos extraordinariamente breves para que puedan ser completados los procesos perceptivos; remite, por tanto, a procesos que están entre lo que llamamos percepción y lo que llamamos memoria, y que no tiene lugar de un modo consciente ni deliberado.* (Triadó C. & Villar F., 2007, p.115) Es decir, la memoria sensorial es aquello que percibimos y que dura unos instantes.

- En la memoria de trabajo o memoria a corto plazo es donde se registra una pequeña parte de la información obtenida por la memoria sensorial. La memoria de trabajo o memoria a corto plazo es *como un sistema de capacidad limitada que permite mantener temporalmente y procesar la información que necesitamos en cada momento para ejecutar la tarea o tareas que estemos desarrollando. Por lo tanto, su función no es únicamente la de almacenar, sino también la de manipular de forma activa la información que recibe tanto del exterior como de la memoria a largo plazo para desarrollar las tareas en que estamos implicados en cada momento.* (Triado C. & Villar F.,2007, p.115)
- Parte de la información recogida en la memoria a corto plazo pasa a la memoria a largo plazo, que es como un almacén ilimitado de información, aquí se muestra nuestra forma de ver el mundo y nuestros recuerdos. *La información de la memoria a largo plazo permanece habitualmente <<desactivada>> hasta que es <<activada>> por los requerimientos de una tarea o situación determinados.* (Triado C. & Villar F.,2007, p.116) Tiene dos subsistemas, el primero, la memoria declarativa, se puede observar de forma consciente en nuestros recuerdos y expresarlo de forma sencilla en términos lingüísticos. Y, el segundo, la memoria no declarativa, que se realiza de forma inconsciente y no se puede definir de forma lingüística, como montar en bicicleta o atarse los cordones.

La memoria es un factor importante en la vejez puesto que muchas demencias le afectan y así conllevaría a una pérdida del quien soy, es decir de la identidad. Si no puedo recordar lo que he vivido, ¿puedo saber quién soy?

En los diferentes estudios longitudinales del libro *psicología de la vejez* de Triado C. & Villar F. (2007) se muestra que con la edad no se manifiestan cambios en cuanto al vocabulario, pero si en cuanto a la fluidez verbal y a la comprensión lectora. Por otra parte, en cuanto a los procesamientos de información y en la memoria operativa, se observa un mayor deterioro.

Un factor importante y de gran influencia en el deterioro de la memoria es el nivel educativo. Los mayores que tienen un nivel educativo menor muestran más deterioro en su memoria que las personas que han desarrollado estudios en niveles educativos mayores. Según Triado C. & Villar F. (2007) si se ha estudiado más, la memoria mostrará menor deterioro por estar más ejercitada.

Por tanto, como hemos visto hay muchos factores, no solo la vejez, que influyen en la memoria, por lo cual debemos incidir en dichos factores para poder estimular la memoria. Dichos factores pueden influir en el mantenimiento o declive intelectual en la vejez como son la enfermedad, la estimulación intelectual y la actitud frente al desarrollo de la tarea.

Cuando se llega a la vejez el conocimiento pasa a denominarse sabiduría. Logar la sabiduría para las personas mayores supone alcanzar una meta en la cual todo lo que necesitaba saber ya lo ha adquirido, para ello podría seguir adquiriendo conocimientos después de la vejez.

Dicha sabiduría la podemos definir según el modelo de Berlín como *un conocimiento experto sobre la pragmática fundamental de la vida. Es decir, la sabiduría sería un conjunto de conocimientos sobre aquellos asuntos fundamentales, aunque inciertos, de la vida, entre los que se incluirían contenidos que tienen que ver con su planificación, la gestión y el manejo de asuntos vitales y la revisión vital.* (Triado C. & Villar F.,2007, p. 159)

## **2.4. Actitudes hacia la Jubilación**

Las actitudes que se pueden tener con la llegada de la jubilación son muy variadas, como dice Triado C. & Villar F. (2007, p.293-294) en su libro Psicología de la vejez y que veremos a continuación.

- *Actitud de rechazo hacia la jubilación*, no quiere jubilarse porque su identidad se basa en su faceta laboral y se siente desorientado ante la jubilación. Su percepción de la jubilación es aburrida y que carece de sentido.
- *Actitud de aceptación hacia la jubilación*. La acepta de forma inevitable, como una etapa más por la que se debe pasar.
- *Actitud de liberación hacia la jubilación*. Piensa que es un logro haber llegado hasta aquí. Esta actitud tiene un problema y es que puede causar aburrimiento y no saber cómo utilizar su tiempo libre.
- *Actitud de oportunidad hacia la jubilación*, esto es que la persona desea su jubilación, y, además ya tiene proyectos en mente que quiere realizar después de su jubilación.
- *Actitud de ambivalencia hacia la jubilación*, esto quiere decir que tiene algunas de las actitudes anteriores a la vez.

Con la jubilación tenemos la oportunidad de desarrollar el arte de vivir de acuerdo con lo que nosotros consideremos necesario u oportuno, sin ataduras. Puesto que su nivel de actividad es muy importante para su salud tras la jubilación, tenemos varios tipos de actividades que se pueden hacer como turismo, manualidades, deportes, leer, pasear, etc.

## **2.5. Estrategias para mejorar la salud**

Cuando llegamos a la vejez tenemos que aceptar varios cambios y no todos los afrontamos de la misma manera. Estos cambios pueden ser la muerte del cónyuge o que el mismo tenga alguna enfermedad como el Alzheimer, debido a la edad. Puede tener problemas por la jubilación, es decir que ya no sabe qué hacer. Cambios de lugar de residencia, tiene que irse a vivir con sus hijos o a una residencia, esto puede conllevar grandes problemas

emocionales. Y, también ocurren cambios en los hábitos asociados a la salud, por ejemplo, se les prohíbe comer ciertas cosas por la azúcar o por el colesterol.

Es necesario poder aportarles unas pautas para que se puedan afrontar estos cambios.

Las estrategias para poder mejorar la salud según la consejería para la igualdad y bienestar social son:

- *Políticas saludables: las medidas de promoción de la salud no son exclusivas de las profesiones sanitarias, sino que necesitan sinergia con instituciones públicas y gobiernos.*
- *Ambientes favorables: relación entre ambiente y salud desde un enfoque socio-ecológico.*
- *Acción comunitaria: salud para todas las personas en la ciudad, la acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud.*
- *Desarrollo de habilidades personales: conocimientos, habilidades y actitudes que mejoren o mantengan la salud; conocimientos veraces, habilidades adecuadas, actitudes positivas ante la vida, ante la salud, ante los problemas.*
- *Fomento de la cooperación con la ciudadanía para generar complementariedad y no dependencia (autocuidados, voluntariado, ruedas de favores...).*
- *Cambio de actitud profesional. Combinar la participación y la responsabilidad entre profesionales de la salud y la ciudadanía (autonomía personal) evitando el paternalismo y asesorando en la toma de decisiones.*

(Consejería para la igualdad y bienestar social, 2010, p.207)

Las áreas que se deben abordar dentro de la promoción de la salud son las siguientes:

- *Alimentación*, es decir, como debe ser una dieta equilibrada.
- *Actividad Física*, es decir, porque es sano mantenerse en forma.
- *Hábito Tabáquico, consumo de alcohol y otras sustancias*, es decir, porque son perjudiciales para la salud.
- *Salud bucodental.*
- *Sexualidad saludable.*
- *Salud mental.*

(Consejería para la igualdad y bienestar social, 2010, p.207)

## **3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación se sitúa dentro de un marco de investigación cuantitativa en la que se aplica la escala estandarizada FUMAT para obtener información descriptiva sobre la calidad de vida de las personas mayores en un período de tiempo concreto y sin la aplicación de ningún tipo de tratamiento.

El instrumento aplicado facilitará datos sobre los que observa la relación entre las dimensiones recogidas de la muestra (Verdugo M.A., Gómez L.E. y Arias B., 2009)

Siguiendo la clasificación de Campbell y Standley (1963), el diseño de esta investigación es no-experimental, puesto que no se utiliza dos grupos, en el cual uno de ellos se está controlando sus variables y en el otro no, si no que, por el contrario, solo hay un grupo de personas y no se ejerce ningún tipo de control sobre sus variables. Se propone una metodología de diseño descriptivo para responder a las cuestiones planteadas mediante la organización y presentación de datos y aplicación de técnicas descriptivas dentro del marco de los métodos correlaciones.

### **3.1. Metodología**

Para lograr los objetivos señalados, se realizó un estudio cuantitativo, puesto que se recogen los datos aportándoles valores numéricos, a partir de información recogida mediante la escala FUMAT en un centro de mayores Ferrusola. Se aplicó durante los días 20 y 21 de marzo de 2018.

A continuación, se presentan las hipótesis del estudio, directamente relacionadas con las hipótesis establecidas:

H1: Los mayores muestran un bajo nivel de calidad de vida.

H2: Los niveles de bienestar social, físico y material de los mayores son bajos.

H3: Las personas mayores se relacionan poco con las personas miembros de su comunidad, por lo que no están incluidos.

H4: Los mayores no se sienten motivados para hacer actividades ni dinámicas puesto que su autoestima es baja.

### **3.2. Variables o dimensiones del estudio**

En relación con el logro de los objetivos del estudio y la comprobación de las hipótesis planteadas, se consideran las siguientes variables de estudio:

<b>Extensión/ítem</b>	<b>Dimensión</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Satisfacción</li> <li>✓ Sentirse útil</li> <li>✓ Estado de ánimo</li> <li>✓ Satisfacción</li> <li>✓ Comportamiento</li> </ul>	1. Bienestar emocional
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Actividades con otras personas</li> <li>✓ Relación con los profesionales</li> <li>✓ Relación con los compañeros</li> <li>✓ Familia</li> <li>✓ Relaciones de amistad</li> </ul>	2. Relaciones Interpersonales
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vivienda</li> <li>✓ Jubilación</li> <li>✓ Pensión</li> <li>✓ Barreras arquitectónicas en la vivienda</li> <li>✓ Barreras arquitectónicas en el centro</li> <li>✓ Cosas materiales</li> </ul>	3. Bienestar Material
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Leer</li> <li>✓ Problemas</li> <li>✓ Expresión</li> <li>✓ Información del centro</li> <li>✓ Matemáticas</li> <li>✓ Comprensión</li> <li>✓ Medicación</li> <li>✓ Flexibilidad mental</li> </ul>	4. Desarrollo personal
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Movilidad</li> <li>✓ Continencia</li> <li>✓ Audición</li> <li>✓ Salir a la calle</li> <li>✓ Memoria</li> <li>✓ Visión</li> </ul>	5. Bienestar Físico
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Planes de futuro</li> <li>✓ Manejo de dinero</li> <li>✓ Organización de su vida</li> <li>✓ Vivienda</li> <li>✓ Decisiones</li> </ul>	6. Autodeterminación
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Actividades de ocio</li> <li>✓ Comunidad</li> <li>✓ Apoyo social en el centro</li> <li>✓ Relaciones en el centro</li> </ul>	7. Inclusión Social

✓ Integración ✓ Participación	
✓ Respeto ✓ Información ✓ Asistencia legal ✓ Derechos	8. Derechos

Tabla 1. Ítems y Dimensiones

### 3.3 Población y muestra

La población objeto del presente estudio se corresponde con el total de residentes 210 del centro Ferrusola de la provincia de Sevilla, ubicado en Sevilla Este, en concreto en la calle Caminos nº 2. Cuenta con 1.500 m2 construidos en dos plantas. Mayores con edades comprendidas de 68 a 98. La muestra de esta población es de alrededor de 70 personas.

Este centro presta una atención integral durante el día, cubriendo necesidades básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas mayores con dependencia física o psíquica. La mayoría de las personas mayores tienen un nivel socioeconómico medio o alto, ya que es un centro que oferta plazas tanto públicas como privadas. Su nivel cultural, por el contrario, es medio o bajo puesto que hay pocas personas que dominen la lectoescritura, es decir, la mayoría no sabe leer ni escribir. El precio de las plazas, como hemos dicho anteriormente, puede variar cada año. Es en el contrato de admisión, donde se adjunta el coste/mes de la estancia.

Los servicios sanitarios, sociales y terapéuticos que se ofrecen, son diseñados en función de las necesidades de la población a la que van dirigidos.

La permanencia en el centro es muy variada, pero la mayoría lleva entre uno y dos años en él. Y son muy pocos los que llevan más de dos años.

SEXO/PERMANENCIA	Menos de 1 año	Entre 1 y 2 años	Más de 2 años	TOTAL
Hombre	1	9	1	11
Mujer	17	25	6	48
<b>TOTAL</b>	18	34	7	59

Tabla 2. Sexo y permanencia en el centro

En el total de la muestra se encuentran 48 mujeres y 11 varones (como se muestra en el gráfico 1).

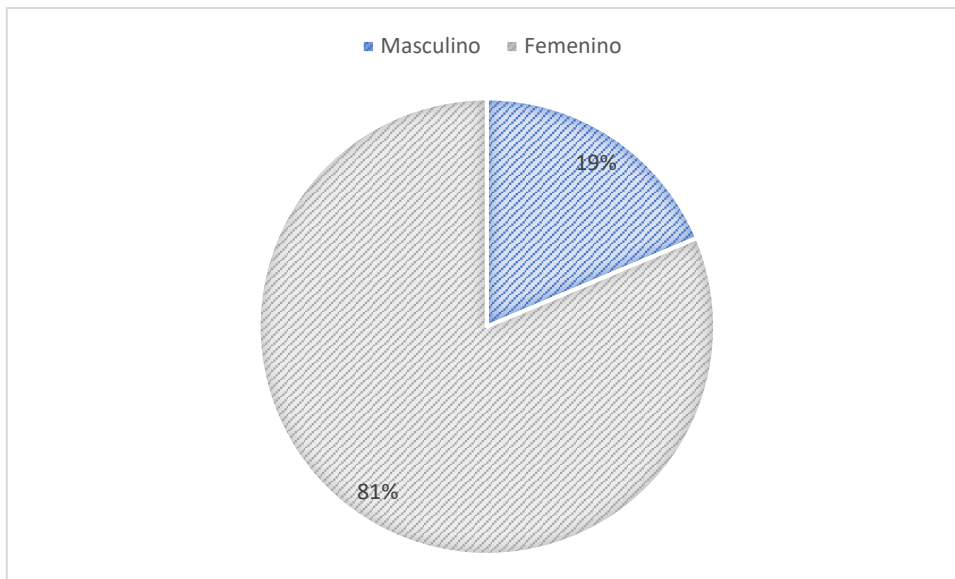


Gráfico 1. Sexo

Tal y como se observa en el gráfico 2, las edades de los participantes están en torno a los 80 años, con excepciones que entornan los 68 años.

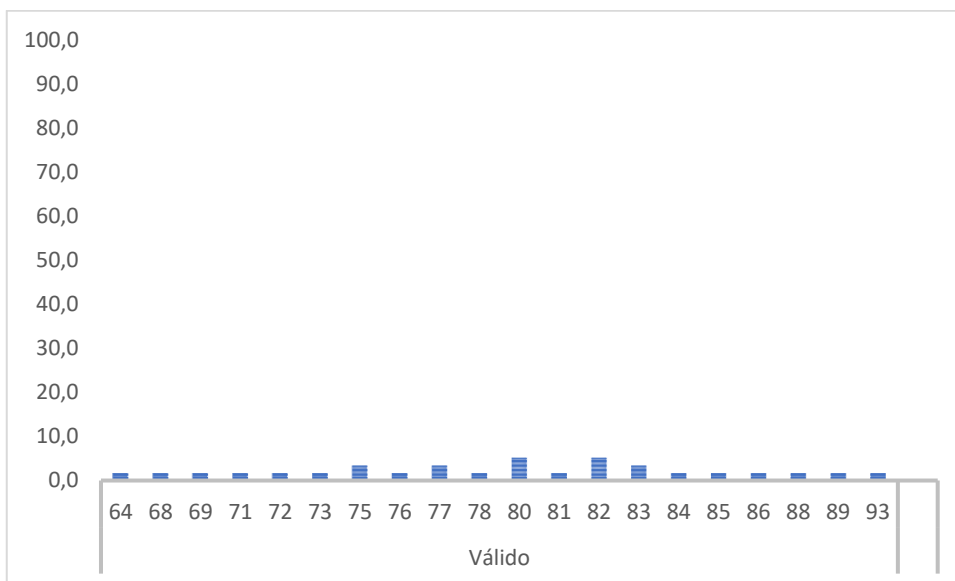


Gráfico 2. Edad

Se puede observar en el gráfico 3, el tiempo de estancia en el centro, con horarios que comprenden desde las 9,00h a las 17,00h, de lunes a viernes. La duración de estas personas en dicho centro puede ir desde menos de un año hasta casi tres años.



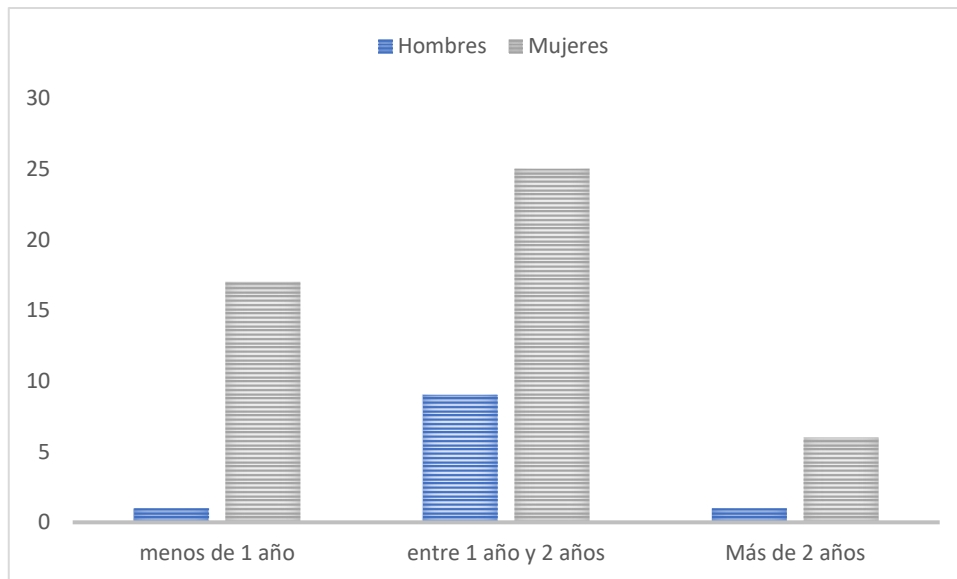


Gráfico 3. Permanencia

## 3.4 Técnicas e instrumentos de recogida de la información

### 3.4.1 Procedimiento

Para recoger la información de la escala, se codificaron los resultados según se establece en las escalas con resultados directos e indirectos, todos los datos cuantitativos se recogieron en una base de datos para poder realizar el estudio estadístico posterior. En todo momento se aseguró a los participantes el anonimato de las respuestas.

La persona de contacto del centro fue la directora, ella ya me conocía porque había dado mis prácticas en 3<sup>a</sup> curso, por lo tanto, llamé pregunté si podía ir, además expliqué en qué consistía todo a pasar la escala, me dijo que sí y me dijo el día y a la hora, que les venía bien.

El primer día no pude pasarlo a todos porque muchos de los mayores necesitaban que les leyera las pregunta porque no sabían leer ni escribir, así que tarde tres días.

Una vez recogido los datos, se introdujeron en el programa de análisis de datos SPSS y a continuación se realizarán los resultados.

### 3.4.2 Instrumentos

La escala utilizada FUMAT aplicada (Verdugo, Gómez y Arias, 2009) presentan unas propiedades psicométricas con una alta fiabilidad  $\Omega = ,968$ , de la escala total. Los coeficientes presentados por cada sub- escala se presentan en la tabla 3.

ESCALA FUMAT	ALPHA de Crobanch	Dos mitades	-	-	N ítems
<b>Bienestar emocional</b>	,860	,901	,868	,967	8
<b>Relaciones Interpersonales</b>	,807	,753	,821	,933	6
<b>Bienestar material</b>	,604	,308	,626	,893	7
<b>Desarrollo personal</b>	,918	,928	,936	,953	8
<b>Bienestar físico</b>	,732	,781	,744	,909	6
<b>Autodeterminación</b>	,908	,845	,915	,950	8
<b>Inclusión social</b>	,862	,870	,864	,939	9
<b>Derechos</b>	,774	,823	,794	,873	5
<b>Escala Total</b>	,962	,894	,968	,991	57

Tabla 3. Coeficientes Escala FUMAT

Fue sometida a un grupo de jueces  $n= 15$  de los que un 86% de los expertos fueron mujeres.

### 3.4.3 *Tratamiento de los datos*

A partir del proceso sistemático de la información, se aplica un sistema de factores a derivado sopor cada dimensión de la escala.

DIMENSIÓN	VARIABLES
<b>1. Atención dirigida a la persona</b>	Autonomía
	Perspectiva de la persona
	Conocimiento de la persona
	Bienestar en los cuidados
	Relaciones Sociales
<b>2. Apoyo del entorno</b>	Ambientes personalizados
	Profesionales de Atención directa
	Organización

Tabla 4. Dimensiones y variables

Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis descriptivos e inferenciales utilizado el paquete estadístico SPSS-PC. Se realizó un estudio de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (global, en función del género y por centros) y de dispersión de cada uno de los ítems... de la escala.

Se sometieron a un exhaustivo análisis en el programa SPSS y a continuación se mostrarán los resultados obtenidos.

### 3.5 Resultados

A continuación, se analizarán algunos de los datos obtenidos en la recogida de información.

En cuanto a la variable satisfacción, podemos observar en la gráfica 4, ítem 1, *en general, se muestra satisfecho con su vida presente*, la mayoría ha contestado frecuentemente, por lo tanto, en un número inferior a contestado que se muestra satisfecho con su vida siempre.



Gráfico 4. Variable satisfacción

Para la variable estado de ánimo, ítem 8, *muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad* (gráfica 5) presenta un valor de frecuentemente y algunas veces en la mayoría de los resultados.

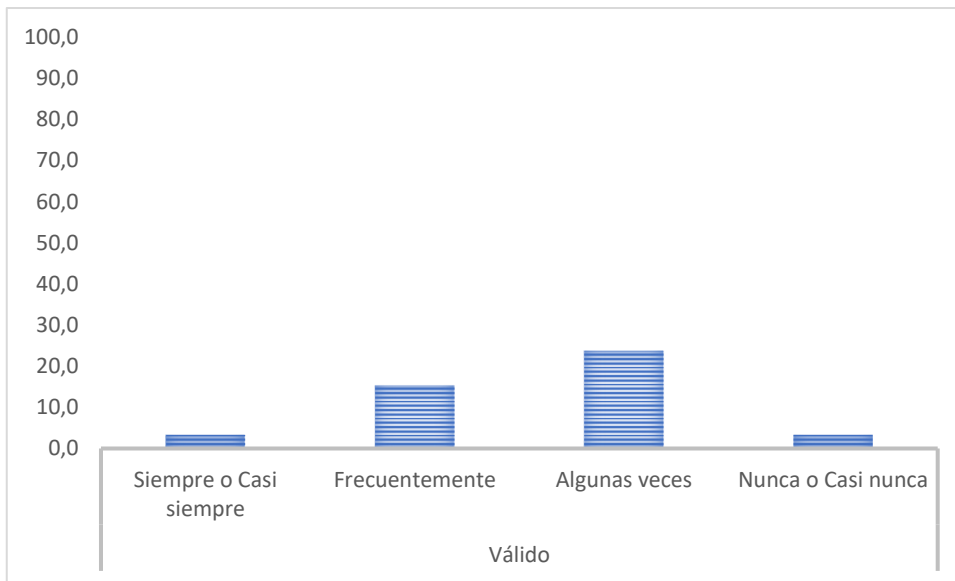


Gráfico 5. Variable estado de ánimo

Respecto a la gráfica 6, ítem 9, podemos observar que muchos han contestado siempre o casi siempre.

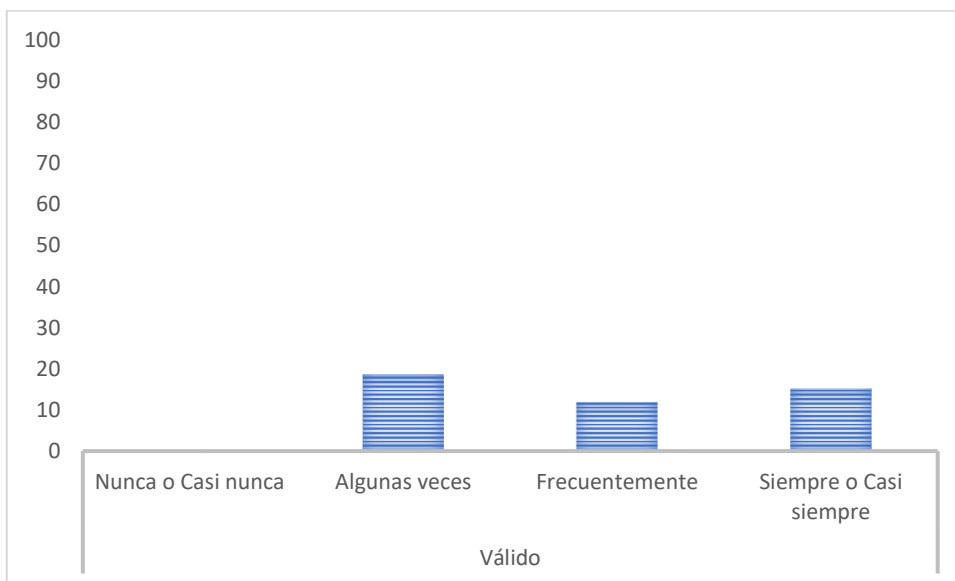


Gráfico 6. Variable actividades con otras personas

En relación con la variable relaciones de amistad, gráfica 7, la mayoría ha contestado nunca o casi nunca.

En ambas variables *actividades con otras personas* y *relaciones de amistad* (gráfica 6 y 7) podemos percibir que la opinión de los participantes en cuanto a las relaciones interpersonales es favorable.

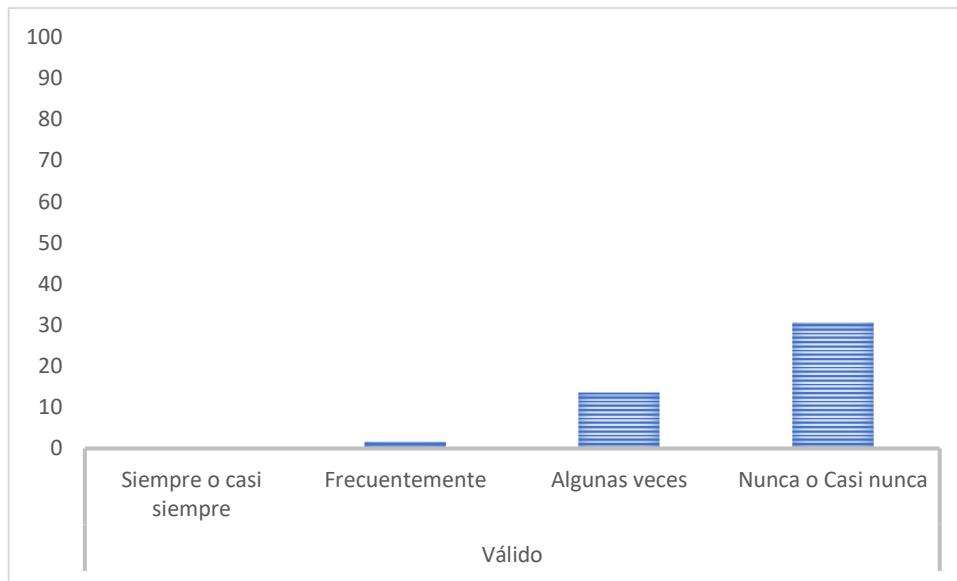


Gráfico 7. Variable relaciones de amistad

La gráfica 8 muestra que la mayoría de los participantes han contestado los intervalos frecuentemente o algunas veces.

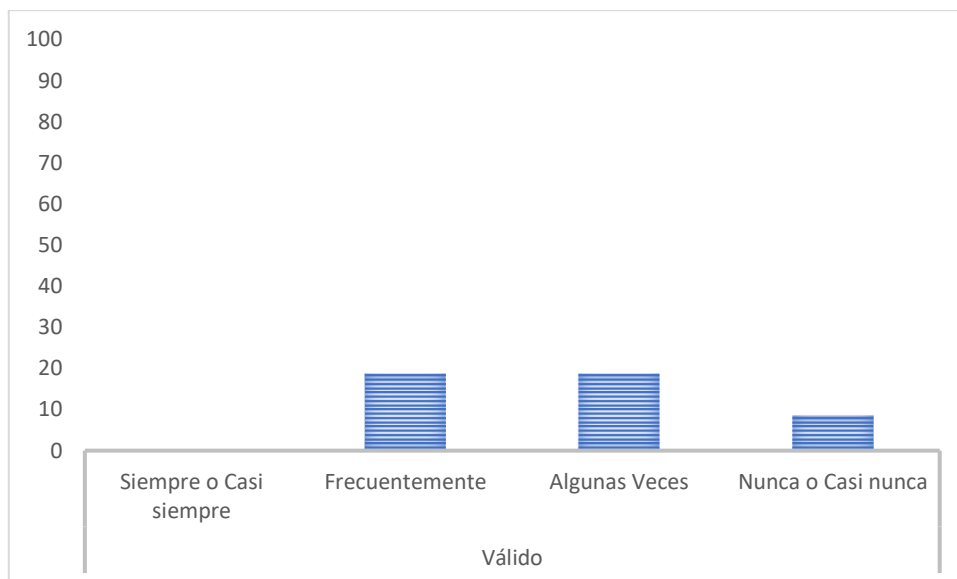


Gráfico 8. Variable jubilación

Respecto a la opinión sobre las barreras arquitectónicas (ítem 18), es en mayor proporción frecuentemente o algunas veces.

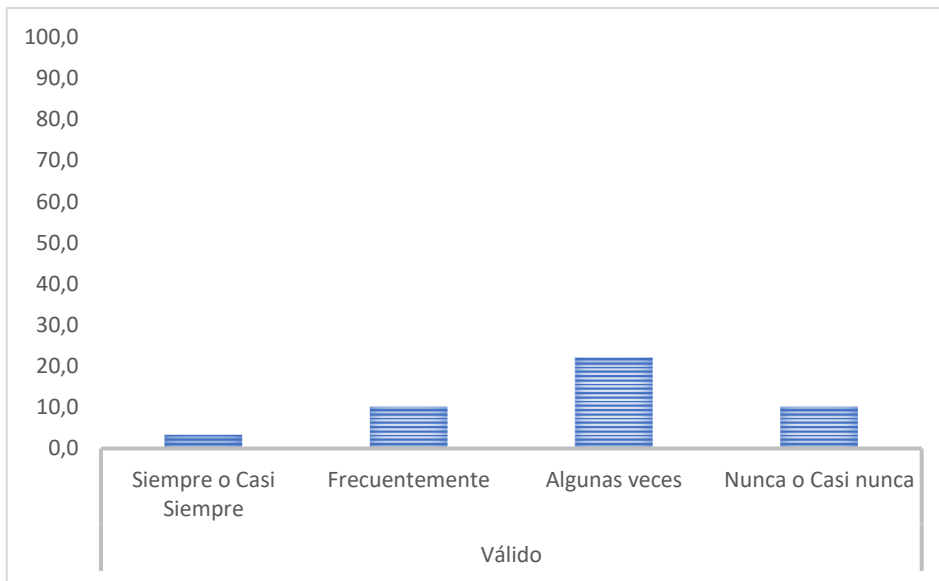


Gráfico 9. Variable barreras arquitectónicas en la vivienda

Los aspectos relacionados con la dimensión desarrollo personal podemos ver en la gráfica 10, ítem 26, que la respuesta se sitúa en el valor algunas veces.

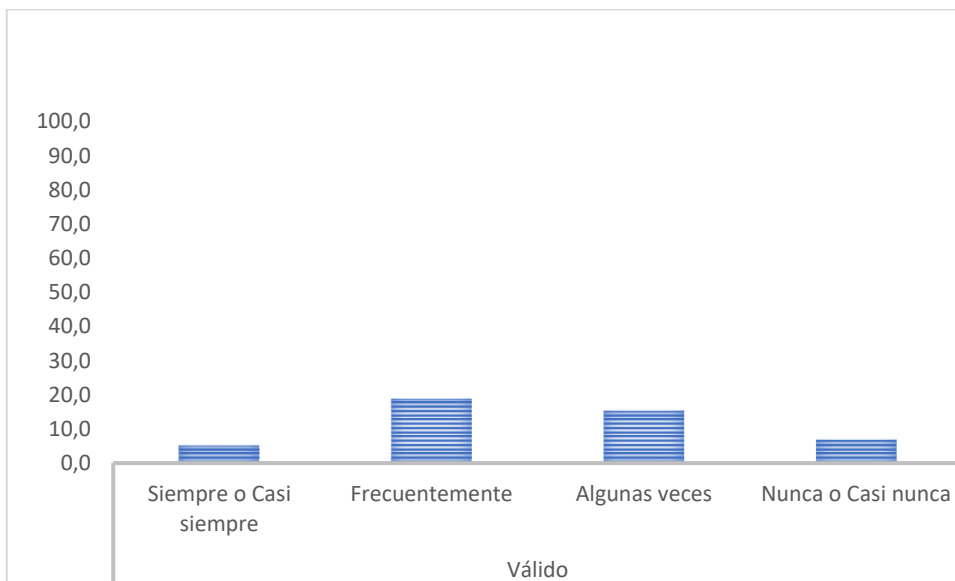


Gráfico 10. Variable Matemáticas

Otro aspecto relacionado con la dimensión desarrollo personal es la variable comprensión, en la gráfica 11, ítem 27, que la respuesta se sitúa en el valor frecuentemente.

Por lo tanto, podemos expresar que el desarrollo personal es una dimensión desfavorecedora.

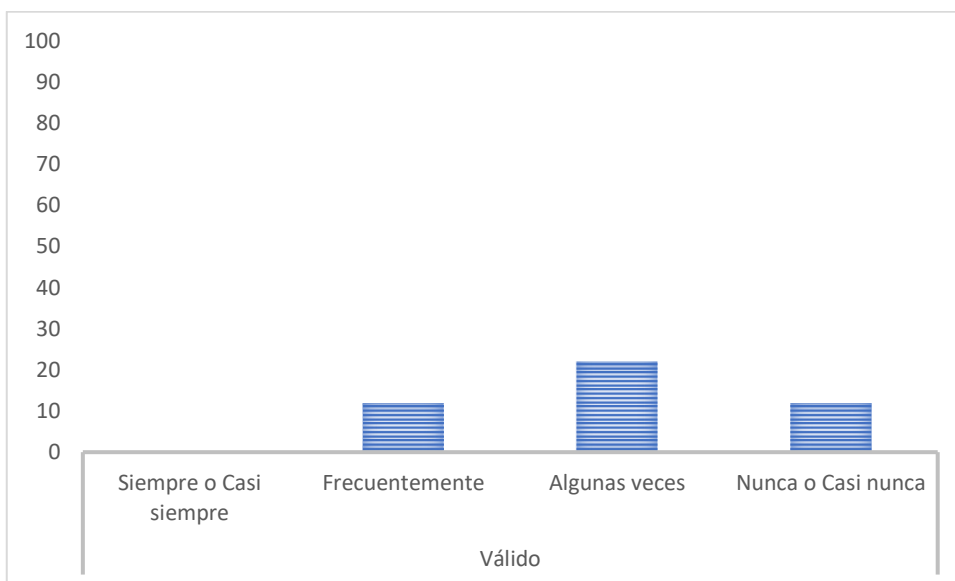


Gráfico 11. Variable comprensión

En cuanto a la dimensión bienestar físico, se muestra dificultades porque en la variable audición (gráfica 12), se contesta casi en totalidad frecuentemente.

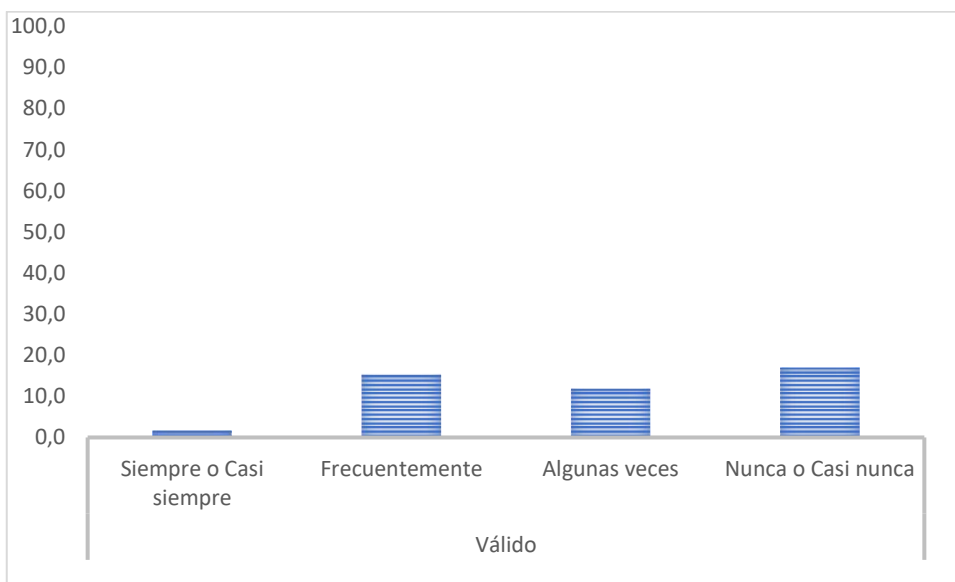


Gráfico 12. Variable Audición

Además, en la dimensión bienestar físico, ya mencionada cabe destacar el ítem 35, visto en la gráfica 13 que muestra claramente la dificultad antes mencionada porque tanto se contesta casi en totalidad frecuentemente o algunas veces.

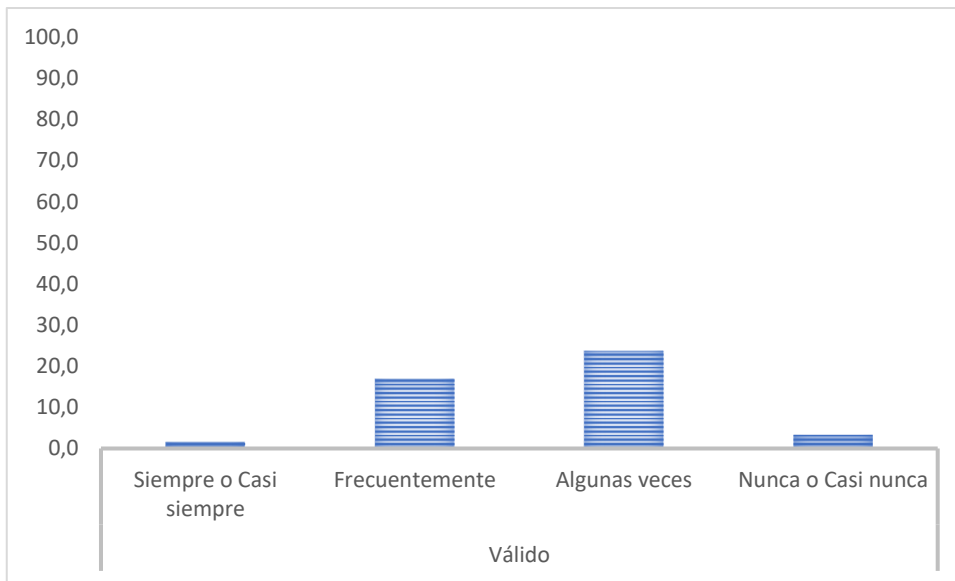


Gráfico 13. Variable visión

En la variable planes de futuro (gráfico 14) se puede prever que los encuestados no muestran una actitud favorable en cuanto a la dimensión autodeterminación.

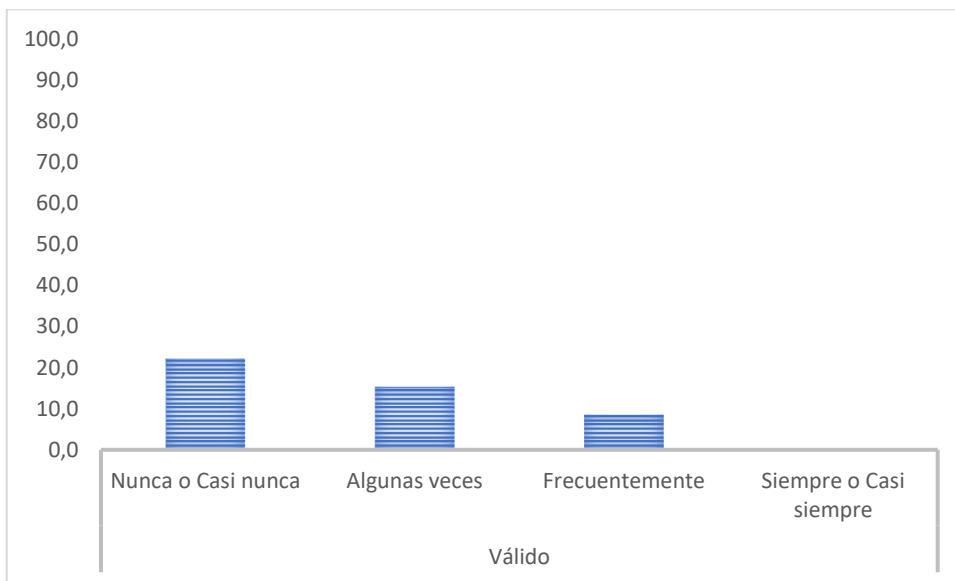


Gráfico 14. Variable planes de futuro

Por otro lado, podemos ver que se sienten incluidos socialmente en el centro Ferrusola porque, como muestra la gráfica 15 los encuestados han contestado sobre todo las dimensiones algunas veces y nunca o casi nunca en el ítem *tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude*.



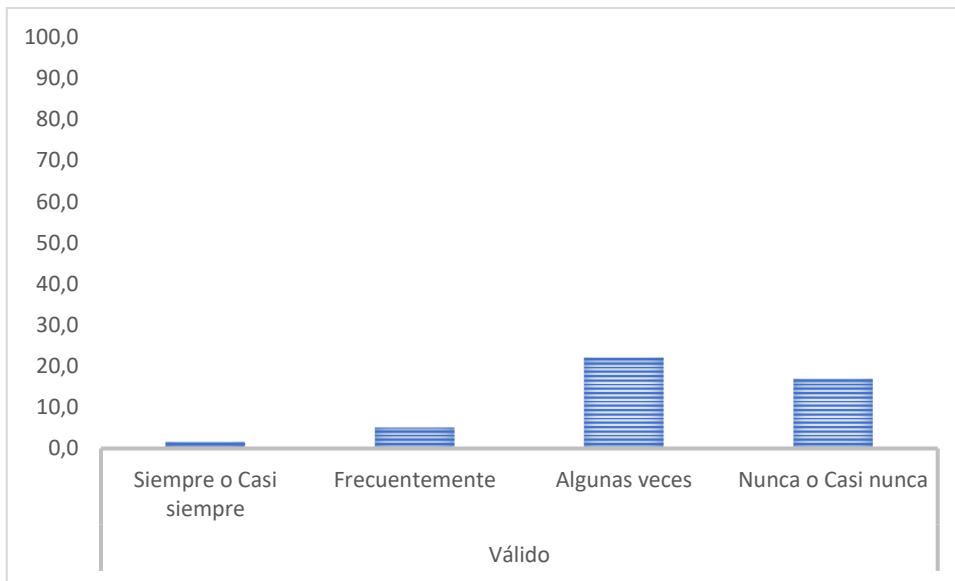


Gráfico 15. Variable relaciones en el centro

## 4 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

### 4.1 Diagnóstico

Las necesidades que hemos podido ver tras la recogida de datos es que estos mayores necesitan que se les preste más atención, que se les valore y se les tenga en cuenta, sentir que son útiles, aprovechar de forma más activa el tiempo de ocio y un aprendizaje permanente, para ello se les aportará algunas de las herramientas que consideramos necesarias.

Se trata de potenciar su percepción vital para un aumento de su capacidad expresiva, por ello se realizarán talleres de arteterapia, musicoterapia y teatro con algunas actividades de risoterapia. El arteterapia ayuda a mejorar las expresiones emocionales, mentales y corporales, fomenta la creatividad de las personas y la imaginación, y nos ayuda a relacionarnos mejor con los demás y con nuestro entorno. La musicoterapia nos proporciona una mejora de la salud física y emocional, mejorando las habilidades sensoriales, motrices, cognitivas, emocionales y sociales de las personas. El teatro hace que mejoremos nuestra forma de expresarnos y de relacionarnos con los demás. Y, la risoterapia beneficia al cuerpo y a la mente, puesto que genera diferentes tipos de hormonas que nos hace sentir la felicidad.

El problema existente en esta sociedad respecto a los mayores es que se quedan en el olvido, como si ya no tuvieran capacidades y habilidades, por lo tanto, se pretende aportar herramientas que les empodere y ayude a la mejora de su calidad de vida.

En concreto, el lugar donde se llevará a cabo la intervención es en las instalaciones del Centro de Estancias Diurnas Ferrusola, que se encuentra en Sevilla, en la zona de Sevilla Este.

En este centro, la mayoría de las personas mayores, ya que es un centro que oferta plazas tanto públicas como privadas, tienen un nivel socioeconómico medio o alto. Su nivel cultural, por el contrario, es básico puesto que hay pocas personas que dominen la lectoescritura.

Estas personas tienen, en su mayoría más de 68 años, aunque hay dos casos excepcionales de menos de 68 años, que están aquí por tener algún tipo de discapacidad. Las personas con las cuales llevaremos a cabo este proyecto son las personas adultas mayores que llevan a cabo las actividades y dinámicas en dicho centro.

Los recursos que necesitaremos, principalmente, serán los siguientes.

- Para arteterapia, realizaremos diferentes actividades con lápices, ceras, rotuladores, acuarelas, temperas, etc.

- Para la musicoterapia es imprescindible contar con un reproductor de sonido y altavoces.
- Para las actividades de teatro necesitaríamos contar con un espacio amplio.

## **4.2 Objetivos**

El objetivo general:

- Dotar a las personas mayores de herramientas, recursos y nuevos hábitos de vida saludable.

Los objetivos específicos son:

- Aprender de forma básica qué es la arteterapia y los beneficios que conlleva.
- Aprender de forma básica qué es la musicoterapia y los beneficios que conlleva.
- Aprender de forma básica qué es la dramatización o teatro y los beneficios que conlleva.

## **4.3 Metodología**

La metodología desarrollada a partir del aprendizaje por descubrimiento dirigido contará con técnicas utilizadas para el desarrollo de los talleres serán aprendizaje a través de actividades y dinámicas de participación e interacción de todos los participantes. Los adultos mayores, además de estar aprendiendo actividades y dinámicas de terapias no farmacológicas que le ayudan a su bienestar, podrán divertirse y socializar con los demás y conseguirán de esta forma herramientas y métodos que les ayude a mejorar su calidad de vida.

El procedimiento es de tres talleres que transcurrirán en módulos de una hora, donde se harán actividades y dinámicas relacionadas con arteterapia, musicoterapia y dramatización. En concreto, se realizarán diez módulos en arteterapia y musicoterapia y cinco en dramatización. En estas horas se trabajarán diferentes temas como son la autoestima, la confianza, la socialización y la cooperación de los adultos mayores de dicho centro. Para trabajar dichos temas se les aportará distintas herramientas como son las dinámicas y actividades grupales o por parejas.

## **4.4 Actividades y tareas que realizar**

## **ARTETERAPIA**

### **Objetivo general:**

- Conceder a la persona de una herramienta que le ayude a fortalecerse emocionalmente

### **Objetivos específicos:**

- Incentivar la creatividad.
- Mejorar la expresión mental emocional, corporal y espiritual a través del arte.
- Conferir de confianza a los participantes.

**Destinatarios:** Personas mayores de 68 a 99 años

**Ámbito:** Sevilla

### **Contenidos:**

#### **MÓDULO I**

#### **Actividad 1: “El bongo de los nombres”**

- Objetivos:
  - Facilitar una comunicación participativa.
  - Conocerse los nombres de los participantes.
- Metodología:

Se trata de una actividad de presentación. Todas las personas se colocan en un círculo. El pedagogo, que es la persona que se encarga de la actividad explica el juego. Consiste en que una persona toca el bongo mientras dice su nombre y a la persona que se lo pasa así, se ira diciendo, sucesivamente, todos los nombres. Como por ejemplo ““Soy Rocío y le paso el bongo a José”

- Temporalización: 20 Min.
- Recursos materiales: Un bongo.
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

#### **Actividad 2: “MANDALAS”**

- Objetivo:
  - Conocer la técnica de relajación y arteterapia de los mándalas.
  - Fortalecer la psicomotricidad de las manos.
- Metodología:

Se reparten los mándalas en cartulinas a grupos de dos o tres personas y ellas lo colorean como quieran con el material que quieran utilizar.

- Temporalización: 45 Min.
- Recursos materiales:
  - Cartulinas con mándalas
  - Colores de cera, madera, rotuladores, acuarelas, temperas o lo que quieran utilizar.
    - Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
    - Evaluación: Diario de sesiones

## MODULO II

**Actividad:** “Arte en la naturaleza”

- Objetivo:
  - Desarrollar la creatividad y la imaginación
  - Fortalecer la psicomotricidad de las manos.
- Metodología:

En primer lugar, se lleva a estas personas a un lugar en el cual estén en contacto con la naturaleza, como un parque. Después, se les dice que recojan los materiales que deseen dentro del parque y que sean naturales, como hojas, flores, etc. Y, por último, se les reparte cartulinas y deben hacer una obra con dichos materiales.

- Temporalización: 1 hora y 30 min.
- Recursos materiales:
  - Cuales quieran, mientras sean naturales.
  - Cartulinas
  - Pegamento y celo
    - Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
    - Evaluación: Diario de sesiones

## MÓDULO III

**Actividad:** “Escultura reciclada”

- Objetivo:
  - Expresar lo que sentimos.
  - Desarrollar la creatividad.
  - Fortalecer la psicomotricidad de las manos.
- Metodología:

Se reparten los materiales reciclados que traiga el educador/a que dirija la actividad, y lo que las personas hallan traído, puesto que previamente se les ha pedido que traigan materiales que no utilicen en sus casas. A continuación, se les explica que deben hacer una escultura con ellos. Y, por último, deben dar una explicación de su escultura.

- Temporalización: 1 hora
- Recursos materiales: cosas que no se necesiten en casa, tales como rollos de papel, cartón de huevos, etc.
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## MÓDULO IV

### Actividad: “Collage”

- Objetivo:
  - Conocer un nuevo método de arte.
  - Desarrollar la creatividad.
  - Fortalecer la psicomotricidad de las manos.
- Metodología:

Se reparten revistas, periódicos, etc., además de tijeras, cartulinas y pegamentos. Se les pide que hagan una obra cortando y pegando como ellos/as consideren adecuado.

- Temporalización: 1 hora
- Recursos materiales: revistas, periódicos, etc., además de tijeras, cartulinas y pegamentos.
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## MÓDULO V

### Actividad: “Dibujando con texturas”

- Objetivo:
  - Conocer la técnica frotage.
  - Desarrollar la creatividad.
  - Fortalecer la psicomotricidad de las manos.
- Metodología:

Se reparten folios y se les pide que realicen un dibujo con diferentes texturas. Para ello llevar materiales rugosos y utilizar los que estén al alcance dentro del aula o taller.

- Temporalización: 1 hora.
- Recursos materiales: folios y lápices.
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## MÓDULO VI

### Actividad: “Murales de las estaciones”

- Objetivo:
  - Desarrollar la creatividad.
  - Fortalecer la psicomotricidad de las manos.
- Metodología:

Se reparten cuatro cartulinas grandes por grupos de forma que queden cuatro grupos. Cada grupo tendrá que diseñar y representar una estación del año, de la forma más creativa posible.

- Temporalización: 1 hora
- Recursos materiales: cartulinas, colores, rotuladores y lápices.
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## MÓDULO VII

**Actividad:** “Marionetas de tela”

- Objetivo:
  - Desarrollar la creatividad.
  - Fortalecer la psicomotricidad de las manos.
- Metodología:

Se reparten las telas a cada una de las personas del taller, con la forma de marioneta y ellos/as lo deben decorar a su gusto.

- Temporalización: 1 hora
- Recursos materiales: tela, cola, botones, hilos, lana, tijeras, ...
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## MÓDULO VIII

**Actividad:** “Figuras de plastilina”

- Objetivo:
  - Desarrollar la creatividad e imaginación.
  - Fortalecer la psicomotricidad de las manos.
- Metodología:

Se reparten las plastilinas y se les dice que hagan figuras con ellas usando su imaginación y creatividad.

- Temporalización: 1 hora
- Recursos materiales: plastilina de diferentes colores
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## MÓDULO IX

**Actividad:** “Dibujar un recuerdo feliz”

- Objetivo:
  - Desertar emociones positivas.
  - Desarrollar la creatividad.
  - Fortalecer la psicomotricidad de las manos.
- Metodología:

Se les pide que seleccionen un recuerdo que les haga felices. Después, se les dice que lo dibujen. Y, por último, una puesta en común donde explican sus dibujos y que representan.

- Temporalización: 1 hora
- Recursos materiales: folios y lápices.
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## **MÓDULO X**

### **Actividad 1: “Pintar la música”**

- Objetivo:
  - Expresar a través del papel.
  - Desarrollar la creatividad.
  - Fortalecer la psicomotricidad de las manos.
- Metodología:

Se pone una canción (a elección de la persona que dirige la actividad), y, se pide que dibujen lo que ellos creen que expresa esa música. Por último, se realiza una pequeña puesta en común.

- Temporalización: 1 hora
- Recursos materiales:
  - Dispositivo de audio y música.
  - Papel y lápices de colores.
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## **MUSICOTERAPIA**

### **Objetivo general:**

- Ceder a la persona de una herramienta que le ayude a fortalecer su expresión corporal y su motricidad.

### **Objetivos específicos:**

- Mejorar las habilidades verbales.
- Estimular la memoria.
- Mantener la atención y la participación activa en las dinámicas.

**Destinatarios:** Personas mayores de 68 a 99 años

**Ámbito:** Sevilla

### **Contenidos:**

## **MÓDULO I**

### **Actividad 1: “Viajes musicales”**



- Objetivo:
- Ayudar a ejercitar la memoria.
- Aprender diferentes culturas por medio de la música.
- Metodología:

En primer lugar, se explica lo que se va a hacer. Después se muestran tipos de música de diferentes países que sean reconocidas, se pregunta de donde son y se explica. A continuación, se muestran tipos de música de diferentes provincias que sean reconocidas, se pregunta de donde son y se explica. Y, por último, se muestran tipos de música de diferentes épocas que sean reconocidas, se preguntan de que época es y se explica.

- Temporalización: 25 min.
- Recursos materiales: Reproductor de música
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

### **Actividad 2: “Mi cuerpo tiene ritmos”**

- Objetivo:
- Mejorar la psicomotricidad de estas personas.
- Facilitar una comprensión de los ritmos en estas personas.
- Metodología:

Se explica la actividad, que consiste en hacer ritmos con las manos, primero, con los pies, después, y, en tercer lugar, con la combinación de ambos.

- Temporalización: 25 Min.
- Recursos materiales: Reproductor de música
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

### **Actividad 3: “Relajación Musical”**

- Objetivo:
- Relajar el cuerpo después de las actividades realizadas.
- Mostrar una técnica de relajación para cuando la necesiten.
- Metodología:

Se pone música y se va leyendo un texto mientras las personas hacen las indicaciones de dicho texto.

- Temporalización: 10 Min.
- Recursos materiales: Reproductor de música
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## **MODULO II**

### **Actividad 1: “Rimas”**

- Objetivo:
- Ayudar a ejercitar la memoria.
- Metodología:

Se les coloca en círculo y se reparte folios y lápices a cada uno. Cada jugador debe inventarse un pareado con su nombre y escribirlo en su folio. Cuando todos hayan acabado comienza el recital, cada uno debe recitar su pareado. Ejemplo: “esta es la historia de Sandra, que de mascota tiene una salamandra”.

- Temporalización: 25 min.
- Recursos materiales: música, lápices y folios
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

### **Actividad 2: “Sigue la canción”**

- Objetivo:
- Ayudar a ejercitar la memoria.
- Metodología:

El grupo se subdivide en otros más pequeños y se le da a cada subgrupo lápiz y papel. Se les pone una canción y ellos/as deben continuarla y después cantarla a los demás.

- Temporalización: 25 min.
- Recursos materiales: lápices, papel y música

### **Actividad 3: “Relajación Musical”**

- Objetivo:
- Relajar el cuerpo después de las actividades realizadas.
- Mostrar una técnica de relajación para cuando la necesiten.
- Metodología:

Se pone música y se va leyendo un texto mientras las personas hacen las indicaciones de dicho texto.

- Temporalización: 10 Min.
- Recursos materiales: Reproductor de música
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## **MÓDULO III**

### **Actividad 1: “Danza – Libre expresión”**

- Objetivo:
- Aprender a expresarnos con nuestros cuerpos.
- Fortalecer la psicomotricidad.
- Metodología:

Se pone música de fondo (la que desee el educador/a que realice el taller), las canciones que se elijan deben tener diferentes ritmos, para invitarles a expresarse de diferentes formas. Como posición de partida les sugerimos que se queden sentados, o se levanten o como ellos quieran. Influidos por la música cada uno es libre de hacer lo que quiera.

- Temporalización: 25 min.
- Recursos materiales: un lugar espacioso
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

#### Actividad 2: “Juego del Eco”

- Objetivo:
  - Aprender a expresar ritmos con nuestros cuerpos.
  - Fortalecer la psicomotricidad.
- Metodología:

Una de las personas participantes interpreta un ritmo, ya sea percutiendo con las manos o con la voz. Y luego lo interpretan todos. El ritmo debe ser corto. Y así, cada uno va diciendo un ritmo diferente y los demás lo siguen.

- Temporalización: 25 min.
- Recursos materiales: ninguno
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

#### Actividad 3: “Relajación Musical”

- Objetivo:
  - Relajar el cuerpo después de las actividades realizadas.
  - Mostrar una técnica de relajación para cuando la necesiten.
- Metodología:

Se pone música y se va leyendo un texto mientras las personas hacen las indicaciones de dicho texto.

- Temporalización: 10 Min.
- Recursos materiales: Reproductor de música
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

### MÓDULO IV

#### Actividad 1: “¿Qué recuerdo emocional te trae?”

- Objetivo:
  - Recordar canciones.
  - Interpretar nuestras emociones.
- Metodología:

En primer lugar, se presenta una gran variedad de canciones. Se les va poniendo una a una cada canción. Cuando acaba la canción se les pide que hable de los sentimientos que les produce dicha canción.

- Temporalización: 25 min.
- Recursos materiales: música
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

#### **Actividad 2: “Adivinanza Musical”**

- Objetivo:
  - Fortalecer y ejercitar la memoria
- Metodología:

En primer lugar, se hacen dos equipos y se les pone nombre, a elección de los miembros del grupo. Cada equipo escucha una canción diferente. Tienen que adivinar quien la canta y el título de la canción. Si adivina una sola cosa consiguen un punto y si dicen las dos, consiguen los dos puntos. Gana el equipo que acierte más.

- Temporalización: 25 min.
- Recursos materiales: música
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

#### **Actividad 3: “Relajación Musical”**

- Objetivo:
  - Relajar el cuerpo después de las actividades realizadas.
  - Mostrar una técnica de relajación para cuando la necesiten.
- Metodología:

Se pone música y se va leyendo un texto mientras las personas hacen las indicaciones de dicho texto.

- Temporalización: 10 Min.
- Recursos materiales: Reproductor de música
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## **MÓDULO V**

#### **Actividad 1: “Orquesta de improvisación”**

- Objetivo:
  - Conocer los diferentes instrumentos
  - Fortalecer la cooperación del grupo
- Metodología:

En primer lugar, se les da instrumentos y, después, se les va dirigiendo como a una orquesta.

- Temporalización: 50 min.
- Recursos materiales: música y un lugar espacioso.
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

#### **Actividad 2:** “Relajación Musical”

- Objetivo:
  - Relajar el cuerpo después de las actividades realizadas.
  - Mostrar una técnica de relajación para cuando la necesiten.
- Metodología:

Se pone música y se va leyendo un texto mientras las personas hacen las indicaciones de dicho texto.

- Temporalización: 10 Min.
- Recursos materiales: Reproductor de música
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

### **MÓDULO VI**

#### **Actividad 1:** “Nuestra coreografía”

- Objetivo:
  - Expresarnos con nuestros cuerpos.
  - Fortalecer la psicomotricidad.
- Metodología:

Se hace una coreografía con pasos inventados por todos. Primero, se les pide que vayan diciendo pasos que les guste realizar y luego se van uniendo los pasos de modo que se realice una pequeña coreografía.

- Temporalización: 50 min.
- Recursos materiales: música y un lugar espacioso.
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

#### **Actividad 2:** “Relajación Musical”

- Objetivo:
  - Relajar el cuerpo después de las actividades realizadas.
  - Mostrar una técnica de relajación para cuando la necesiten.
- Metodología:

Se pone música y se va leyendo un texto mientras las personas hacen las indicaciones de dicho texto.

- Temporalización: 10 Min.
- Recursos materiales: Reproductor de música
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## MÓDULO VII

### Actividad 1: “Bailes I: Vals”

- Objetivo:
  - Conocer los diferentes bailes de nuestro país.
  - Fortalecer la psicomotricidad.
- Metodología:

Se muestra como es el baile, primero los pasos básicos y después una pequeña coreografía, que bailamos todos.

- Temporalización: 50 min.
- Recursos materiales: música y un lugar espacioso.
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

### Actividad 2: “Relajación Musical”

- Objetivo:
  - Relajar el cuerpo después de las actividades realizadas.
  - Mostrar una técnica de relajación para cuando la necesiten.
- Metodología:

Se pone música y se va leyendo un texto mientras las personas hacen las indicaciones de dicho texto.

- Temporalización: 10 Min.
- Recursos materiales: Reproductor de música
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## MÓDULO VIII

### Actividad 1: “Bailes II: Chotis”

- Objetivo:
  - Conocer los diferentes bailes de nuestro país.
  - Fortalecer la psicomotricidad.
- Metodología:

Se muestra como es el baile, primero los pasos básicos y después una pequeña coreografía, que bailamos todos.

- Temporalización: 50 min.
- Recursos materiales: música y un lugar espacioso.

**Actividad 2:** “Relajación Musical”

- Objetivo:
  - Relajar el cuerpo después de las actividades realizadas.
  - Mostrar una técnica de relajación para cuando la necesiten.
- Metodología:

Se pone música y se va leyendo un texto mientras las personas hacen las indicaciones de dicho texto.

- Temporalización: 10 Min.
- Recursos materiales: Reproductor de música
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## MÓDULO IX

**Actividad 1:** “Bailes III: Pasodoble”

- Objetivo:
  - Conocer los diferentes bailes de nuestro país.
  - Fortalecer la psicomotricidad.
- Metodología:

Se muestra como es el baile, primero los pasos básicos y después una pequeña coreografía, que bailamos todos.

- Temporalización: 50 min.
- Recursos materiales: música y un lugar espacioso.
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

**Actividad 2:** “Relajación Musical”

- Objetivo:
  - Relajar el cuerpo después de las actividades realizadas.
  - Mostrar una técnica de relajación para cuando la necesiten.
- Metodología:

Se pone música y se va leyendo un texto mientras las personas hacen las indicaciones de dicho texto.

- Temporalización: 10 Min.
- Recursos materiales: Reproductor de música
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## MÓDULO X

### **Actividad 1: “Bailes IV: Sevillanas”**

- Objetivo:
- Conocer los diferentes bailes de nuestro país.
- Fortalecer la psicomotricidad.
- Metodología:

Se muestra como es el baile, primero los pasos básicos y después una pequeña coreografía, que bailamos todos.

- Temporalización: 50 min.
- Recursos materiales: música y un lugar espacioso.
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

### **Actividad 2: “Relajación Musical”**

- Objetivo:
- Relajar el cuerpo después de las actividades realizadas.
- Mostrar una técnica de relajación para cuando la necesiten.
- Metodología:

Se pone música y se va leyendo un texto mientras las personas hacen las indicaciones de dicho texto.

- Temporalización: 10 Min.
- Recursos materiales: Reproductor de música
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## **TEATRO Y RISOTERAPIA**

### **Objetivo general:**

- Incentivar el crecimiento personal y fortalecer las habilidades sociales

### **Objetivos específicos:**

- Mejorar la expresión física de ésta personas.
- Fomentar la creatividad.
- Estimular la memoria.

**Destinatarios:** Personas mayores de 68 a 99 años

**Ámbito:** Sevilla

### **Contenidos:**

## **MÓDULO I**

### **Actividad 1: “Cómo me siento”**

- Objetivo:



- Aprender a expresarse con el cuerpo.
- Identificar emociones ajenas.
  - o Metodología:

Una o dos personas salen de la sala con el educador y se le dice los sentimientos que debe expresar con el cuerpo, luego entran lo representan y los demás deben decir de que se trata. Después se hace lo mismo representando situaciones y los demás decir que sentimientos conllevan estas situaciones.

- o Temporalización: 25 Minutos
- o Recursos materiales: Un espacio amplio
- o Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- o Evaluación: Diario de sesiones

### **Actividad 2:** “El carnaval de los animales”

- o Objetivo:
  - Aprender a expresarse con el cuerpo.
  - Recordar los diferentes animales y cuáles son los lugares donde viven.
- o Metodología:

Se reparten papeles con diferentes animales. Cada persona debe realizar con mímicas su animal y los demás deben averiguar cuál es. Después de haberlo hecho todos, deben clasificarse según el lugar (sabana, selva, doméstico, etc.) al que pertenezcan.

- o Temporalización: 25 Min.
- o Recursos materiales: Papeles con los diferentes animales y un espacio amplio.
- o Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- o Evaluación: Diario de sesiones

### **Actividad 3:** “Risa contagiosa”

- o Objetivo:
  - Relajar a las personas después de realizar las actividades.
  - Mostrar que reír es bueno para nuestro cuerpo y nuestra mente.
- o Metodología:

Reír utilizando las fonologías siguientes: jajaja/ jejeje/ jijiji/ jojojo/ jujuju. Comienza uno y le van siguiendo por orden después se va introduciendo otra fonología así hasta que todos hallan dicho toda.

- o Temporalización: 10 Min.
- o Recursos materiales: Ninguno
- o Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- o Evaluación: Diario de sesiones

## **MODULO II**

### **Actividad 1:** “Interpretación dramática”

- Objetivo:
- Conocer como expresamos a través de nuestro cuerpo.
- Fortalecer la psicomotricidad.
- Metodología:

Se les va diciendo diferentes situaciones y ellos la interpretan.

- Temporalización: 45 min.
- Recursos materiales: El espacio que nos faciliten
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

#### **Actividad 2:** “Muecas en círculos” (Risoterapia)

- Objetivo:
- Favorecer la diversión.
- Lograr un mayor grado de confianza entre los miembros del grupo.
- Metodología:

Nos colocamos en círculo, y el que inicia el juego le pasa al de su derecha la mueca más estafalaria que se le ocurra, y éste al de al lado, así sucesivamente. Uno por uno va realizando la ronda de gestos ridículos y así se van riendo y como la risa es contagiosa, todos se ríen.

- Temporalización: 15 min.
- Recursos materiales: El espacio que nos faciliten
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

### **MÓDULO III**

#### **Actividad 1:** “Estatua”

- Objetivo:
- Conocer como expresamos a través de nuestro cuerpo.
- Fortalecer la psicomotricidad.
- Metodología:

Primero uno es un escultor y el otro es la arcilla. El que es arcilla está lánguido e inmóvil. El escultor debe darle forma y colocarlo en la posición que desee, y formar las figuras que quiera con él. Después, cambian sus papeles.

- Temporalización: 25 min.
- Recursos materiales: ninguno
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

#### **Actividad 2:** “Objetos”

- Objetivo:

- Conocer como expresamos a través de nuestro cuerpo.
- Fortalecer la psicomotricidad.
  - o Metodología:

En primer lugar, se coge un objeto (por ej., un lápiz) y uno piensa qué cosas tienen una forma parecida (por ej., un espagueti) y hacen mímica con lo que se imaginan. Los otros tienen que adivinar de qué se trata. Y, después, se hace lo mismo, pero haciendo algo con el objeto como si fuera otra cosa y los otros adivinan qué es.

- o Temporalización: 25 min.
- o Recursos materiales: ninguno
- o Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- o Evaluación: Diario de sesiones

### **Actividad 3: “Encuentro” (Risoterapia)**

- o Objetivo:
  - Favorecer la diversión.
  - Lograr un mayor grado de confianza entre los miembros del grupo.
- o Metodología:

Una de las personas participantes, va hacia otra y la abraza como si lo conociera de algo y no lo hubiera visto desde hace mucho tiempo y le dice ¡oye, cuanto tiempo! Después le dice “¿Te acuerdas de la fiesta de Fulanita/a?” y comienza a reírse como si el recuerdo fuese cómico. Se queda riéndose hasta que la otra persona lo hace también después se inventan recuerdos de ese día y se despiden.

- o Temporalización: 10 min.
- o Recursos materiales: ninguno
- o Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- o Evaluación: Diario de sesiones

## **MÓDULO IV**

### **Actividad 1: “¡¡Acción!!”**

- o Objetivo:
  - Conocer como expresamos a través de nuestro cuerpo.
  - Fortalecer la psicomotricidad.
- o Metodología:

Unos representan una escena, que previamente han planeado y los otros le deben poner el diálogo

- o Temporalización: 45 min.
- o Recursos materiales: un lugar espacioso
- o Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- o Evaluación: Diario de sesiones

### **Actividad 2: “Director de orquesta” (Risoterapia)**

- Objetivo:
- Favorecer la diversión.
- Lograr un mayor grado de confianza entre los miembros del grupo.
- Metodología:

La persona que dirige la actividad debe mover sus brazos de arriba abajo como un director de orquesta. Los participantes deben reír primero con la sílaba JA, después con la JE, y así, con todas las restantes JI, JO y JU. Primero todos luego por grupos, hasta que no se pueda realizar de la risa.

- Temporalización: 15 min.
- Recursos materiales: ninguno
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## MÓDULO V

### Actividad 1: “¡¡Improvísamos!!”

- Objetivo:
- Conocer como expresamos a través de nuestro cuerpo.
- Fortalecer la psicomotricidad.
- Metodología:

Se les va diciendo diferentes situaciones, con pequeños diálogos y ellos la interpretan todos a la vez.

- Temporalización: 45 min.
- Recursos materiales: un lugar espacioso
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

### Actividad 2: “El espejo” (Risoterapia)

- Objetivo:
- Favorecer la diversión.
- Lograr un mayor grado de confianza entre los miembros del grupo.
- Metodología:

Se colocan a los participantes por parejas, uno frente a otro. Siendo, en primer lugar, uno el espejo y después el otro. El que no es el espejo deberá hacer cosas y el otro repetirle.

- Temporalización: 15 min.
- Recursos materiales: ninguno
- Recursos humanos: Pedagoga y Terapeuta ocupacional
- Evaluación: Diario de sesiones

## 4.5 Calendario de actividades

Las actividades están repartidas semanas.

Actividades	Sesión 1		Sesión 2		Sesión 3
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5
<b>1. El bongo de los nombres</b>	Módulo 1				
<b>2. Mándalas</b>					
<b>3. Arte en la naturaleza</b>	Módulo 2				
<b>4. Escultura reciclada</b>	Módulo 3				
<b>5. Collage</b>	Módulo 4				
<b>6. Dibujando con texturas</b>	Módulo 5				
<b>7. Murales de las estaciones</b>		Módulo 6			
<b>8. Marionetas con telas</b>		Módulo 7			
<b>9. Figuras con plastilina</b>		Módulo 8			
<b>10. Dibujar un recuerdo feliz</b>		Módulo 9			
<b>11. Pintar la música</b>		Módulo 10			
<b>12. Viajes musicales</b>			Módulo 1		
<b>13. Mi cuerpo tiene ritmo.</b>					
<b>14. Relajación musical</b>					
<b>15. Rimas</b>			Módulo 2		
<b>16. Sigue la canción</b>					
<b>17. Relajación musical</b>					
<b>18. Danza - libre expresión</b>			Módulo 3		

<b>19. Juego del Eco</b>					
<b>20. Relajación musical</b>					
<b>21. ¿Qué recuerdo emocional te trae?</b>			Módulo 4		
<b>22. Adivinanza musical</b>					
<b>23. Relajación musical</b>					
<b>24. Orquesta de improvisación</b>			Módulo 5		
<b>25. Relajación musical</b>					
<b>26. Nuestra coreografía</b>				Módulo 6	
<b>27. Relajación musical</b>					
<b>28. Baile I Vals</b>				Módulo 7	
<b>29. Relajación musical</b>					
<b>30. Baile II Chotis</b>				Módulo 8	
<b>31. Relajación musical</b>					
<b>32. Baile III Pasodoble</b>				Módulo 9	
<b>33. Relajación musical</b>					
<b>34. Baile IV Sevillanas</b>				Módulo 10	
<b>35. Relajación musical</b>					
<b>36. Cómo me siento</b>					Módulo 1
<b>37. El carnaval de los animales</b>					
<b>38. Risas contagiosas</b>					
<b>39. Interpretación dramática</b>					Módulo 2
<b>40. Muecas en círculos</b>					

<b>41. Estatua</b>					Módul
<b>42. Objeto</b>					o 3
<b>43. Encuentro</b>					
<b>44. ¡¡Acción!!</b>					Módul
<b>45. Director de orquesta</b>					o 4
<b>46. Improvisamos</b>					Módul
<b>47. El espejo</b>					o 5

Tabla 5. Calendario

## 4.6 Evaluación

Como técnicas de evaluación de procesos utilizaremos el diario de campo y un instrumento de observación. En el diario de campo se irá poniendo tanto aspectos positivos como inconvenientes que hayan ido surgiendo en el desarrollo de las sesiones. Gracias al diario de campo se hace una descripción y una reflexión detallada y completar que permiten aportar, desde otra perspectiva el desarrollo de las sesiones, por ello es un instrumento muy eficaz.

Por otro lado, tenemos el instrumento de observación (anexo 2). La observación es un hecho cotidiano. Forma parte de la psicología de la percepción, por lo que es un componente tácito del funcionamiento cotidiano de los individuos en tanto negocian los acontecimientos de la vida diaria. No toda la observación que tiene lugar en la vida cotidiana es tácita. También se realizan observaciones en forma más deliberada y sistemática, cuando la situación lo requiere. (Centro de Investigación y Docencia, 2008) esta observación que se realiza de manera más pensada y elaborada sería la que vamos a utilizar como técnica en esta evaluación. En la observación haremos hincapié en las dimensiones que consideramos más importantes de la escala FUMAT, que son bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social y desarrollo personal.

Para poder medir la satisfacción de los participantes se realizará, como evaluación final, un grupo de discusión en el que se hablará del tiempo de realización de los talleres, las instalaciones donde se llevan a cabo y las técnicas empleadas. Un grupo de discusión es aquel que tiene como objetivo ordenar y dar sentido al discurso social que se va a reproducir. (Cano Arana, A., 2008) Para ello se reúne a un grupo de personas, anteriormente seleccionadas, en este caso sería siete participantes, la terapeuta y el profesional pedagogo que esté llevando la realización de los talleres.

Durante el grupo de discusión se tratará de recopilar las vivencias y experiencias de todos los miembros del grupo. Estas personas pueden aportar todas las opiniones que

tengan sobre todos los aspectos que trataremos. Dichos aspectos que tratar son los de la tabla siguiente:

Dimensiones	Evaluación
<b>Materiales aplicados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cantidad</li> <li>- Originalidad</li> <li>- Utilidad</li> </ul>
<b>Metodología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creatividad</li> <li>- Participación</li> <li>- Utilidad</li> <li>- Calidad</li> </ul>
<b>Lugar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espacio</li> </ul>
<b>Tiempo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duración de las actividades</li> <li>- División del horario</li> </ul>
<b>Trabajadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfiles</li> <li>- Profesionalidad</li> <li>- Cantidad</li> <li>- Calidad</li> </ul>

*Tabla 6. Dimensiones de la evaluación*



## 5 CONCLUSIONES

En primer lugar, de acuerdo con los objetivos señalamos, se puede decir que, a través de la revisión bibliográfica, se ha podido examinar las diferentes partes en las que se divide la calidad de vida de las personas mayores y como ejerce su influencia el envejecimiento activo.

Para averiguar la calidad de vida de los mayores, hemos utilizado la escala FUMAT y como muestra el centro de estancias diurnas Ferrusola y los resultados obtenidos nos muestran que, en comparación con las hipótesis planteadas, unas son acertadas y otras no.

Comparando la primera hipótesis con los resultados conseguidos se puede observar que, en efecto, los mayores muestran un bajo nivel de calidad de vida. En cuanto a los niveles de bienestar social físico y material, que se mencionan en la segunda hipótesis, se puede afirmar que, tanto el bienestar físico como el social son bajos, sin embargo, el material no lo es.

En cuanto a la hipótesis número tres, se muestra que las personas mayores se relacionan mucho con las personas del centro al que acuden, pero, por el contrario, se sienten excluidos del resto de la comunidad. Por último, la respuesta a la hipótesis los mayores no se sienten motivados para hacer actividades ni dinámicas, debo destacar que, si se sienten motivados antes nuevas actividades porque quieren hacer cosas diferentes, el problema es que no tienen actividades que realizar. Hay casos en los cuales no quieren hacer dichas actividades porque creen que no son capaces, éstos muestran baja autoestima.

Se ha elaborado una propuesta de intervención para poder cubrir esas necesidades detectadas y ayudarles, en la medida de lo posible, a lograr una mejora de su calidad de vida. Para ello, se ha decidido que lo mejor era dar a los mayores las herramientas, recursos y hábitos nuevos para tener una vida saludable. Dichas herramientas serían conseguidas a través de terapias no farmacológicas que les permita divertirse y aprender de forma saludable. Estas terapias les contribuirán a un mejor desarrollo y crecimiento personal porque les ayuda entre otras cosas a mejorar la creatividad y la autoestima y a manejar sus emociones y expresarlas con el cuerpo.

En definitiva, a los mayores hay que seguir educándolos porque siguen siendo parte de nuestra sociedad y hay que hacerles ver que siguen formando parte de nuestra sociedad y evitar que se sientan excluidos.

## 6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Profesional Española de Arteterapia (2018). *¿Qué es el arteterapia?* Encontrado en <http://www.arteterapia.org.es/que-es-arteterapia/>

Bazo M.T. (2012). *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia. El desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa*. p. 74 – 181. Valencia: Naullibres

BOE (1999). *Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores*. Obtenido en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-19448>

BOE (2006). *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Encontrado en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

BOJA (2000). *Orden de 28 de Julio de 2000, que regula los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía*. Obtenido de: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2000/102/1>

Cano Arana A. (2008). *Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: El grupo de discusión (I)*. Unidad de Bioestadística Clínica. Hospital Ramón y Cajal. Nure Investigación (nº35)

CEAFA (2017). *Terapias no farmacológicas en las asociaciones de familiares de personas con alzheimer*. Encontrado en: <https://www.ceafa.es/files/2017/08/ManualTNF.pdf>

Centro de Investigación y Docencia (2008). *Maestría en educación. Métodos cuantitativos aplicados 2. Secretaría de educación y cultura. Servicios educativos del estado de chihuahua*. Obtenido de <http://ceppia.com.co/Herramientas/Herramientas/Meto-cuantitativos.pdf#page=172>

Conejo E. (s.f.). *Ejercicios para teatro*. Obtenido en: <http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d715128/TEATRO%20PARA%20NI%C3%91OS%7cAS.pdf>

Consejería de la igualdad y bienestar social (2010). *El Libro Blanco del envejecimiento activo*. p.23-375 Sevilla: Junta de Andalucía.

Constitución Española (1978) Capítulo III: *De los principios rectores de la política social y económica*. Artículo 50. Obtenido de: [http://www.lamoncloa.gob.es/documents/constitucion\\_es1.pdf](http://www.lamoncloa.gob.es/documents/constitucion_es1.pdf)

Delgado Egido, B. (2009). *Psicología del desarrollo desde la infancia a la vejez*. Vol. 2 p. 199 - 231 Madrid: McGrawHill

RAE (2018). *Diccionario del Español Jurídico: centro de día*. Obtenido de: <http://dej.rae.es/#/entry-id/E56140>

Fernández-Ballesteros R., (2009) *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*. p. 26-352 Madrid: Pirámide

Fernández-Ballesteros R., Zamarrón M.D., et. Al. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Redalyc: Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 22 (4), p. 641-647. Encontrado en <http://www.redalyc.org/html/727/72715515016/>

Ferrusola (2017). *Centro de mayores: Ferrusola*. Obtenido de: <http://centrodemayoresferrusola.com/>

Fundación 1º de Mayo (2014). *Envejecimiento activo en las mujeres mayores*. Obtenido de <http://www.pensionistas.ccoo.es/6c07e7819565f96e0d28e02deba8f220000059.pdf>

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 Psychosocial Intervention*, vol. 17, núm. 2, p. 189-199.

HumorSapiens.com (s.f.). *Humor Sapiens. Ejercicios de Risoterapia*. Obtenidos de: <http://humorsapiens.com/risoterapia/ejercicios-de-risoterapia>

Instituto de Religiosas de San José de Gerona (2014) *Musicoterapia para las personas mayores*. Obtenido de <http://atencionmayores.org/musicoterapia-personas-mayores/>

Lachira Yparraguirre L. A. (2014). *Risoterapia: intervencion de enfermería en el incremento de la autoestima en adultos mayores del club "Mis Años Felices"*. p. 45-54. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4138>

La casa Matiz (s.f.) *Arteterapia, procesos creativos y crecimiento interior*. Encontrado en: <http://lacasamatiz.blogspot.com.es/p/algunas.html>

Limón, M.A. & Ortega, M.C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, (6), p. 225-238. Recuperado de <http://www.rpye.es/pdf/68.pdf>

Medicina Natural (s.f.) *Musicoterapia: los secretos sanadores de la terapia musical*. Obtenido de: <https://medicinanatural-alternativa.com/musicoterapia/>

Mendoza Sierra M.I. (1996). *Recursos de apoyo social y bienestar en la tercera edad*. Encontrado en: [http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/672/Y\\_TD\\_PS-093.pdf](http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/672/Y_TD_PS-093.pdf)

OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría Gerontología*, 37(2), p. 74-105.

Reyes Torres I., Castillo Herrera J.A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Scielo: Revista Cubana de Investigación Biomédica*, 30 (3). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002011000300006&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002011000300006&script=sci_arttext&tlng=en)

Sáez de Guinoa, C. (2011). *La arteterapia*. Encontrado en <http://a3uno.wikispaces.com/Actividad+4.+Arteterapia>

- Sánchez Y.C. (s.f.). Diecisiete Ejercicios de Arteterapia para Niños y Adultos. Obtenido en: <https://www.lifeder.com/ejercicios-arteterapia/>
- Sannino C. (1997), Centros de día: un recurso en franca progresión. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/>
- Schalock, R. L. y Felce, D. (2004). Quality of life and subjective well-being: conceptual and measurement issues. En E. Emerson, C. Hatton, T. Thompson, y T.R. Parmenter (Eds.), *International handbook of applied research in intellectual disabilities*. p. 261-279. London: John Wiley and Sons.
- SESCAM (2010) *Elementos de las acciones formativas*. Obtenido de: [https://sescam.jccm.es/eformacion/download/Plan.Estrategico.Sescam.2011-2014/pagina\\_28.htm](https://sescam.jccm.es/eformacion/download/Plan.Estrategico.Sescam.2011-2014/pagina_28.htm)
- TeOcio (2011). *El Rincón del educador y del ocio*. Obtenido de <http://www.teocio.es/sin-categoria/juegos-con-musica>
- Termes (1997) *Del estado del bienestar a la sociedad del bienestar*. Obtenido en <http://web.iese.es/RTermes/acer/acer07.htm>
- Torres-Godoy P.H. (2001). *Dramaterapia. Dramaturgia-Teatro-Terapia*. (p.27-32) Santiago (Chile): Cuarto propio
- Torres R.M. (200) *Alfabetización y aprendizaje a lo largo de toda la vida*. Revista Interamericana de Educación de Adultos, vol. 28, n. 1, p. 25-38 Pátzcuaro, México
- Triadó, C. & Villar F. (2007) *Psicología de la vejez*. (p. 23-303) Madrid: Alianza Editorial
- Verdugo Alonso, M.A., Gómez Sánchez, L.E. y Arias Martínez, B. (2009) *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: Escala FUMAT*. (p.25) Salamanca: INICO

## 7. ANEXOS

### 7.1 Anexo 1: Escala FUMAT

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	<input type="text"/>				
Nombre	<input type="text"/>		Día	Mes	Año
Apellidos	<input type="text"/>	Fecha de aplicación	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo	<input type="checkbox"/> Varón	<input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>				
Localidad/Provincia/CP	<input type="text"/>				
Teléfono	<input type="text"/>	Lengua hablada en casa	<input type="text"/>		

Nombre de la persona que completa el cuestionario	<input type="text"/>				
Puesto de trabajo	<input type="text"/>				
Agencia/Afiliación	<input type="text"/>				
Dirección	<input type="text"/>				
Correo electrónico	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>		

Nombre de otros informantes	Relación con la persona	Idioma
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que **MEJOR** describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>		<b>Siempre o Casi siempre</b>	<b>Frecuente mente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o Casi Nunca</b>
1	En general, se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4

**Puntuación directa TOTAL**

<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>		<b>Siempre o Casi siempre</b>	<b>Frecuente mente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o Casi Nunca</b>
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
12	Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	4	3	2	1

**Puntuación directa TOTAL**

<b>BIENESTAR MATERIAL</b>		<b>Siempre o Casi siempre</b>	<b>Frecuente mente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o Casi Nunca</b>
15	El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16	Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
17	Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
20	Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

<b>DESARROLLO PERSONAL</b>		<b>Siempre o Casi siempre</b>	<b>Frecuente mente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca o Casi Nunca</b>
22	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	4	3	2	1
23	Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24	Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25	En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28	Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
29	Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

<b>BIENESTAR FÍSICO</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
33	Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

<b>AUTODETERMINACIÓN</b>		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
36	Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39	Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41	Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					



INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
45	Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	3
47	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51	Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52	Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

DERECHOS		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
53	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
57	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1
<b>Puntuación directa TOTAL</b>					

## 7.2 Anexo 2: Instrumento de observación

INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN		
Actividad		<b>Fecha:</b>
Observador		
Objetivos		
Lugar-espacio		
Técnica aplicada		
<b>Descripción de actividades</b>		
Observaciones:	<b>Aspectos positivos</b>	<b>Aspectos negativos</b>
<b>Bienestar Emocional</b>		
<b>Relaciones Interpersonales</b>		
<b>Desarrollo personal</b>		
<b>Inclusión social</b>		