

Universidad Nacional de Mar de Plata

Facultad de Psicología

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89

Calidad de Vida en adultos mayores que participan y que no participan en organizaciones de ocio y/o recreación

Autoras:

Giaccaglia, Laura Mat. 6576/04 D.N.I. 31.821.988

Patuto, Agustina Mat. 6735/04 D.N.I. 31.837.065

Saenz, Vanesa Mat. 3928/96 D.N.I. 25.580.892

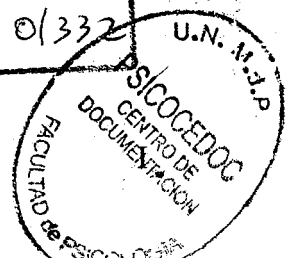
Supervisora: Dra. Claudia Castañeiras

Co/Supervisora: Mg. Claudia J. Arias

Cátedra de radicación: Estrategias Cualitativas y Cuantitativas en Investigación Psicológica.

Fecha de presentación: Octubre de 2014

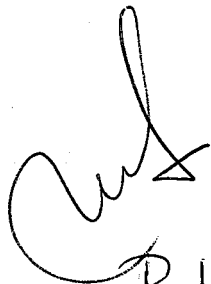
Nº CLASIFICACION:	ADQUISICION:
t-18 B	1322
	Nº INVENTARIO:
	R-0/332



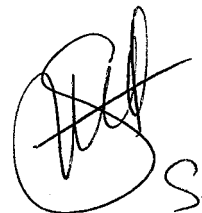
Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Giaccaglia Laura; Patuto Agustina y Saenz Vanesa de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras.



GIACCAGLIA, LAURA

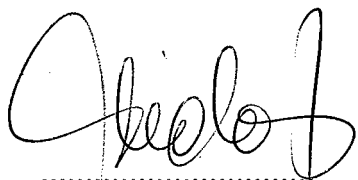


Patuto, Agustina



Saenz, Vanesa.

Quienes suscriben manifiestan que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Giaccaglia Laura Mat. N° 6576/04; Patuto Agustina Mat. N° 6735/04 y Saenz Vanesa Mat. N° 3928/96 conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a losdías del mes de del año 2014.



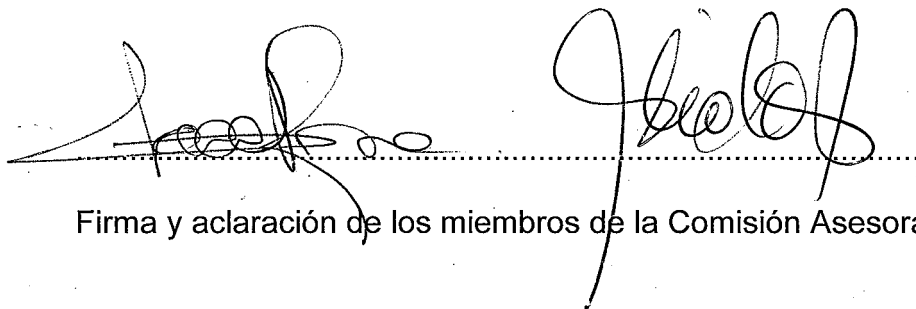
Firma de Supervisor



Firma de Co/Supervisor

Como supervisoras de la tesis de grado realizada por las estudiantes Giaccaglia Laura Mat. N° 6576/04; Patuto Agustina Mat. N° 6735/04 y Saenz Vanesa Mat. N° 3928/96 hacemos constar que han llevado a cabo un trabajo adecuado en relacion a las actividades previstas durante la realizacion del estudio.

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes,
en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación
presentado por las alumnas Giaccaglia Laura Mat. N° 6576/04; Patuto
Agustina Mat. N° 6735/04; Saenz Vanesa Mat. N° 3928/96.

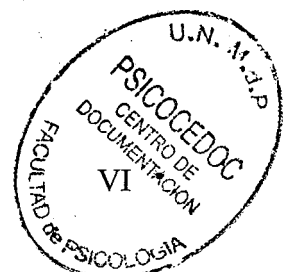


Firma y aclaración de los miembros de la Comisión Asesora

Fecha de aprobación: 17/11/11

Nota: 10 (diez)

Plan de Trabajo





Facultad de Psicología

Universidad Nacional de Mar del Plata

Trabajo de Investigación
de
Pregrado

-2013-

“Calidad de vida en adultos mayores que participan y que no participan en organizaciones de ocio y/o recreación”

Alumnas: Giaccaglia, Laura Mat.: 6576/04

Patuto, Agustina Mat. : 6735/04

Saenz, Vanesa Mat.: 3928/96

Plan de trabajo para la realización de la investigación de pregrado

Giaccaglia, Laura Mat. 6576/04

Patuto, Agustina Mat. 6735/04

Saenz, Vanesa Mat. 3928/96

Cátedra de radicación: Estrategias Cualitativas y Cuantitativas en Investigación Psicológica

Supervisor: Dra. Claudia Castañeiras

Co-supervisor: Mg. Claudia Arias

Título del proyecto: *“Calidad de Vida en adultos mayores que participan y que no participan en organizaciones de ocio y/o recreación”.*

Descripción resumida

El estudio de las condiciones comprometidas con una mayor Calidad de Vida en las distintas etapas vitales ha cobrado un creciente interés en los últimos años (Fernández Ballesteros, 1997). Este proyecto tiene como objetivo general explorar la Calidad de Vida percibida de adultos mayores que participan en organizaciones de ocio y/o recreación de la ciudad de Mar del Plata y de aquellos que no lo hacen. Se implementará un diseño no experimental, transversal correlacional. Se trabajará con una muestra intencional de 100 adultos mayores de ambos sexos, con edades comprendidas entre 75 y 85 años, residentes en la ciudad de Mar del Plata (50 que participen en organizaciones de ocio y/o recreación y otros 50 que no participen). Se les administrará un Registro de datos sociodemográficos y el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CBCV). Para el análisis de los datos se aplicaran técnicas de estadística descriptiva e inferencial.

Palabras claves:

Vejez, calidad de vida, organizaciones recreativas y de ocio.

Motivos y antecedentes

El estudio de las condiciones comprometidas con una mayor Calidad de Vida en las distintas etapas vitales ha cobrado un creciente interés en los últimos años. Fernández Ballesteros (1997) señala que son muchos los trabajos que han tratado de indagar el concepto de calidad de vida

(Fernández Ballesteros, 1993). Incluso, la progresión de trabajos sobre este constructo disponible en bases de datos científicas es extraordinaria. Por ejemplo, en 1969 no se halló ninguna cita en Urban, sólo 1 en Biosis, 1 en Medline, 3 en Psychlit y 2 en Sociofile mientras que, en 1995, se encontraron 112, 1.379, 2.242, 187 y 137 respectivamente.

La población de adultos mayores ha crecido en los últimos años y se prevé que continúe en esa tendencia. Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representaba el 10% de la población total del planeta. Actualmente en Europa y América esta población sobrepasa ya el 20% del total. Dicho crecimiento se debe a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una vida con calidad en el adulto mayor (Vera, 2009).

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente la vejez se ha convertido en un área de estudio relevante, sobre todo si se considera que tradicionalmente esta etapa vital ha estado asociada a los déficits y aspectos negativos relacionados con el envejecimiento.

No existe un único paradigma en lo referido a la vejez y al envejecimiento. La vejez alude a una realidad multifacética que no se define sólo en términos temporales, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales. En general, la vejez se correlaciona con la disminución o pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia, lo que si bien es algo que le ocurre al individuo, tiene relación directa con las definiciones normativas que la cultura otorga a los cambios ocurridos en la corporalidad, es decir, la edad social.

Hoy en día los avances de la ciencia en materia de salud y de factores sociales, culturales, entre otros, han favorecido la prolongación de la vida contribuyendo a que la vejez se extienda considerablemente. Como consecuencia de esto resulta de suma importancia aportar información que haga hincapié en la calidad de vida de los adultos mayores para lograr optimizarla en esta etapa vital.

Históricamente, el concepto calidad de vida se ha vinculado fundamentalmente con factores económicos y sociales. Sin embargo, existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano en el estudio de la calidad de vida. De ahí que cuando se pretende dar una definición de dicho constructo, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una cierta indefinición del término que se asocia, por un

lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad (González & Rangel, 2010).

La conceptualización de la calidad de vida en el campo psicosocial y específicamente gerontológico es el que plantea Birren y Diekmann (1991). Estos autores definen a la calidad de vida como:

...“la evaluación de las circunstancias de la vida de un individuo, grupo o población en la cual se evalúan las características del ambiente físico y social, los estados internos del sujeto y su salud; presentándose dos posibles modos de medición: uno basado en la percepción subjetiva o interna de la calidad de vida y otro a través de juicios externos y valoraciones objetivas de la misma”.

Lawton (1991) avanza en el desarrollo, ampliación y complejización de este concepto al contemplar los aspectos objetivos y subjetivos de su evaluación, e incluir la medición de la salud física y funcional, el estado mental, el funcionamiento cognitivo, la existencia de redes sociales, el nivel socio-económico-educativo y los determinantes ambientales (subjetivos y objetivos), la percepción del estado de salud, la satisfacción vital, la autoestima y las diferentes medidas de bienestar subjetivo para su consideración.

Otro aporte sobre la conceptualización del término calidad de vida es el propuesto por Fernández Ballesteros (1992). La autora considera tres ejes principales. En primer lugar, parte de la especificidad del concepto en las personas mayores. En segundo lugar, expone la naturaleza multidimensional de la calidad de vida, lo cual implica la necesidad de contemplar factores personales y factores socio-ambientales o externos en interacción permanente. En tercer lugar hace referencia a que el concepto de calidad de vida debe contener tanto aspectos subjetivos como objetivos.

Ante la necesidad de unificar criterios, la Organización Mundial de la Salud propuso una definición por consenso. Así, en el año 1994 definió la calidad de vida como “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (OMS, 1994)”.

Las investigaciones que se han realizado hasta el momento en relación al tema de calidad de vida en la vejez están orientadas a obtener información sobre los factores que influyen en su mejoramiento - entendida como un macro concepto multidimensional integrado por distintos componentes o condiciones cuyo peso o importancia varía en función de una serie de parámetros personales (como la edad o el género) o sociales (como las condiciones socioeconómicas o

educativas)- (Fernández Ballesteros, 1992). Al ser un concepto tan amplio encontramos distintas líneas de investigación orientadas hacia diversos enfoques de la calidad de vida en la vejez.

En primer lugar uno de los enfoques hace hincapié en la significación subjetiva de los adultos mayores sobre la Calidad de Vida. Dentro de este enfoque, una investigación realizada en Lima indica que tener paz y tranquilidad, ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas las necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información se encuentran entre los aspectos más destacados por los adultos mayores y sus familias (Vera, 2007).

Otra línea de investigación se centra en los valores que se incluyen en el concepto Calidad de Vida. Una investigación chilena aporta resultados preliminares que dan cuenta de la complejidad del concepto—dada su multidimensionalidad y la necesaria inclusión de perspectivas objetivas y subjetivas para su definición (Osorio, Torrejón & Vogel, 2008).

Sena, Meléndez, Moral & Navarro Pardo (2008) analizaron las diferencias en relación al bienestar, entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Los principales resultados destacaron un nivel de satisfacción inferior en los adultos mayores institucionalizados en los aspectos relacionales y relativos a la seguridad. De este modo las puntuaciones de dicha investigación demostraron que el bienestar subjetivo es inferior en ancianos institucionalizados respecto de los no institucionalizados.

En la ciudad de Mar del Plata y dado el elevado porcentaje poblacional de personas mayores se realizó una investigación con el objetivo de hacer un diagnóstico integral del constructo Calidad de Vida a partir de la evaluación de sus múltiples dimensiones. Se encontró que los promedios más bajos correspondieron a Educación, Servicios sociales y sanitarios e Ingresos. Por el contrario, los puntajes medios más elevados se presentaron para los casos de Calidad Ambiental y Habilidades Funcionales (Arias & Scolni, 2005).

El interés en seguir esta línea de investigación radica en la importancia de aportar información que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida en “la vejez” con el objetivo de lograr una mayor comprensión sobre aquellos aspectos que se consideran favorables para un desarrollo más saludable de las personas a lo largo del curso vital.

Objetivo general

Explorar la Calidad de Vida percibida en adultos mayores que participan en organizaciones de ocio y/o recreación de la ciudad de Mar del Plata y en aquellos que no lo hacen.

Objetivos particulares

- Describir la calidad de vida de adultos mayores que participan en actividades en organizaciones de ocio y/o recreación y aquellos que no participan en ellas.
- Identificar si existen diferencias significativas en las puntuaciones de las dimensiones de Calidad de Vida evaluadas, entre el grupo de adultos mayores que participa en organizaciones de ocio y/o recreación y el grupo que no lo hace.

Métodos y técnicas

Se implementará un diseño de tipo no experimental, transversal, correlacional.

Participantes

Se seleccionará una muestra no probabilística, intencional. La misma estará constituida por 100 adultos mayores con edades comprendidas entre 75 y 85 años que residen de manera permanente en la ciudad de Mar del Plata, distribuidos de la siguiente manera:

- a) 50 adultos mayores que participan en actividades en organizaciones de ocio y/o recreación.
- b) 50 adultos mayores que no participan en actividades en organizaciones de ocio y/o recreación.

Instrumento

A la muestra seleccionada se le administrará los siguientes instrumentos:

- 1) Cuestionario de datos socio-demográficos que explorará: género, edad, grupo conviviente, nivel de instrucción y organización en la que participa.
- 2) Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CBCV) (Urrutia, 2006). Ofrece una medida multidimensional de la calidad de vida en la vejez. Contiene variadas escalas que exploran las siguientes dimensiones: Salud (subjctiva y objetiva), Integración social (subjctiva y objetiva), Habilidades funcionales (subjctivas y objetivas), Actividades (subjctivas y objetivas), Ambiente (subjctivo y objetivo), Satisfacción vital. El mismo es una abreviación del Cuestionario de Calidad de Vida (CCV) (Urrutia, 2006).

Para determinar la validez y la confiabilidad de la prueba, el instrumento fue aplicado a 512 adultos mayores de la ciudad de Córdoba. Los resultados muestran que su fiabilidad es elevada. Se realizaron análisis factoriales para cada dimensión de la CV, permitiendo conformar un instrumento abreviado con muy buenas características psicométricas (Urrutia; Grasso; Guzmán, 2009).



Bibliografía

Arias C. J. & Scolni M. (2005). Evaluación de la Calidad de Vida a los viejos en la Ciudad de Mar del Plata. En C.M. Miranda (Ed.), *La Ocupación en la vejez: una visión gerontológica desde terapia ocupacional* (pp. 55-68). Mar del Plata: Ediciones Suárez.

Birren J. E. & Diekman L. (1991). Concepts and content of quality of life in the later years. En Birren, J.E.; Lubben, J.E.; Chichowlas Rowe, J.y Deutchman, D.E. (Eds), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. Londres: Academic Press.

Fernández Ballesteros, R. (1997). Calidad de Vida en la vejez: Condiciones Diferenciales, *Anuario de Psicología*, 73, 89-104.

Fernández Ballesteros, R.; Izal, M.; Montorio, I.; Gonzalez, J. L., & Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.

González, A.L & Rangel, C. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. En A.L Gonzalez y C. Rangel, *Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria* (365-378) México.

Inga Aranda, J. & Vara Horna, A. (2006). *Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú*. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villareal y Universidad San Martín de Porres.

Lawton, M.P. (1991). A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders en Birren, E; Lubben, J.E; Chichowlas Rowe,J; Deutchman, D.E (Eds), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. Academic Press.

Molina Sena, C.; Melendez Moral, J. C. & Navarro Pardo, E. "Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados". Universidad de Valencia. *Anales de Psicología*, 2008, 24 (2), 312-319.

Osorio Parraguez, P., Torrejon M.J. & Anigstein M. S. (2011). *Calidad de Vida en Personas Mayores en Chile. Revista Mad, 24, 61-75.*

Osorio, P., Torrejon, M.J. & Vogel, N. (2008). Aproximación a un Concepto de Calidad de Vida en la Vejez. Escuchando a las personas mayores. *Revista de Psicología, XVII (1), 101-108.*

Ramírez, M. N. (2008). *"Calidad de vida en la tercera Edad" ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno?* Tesina para optar por el Título de Grado de Lic. En Trabajo Social, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Urrutia, A. (2006). *Dimensiones del concepto de Calidad de Vida en ancianos. Elaboración de un Instrumento multivariable para su evaluación.* Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.

Urrutia, A. I., Grasso, Livio T.P. & Guzmán, E.R. (2009). Construcción y validación de un instrumento multivariable para la evaluación de Calidad de Vida en ancianos. *Revista Evaluar, edición anual Nº 9, 54-71.*

Vera, M. (2007). "Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia". Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. *Anales de Medicina, 2007, Ediciones especiales, 284-290.*

Yanguas Lezaun, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional.* Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid.

Firma de Supervisor

C. Castañeda

ANDREA ARIAS

Firma de Co-supervisor

Firma de alumnos

Supervisión: Lic. Romina Colacci -

Se aprueba

1/7/12

Índice general

Introducción	3
Marco Teórico	9
Metodología	29
Resultados	36
Discusión y Conclusiones	54
Referencias Bibliográficas.....	62
Anexo.....	72

Agradecimientos

A la Licenciada M. Florencia Giuliani por su cuidadosa dedicación a lo largo del último tramo de este trabajo.

A Mariano Llarías por el tiempo, paciencia y desinteresada colaboración.

A todas las personas mayores que participaron del trabajo, por su tiempo y predisposición.

Resumen

El estudio empírico que se presenta tuvo por objetivo explorar la Calidad de Vida percibida por adultos mayores que participan en organizaciones de ocio y/o recreación y por aquellos que no lo hacen. Este estudio se basó en un diseño de tipo no experimental, transversal, correlacional. Se aplicó un registro de datos socio-demográficos y el Cuestionario Breve de Calidad de Vida a una muestra intencional de 100 adultos mayores de ambos sexos (50 que participaban en organizaciones de ocio y/o recreación y 50 que no lo hacían), de entre 75 y 85 años, residentes en la ciudad de Mar del Plata. Los resultados indican que los adultos mayores que participan en organizaciones de ocio y/o recreación informaron significativamente más integración social y actividades comparados con los que no participan.

Palabras clave:

Adultos mayores, calidad de vida, organizaciones recreativas y de ocio

Abstract

The empirical study presented was aimed at exploring The Quality of Life perceived by elderly who participate in leisure or recreation organizations and by those who do not. This study was based on a type not experimental, transversal, correlational design. It was applied to The Brief Questionnaire of Quality of Life and socio-demographic data records in an intentional sample of 100 elderly of both sexes (50 participating in leisure or recreation organizations and 50 who do not) aged between 75 and 85 years old, residents in the city of Mar del Plata. The results indicate that elderly involved in leisure or recreation organizations, reported significantly more social integration and activities compared with those who did not participate.

Key words:

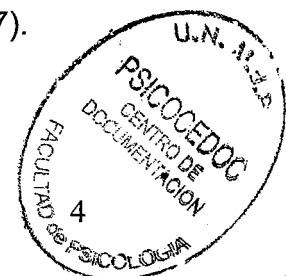
Elderly, quality of life, recreational and leisure organizations

INTRODUCCION

El trabajo que se presenta tuvo por objetivo explorar la Calidad de Vida (CV) percibida por adultos mayores que participan en organizaciones de ocio y/o recreación de la ciudad de Mar del Plata y por aquellos que no lo hacen.

Si bien el concepto de calidad de vida plantea una complejidad difícil de contener en sus definiciones y su operacionalización, es posible establecer la multidimensionalidad como una de sus características esenciales (Fernández Ballesteros, 1997). Asimismo se constata en la revisión de la literatura una diversidad de conceptualizaciones sobre el tema y el aporte de distintos campos disciplinares en cuanto a su abordaje.

Algunos autores postulan que la calidad de vida hace referencia exclusivamente a la percepción subjetiva que el/los individuo/s tiene/n sobre ciertas condiciones (Díaz 1987; Faden & German, 1994; Hernández 2000; Leturia 1998), mientras que otros, por el contrario, consideran que la calidad de vida incluye la comprensión tanto de las condiciones subjetivas (relativas a la valoración o la apreciación que el sujeto tiene sobre distintas condiciones de la vida) como de las objetivas (condiciones referidas a aspectos económicos y sociales evaluadas por terceros) en su curso vital (Fernández Ballesteros, 1997; Lawton, 1991). Por otra parte, se cuestiona si la calidad de vida se refiere necesariamente a un concepto ideográfico en el sentido de que la referencia sobre cuáles son los elementos que la componen es el propio sujeto, o si se puede considerar de manera más general como un concepto nomotético (Fernández Ballesteros, 1997).



Asimismo el creciente envejecimiento poblacional plantea la necesidad de profundizar el conocimiento de distintos aspectos que influyen en el bienestar en la vejez y en el mejoramiento de la calidad de vida (Arias & Soliveréz, 2009).

Fernández Ballesteros (1992) considera tres ejes principales en relación al constructo calidad de vida en personas mayores. En primer lugar, parte de la especificidad del concepto en dicha etapa vital. En segundo lugar, expone la naturaleza multidimensional de la calidad de vida, lo que implica la necesidad de contemplar factores personales y factores socio-ambientales o externos en interacción permanente. En tercer lugar hace referencia a que el concepto de calidad de vida debe incluir tanto aspectos subjetivos como objetivos.

Desde una perspectiva teórica y empírica, las condiciones que parecen integrar la calidad de vida en la vejez incluyen: tener buena salud, autonomía funcional, es decir valerse por sí mismo, condiciones económicas y de vivienda adecuadas, mantener relaciones sociales satisfactorias con la familia y con los amigos, permanecer activo, acceder a buenos servicios sociales y sanitarios, satisfacción y balance positivo con la vida y tener acceso a las oportunidades culturales y de aprendizaje (Fernández-Ballesteros & Maciá, 1993).

La vida de los adultos mayores recibe la influencia de múltiples cambios, frecuentemente asociados a enfermedades y a pérdidas de muy diverso tipo. Sin embargo, esto no impide que los mayores alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social en esta etapa vital.

Actualmente, y en correspondencia con el aumento poblacional de los adultos mayores se encuentran numerosas investigaciones que hacen referencia a la relación entre Calidad de Vida y vejez. Al tratarse de un área de conocimiento tan amplia coexisten distintas líneas de investigación orientadas hacia distintos enfoques de la Calidad de Vida en dicha etapa vital. En general, se trata de estudios que se dirigen a obtener información sobre los factores que influyen en el mejoramiento de la Calidad de Vida entendida como un macro concepto multidimensional integrado por distintos componentes o condiciones cuyo peso o importancia varía en función de una serie de parámetros personales (como la edad o el género) o sociales (como las condiciones socioeconómicas o educativas) (Fernández Ballesteros, 1992).

En primer lugar, dentro del enfoque que hace hincapié en la experiencia subjetiva de los adultos mayores, datos aportados por una investigación realizada en Lima indican que tener paz y tranquilidad, ser cuidado y recibir protección de la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas las necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información se encuentran entre los aspectos más destacados por los adultos mayores y sus familias (Vera, 2007). Por otra parte, un trabajo realizado en España indicó que el valor subjetivo más elevado fue otorgado por los adultos mayores a las dimensiones relacionadas con la salud y la autonomía personal. En un tercer nivel, con valores prácticamente equivalentes, se situaron las redes de apoyo familiar y social, y el mantenimiento de una vivienda acondicionada a las necesidades de la edad.

La dimensión menos determinante quedó definida en torno a las actividades sociales (Elosua, 2010).

Otra línea se centra en los valores que se incluyen en el concepto Calidad de Vida. Una investigación chilena aporta resultados preliminares que dan cuenta de la complejidad del concepto dada su multidimensionalidad y la necesaria inclusión de perspectivas objetivas y subjetivas para su definición (Osorio, Torrejón & Vogel, 2008).

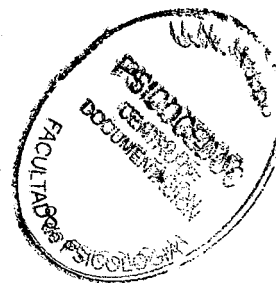
Sena, Meléndez, Moral y Navarro Pardo (2008) analizaron las diferencias en bienestar entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Los principales resultados destacaron un nivel de satisfacción inferior en el primer caso en los aspectos relacionales y relativos a la seguridad.

En Mar del Plata, ciudad que presenta una proporción de personas mayores elevada, se realizó una investigación con el objetivo de realizar un diagnóstico integral del constructo Calidad de Vida a partir de la evaluación de sus múltiples dimensiones. Los promedios más bajos correspondieron a Educación, Servicios sociales y sanitarios e Ingresos, mientras que, las puntuaciones medias más elevadas se constataron para Calidad Ambiental y Habilidades Funcionales (Arias & Scolni, 2005).

El objetivo general de esta investigación fue: explorar la Calidad de Vida percibida por adultos mayores en función de su participación en organizaciones de ocio y/o recreación de la ciudad de Mar del Plata.

Este informe se organiza en cuatro capítulos:

El primero expone el marco teórico en el que se fundamenta el estudio. El segundo desarrolla las cuestiones metodológicas en relación al tipo y variables de estudio, muestra, instrumentos utilizados y tratamiento de los datos. El tercer capítulo presenta los resultados obtenidos y el cuarto se ocupa de la discusión y las conclusiones finales.



I. MARCO TEORICO

El envejecimiento es un proceso vital y dinámico con alcances multidimensionales, especialmente biológicos, sociológicos y culturales que generan modificaciones en la vida de las personas mayores, afectando en muchos casos su Calidad de Vida (IMSERSO, 2008).

La vejez se ha convertido en los últimos años en una etapa de interés en lo que respecta a la Calidad de Vida. Ocuparse y preocuparse por una vida de calidad ha pasado a ser en la actualidad una de las metas gerontológicas más considerada y valorada (Yanguas Lezaun, 2006).

El estudio de la Calidad de Vida es, sin duda, un tema complejo que ha sido abordado desde diferentes disciplinas en los últimos años. La revisión de la literatura da cuenta de numerosos factores a tener en cuenta en la conceptualización del constructo, tales como: grado de autonomía, interacciones y redes sociales, condiciones económicas, vivienda y entorno urbano, actividades recreativas y de ocio, relación con cuidadores y capacidad de tomar decisiones al final de la vida, e incluso, la misma dimensión biográfica influyen en la percepción de calidad de vida (Osorio et al., 2008).

En el marco de la presente investigación nos propusimos abordar la Calidad de Vida en la vejez como etapa vital, con énfasis en la participación social como una dimensión de importancia para su análisis.

1. 1. Envejecimiento

El fenómeno de la vejez es un hecho que impacta a la sociedad en su conjunto, y cada cultura a lo largo de los años le ha otorgado un tratamiento diferente que generó diferentes representaciones sociales y maneras de concebir esta etapa vital. Así es que, el concepto de vejez puede ser caracterizado como un término de difícil definición ya que no existe consenso en la actualidad en relación a si existe un momento preciso que dé lugar al pasaje de la edad adulta a la vejez.

Un primer acercamiento nos indica que no existe un paradigma único que dé cuenta de su significado; se cuenta con un conjunto heterogéneo de aportes teóricos relevantes y orientadores, pero que conforman un panorama general algo confuso, probablemente debido a que si bien envejecer no es algo nuevo, el interés por el tema surge de los problemas (observados o potenciales) derivados del incremento de personas mayores (Aranibar, 2001).

La vejez alude a una realidad multifacética que no se define solo en términos temporales, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales. El envejecimiento es un proceso de cambio que se desarrolla de forma natural y que supone una necesidad adaptativa por parte de la persona. A pesar de la tendencia a ligar los conceptos de vejez y dependencia, es necesario remarcar que esta última se desarrolla por la enfermedad y no se define necesariamente por la edad del sujeto (Fernández Ballesteros, 2009).

La vejez como un período más de la vida se caracteriza por la manifestación de una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales que afectarán esta etapa vital dependiendo en general de los recursos con los que cuente la persona para afrontar las contingencias del envejecimiento.

El envejecimiento poblacional debería generar el desarrollo de medios que garanticen para este colectivo social el acceso a los recursos para dar respuesta a las necesidades de derechos tanto sociales como sanitarios (o del cuidado de la salud). Hernández Castellón (1998) define el envejecimiento poblacional como un aumento progresivo de la proporción de personas de edad avanzada en una población determinada, y la disminución del número de jóvenes. Dos son esencialmente las razones: el descenso de la mortalidad (y su derivado aumento de la esperanza de vida) y el descenso de la natalidad. Dicho envejecimiento implica un desafío importante para la sociedad y la ciencia, dado que el significativo incremento de la esperanza de vida no se corresponde necesariamente con una vida de calidad, por el contrario está asociado a un aumento progresivo de las tasas de discapacidad en edades avanzadas de la vida (Fernández Ballesteros, Caprara, Iñiguez & García, 2005).

Velasco y Sinibaldi (2001) entienden que envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, y también de los recursos con los que cuente el individuo para afrontar ese proceso.

A lo largo de la historia de la cultura y de la civilización fueron surgiendo diversas opiniones, evaluaciones y juicios sobre la vejez y se han instalado estereotipos positivos o negativos sobre dicha etapa del ciclo vital (Carbajo Vélez, 2009). Actualmente coexisten definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas de la vejez. Pero también es importante tomar en cuenta las percepciones y definiciones de la sociedad, de los mismos adultos mayores y familiares (Lefrancois, 2001).

En contraposición a los estereotipos negativos, autores como Gonzales-Celis y Sánchez-Sosa (2003) mencionan que en la vejez no solo se dan pérdidas y deterioros, sino también se despliegan nuevos aprendizajes y se obtienen ganancias. Esta nueva concepción formula una vejez exitosa que se presenta cuando las personas mayores se mantienen física y mentalmente activas, además de contar con hábitos alimentarios adecuados, ejercicio, una vida activa, interacciones y apoyo social, trabajo productivo y el mantenimiento de las funciones mentales.

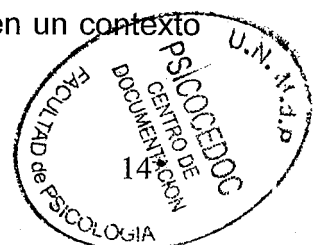
La literatura aporta datos que postulan indicadores sociales para un envejecimiento exitoso (Amico, 2009; García Araneda, 2007; Giró Miranda, 2006; Molina, 2010; Viguera, 2002; entre otros). Entre ellos se destacan: educación permanente: mantenerse actualizado respecto a transformaciones políticas, tecnológicas, económicas, científicas, artísticas, ambientales; participación en actividades socioeducativas diversas; participación activa, crítica y creativa en organizaciones o programas sociales integrados por personas mayores; integración social.

La imagen de los mayores ha cambiado mucho en los últimos años. De hecho se ha desplazado la representación de la vejez a edades avanzadas por encima de los 75 u 80 años (Carbajo Vélez, 2009).

En general, la edad jubilatoria es un indicador claramente asociado a esta etapa vital. En Argentina se establece actualmente en 60 años para las mujeres y 65 años para los hombres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) propuso como criterio de referencia internacional considerar a las personas de 60 a 74 años de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobrepasan los 90 años serían grandes, viejos o longevos.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP, 1998) la prevalencia de la población de Adultos Mayores de 60 años y más, ha ido en aumento a lo largo del tiempo. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En valores absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) aporta datos en relación a este tema y plantea que en la República Argentina el número de personas mayores de 60 años asciende a 5.725.838, lo que significa un 14,3% de la población general. Este dato convierte a nuestro país en uno de los más envejecidos de toda Latinoamérica y el Caribe (Ministerio de Desarrollo Social, 2012). Este no es un dato menor ya que el incremento en la proporción de personas mayores genera un problema social no fácilmente asimilable en un contexto



donde la vejez es contemplada desde un sinnúmero de estereotipos asociados con el declive y la pérdida progresiva de las capacidades.

Comprender el proceso de envejecimiento implica posicionarse frente a esta etapa como una más del ciclo vital y considerar sus características individuales y particulares de manera holística e integral.

Dámaso (2006) en su libro Biogerontología plantea las siguientes características que hacen al proceso de envejecimiento humano:

- 1) Universal: el envejecimiento afecta a todos los seres humanos y constituye la etapa final del ciclo vital.
- 2) Diferencial: no todos los seres humanos envejecen de la misma forma ni a la misma velocidad.
- 3) Progresivo: es un proceso en el cual es difícil determinar su punto de inicio, pero una vez establecido ocurre de forma progresiva.
- 4) Determinado – Regulado: existen dos aspectos fundamentales en el envejecimiento. En primer lugar, la base genética que determina gran parte de este proceso, y por otro, el efecto regulador que el ambiente ejerce sobre esta base genética (influencias de la nutrición, el ejercicio, entre otros).
- 5) Supresor: como consecuencia del envejecimiento, se van perdiendo funciones que en última instancia, conducen a un fallo generalizado de la actividad. De forma concomitante al paso de los años, el organismo acumula alteraciones a nivel molecular, tisular, celular y

sistémico que van dificultando la capacidad de adaptación a las variaciones del medio interno y externo.

6) Irreversible: el envejecimiento no puede ser reversible a fases previas.

Por su parte, Fernández Ballesteros (2009), señala que un envejecimiento saludable incluye la consideración de:

- 1) Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y servicios sociales (rehabilitación, prevención, salud mental...).
- 2) Determinantes conductuales (tabaquismo, actividad física, alimentación...).
- 3) Factores personales (capacidad cognitiva, percepción de control...)
- 4) Entorno físico (comunidad, vivienda...).
- 5) Entorno social (apoyo social, educación...).
- 6) Determinantes económicos (ingresos, protección social...).

Asimismo se considera de gran importancia que el adulto mayor pueda significarse y re significar su vida no solo en torno a la condición de abuelo; viudo; enfermo sino adoptando una actitud activa frente a los cambios y condicionantes que se hacen presentes en el envejecimiento.

A modo de síntesis, Duque Parra (2003), alude al envejecimiento como un proceso biológico, psicológico y social en el que se cuenta con más experiencia de vida a medida que pasa el tiempo. Y si bien el cuerpo tiende a declinar; esto se puede compensar con una mayor adquisición de sabiduría, al comprender e intervenir en los demás y en el medio social.

1. 2. Calidad de Vida

El interés por investigar la Calidad de Vida se remonta a tiempos inmemorables, sin embargo, la aparición del concepto como tal y su preocupación por la evaluación sistemática y científica es relativamente reciente.

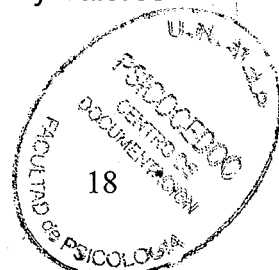
La expresión Calidad de Vida surge originariamente en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la sociedad industrializada derivaron en la necesidad de evaluar su impacto a través de datos objetivos. Esto es convergente con el desarrollo desde las Ciencias Sociales de indicadores que permitieron medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. La evolución en estos desarrollos se ocupó en un primer momento de las condiciones objetivas de tipo económico y social y posteriormente se consideraron elementos subjetivos (Arostegui, 1998). El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80 provocó el proceso de diferenciación con el concepto de Calidad de Vida. La expresión Calidad de Vida comenzó a definirse como una idea integradora que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional), e inclusiva de las condiciones objetivas y de los componentes subjetivos. La aparición del término Calidad de Vida en la primera revista monográfica de EE UU, "Social Indicators Research" en 1974, y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuyó a su difusión teórica y metodológica, dando lugar

definitivamente en la década de los 80 a su investigación de modo más sistemático (Gómez-Vela & Sabeh, 2000).

Por otra parte, en un principio la CV se relacionaba exclusivamente con la salud, pero luego se fue ampliando hacia otras categorías. En general, existe acuerdo entre los autores en cuanto a su multidimensionalidad sin embargo, aún se observan insuficiencias en lo que respecta a su definición conceptual.

En los últimos años, la Calidad de Vida ha sido abordada por distintos campos de conocimiento, dando lugar a una conceptualización multifactorial, de naturaleza subjetiva-objetiva y que articula factores relacionados con la salud, la economía y lo social junto con la valoración subjetiva y objetiva de las condiciones de vida. La dimensión subjetiva hace referencia al concepto de bienestar y satisfacción con la vida, fundamentalmente en relación con los diferentes dominios y dimensiones y a la vida considerada globalmente. La dimensión objetiva incluye indicadores basados en la evaluación externa en cuanto a la funcionalidad física, psicológica y social, y a las oportunidades y acceso a los recursos materiales que la persona tiene (Abad, Nieto & Torres, 1998). Dada la complejidad reconocida a la naturaleza del constructo, la interacción entre ambas dimensiones se considera la manera más adecuada de abordar el tema.

Como señala Meeberg (1993), muchos otros términos como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, autoreporte en salud, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores



vitales son usados en ocasiones indistintamente para designar el concepto de CV, lo que lleva una falta de claridad sobre esta denominación.

González y Rangel (2010) expresan una falta de consenso sobre la definición del concepto, y la mayoría de los autores coinciden en que no existe un único enfoque que pueda dar cuenta plenamente de la calidad de vida. Sin embargo, Cummins (1997) propone que para su definición es útil considerar algunas ideas claves:

- Es un concepto multidimensional y generalmente se considera que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Se extiende en las diferentes áreas de la vida.
- Debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.

Andrews y Withey (1974), proponen que la Calidad de Vida resulta una consecuencia directa de las condiciones reales y objetivas, así como de la evaluación que realiza el individuo.

Giusti (1991) la define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer sus necesidades individuales y colectivas.

Para Velarde Jurado y Ávila Figueroa (2002), la calidad de vida es un estado de bienestar que recibe la influencia de múltiples factores relacionados con el ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

Con el objetivo de generar consenso en la denominación y alcance del término, la Organización Mundial de la Salud define a la Calidad de

vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes (Harper & Power, 1998, p. 551). Se trata de un concepto muy amplio que recibe la influencia de la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia-autonomía, sus relaciones sociales, etc.

Más allá de las conceptualizaciones en relación al constructo, Levi y Anderson (1980) detallaron para la Calidad de Vida los siguientes componentes: Salud; Alimentación; Educación; Trabajo; Vivienda; Seguridad Social; Vestimenta; Ocio; Derechos Humanos.

Si bien actualmente existen múltiples aportes, resulta indispensable avanzar en la comprensión y conocimiento del constructo CV sin dejar de lado los contextos específicos del desarrollo vital, con cada dimensión y factores que lo componen.

Fernández Ballesteros (1997) señala que más allá de las conceptualizaciones planteadas hasta el momento, la circunstancia en la que cada persona se encuentra permite explicar -al menos hasta cierto punto- su calidad de vida diferencial. La edad, el género, la posición social, el vivir en el propio domicilio o en una institución son, sin duda, variables que permiten predecir la calidad de vida de una determinada persona.

1.3. Calidad de Vida en la Vejez

La salud ya no se piensa solamente como ausencia de enfermedad, sino que también implica la presencia de procesos positivos de desarrollo. Es primordial el estudio del bienestar en los adultos mayores, dado que la vejez es un momento vital en el que se incrementan las probabilidades de enfermar y de sufrir disfunciones o problemas crónicos (Soliveréz, 2011).

La definición del concepto de salud establecida por la OMS en 2009, como el total bienestar físico, psíquico y social del individuo, determina que los indicadores de salud habituales ligados a la enfermedad y a la muerte -la morbilidad y la mortalidad- no expresan en toda su extensión la salud, pues no se trata de vivir más, sino mejor. En este sentido, conocer que es lo que hace que las personas se sientan bien facilita la promoción de la calidad de vida y el desarrollo personal de la población de adultos mayores.

Al estudiar la CV en este grupo poblacional es necesario pensar el constructo en relación a la salud, a las habilidades funcionales, la predicción de incapacidad y fundamentalmente la detección de factores de riesgo. La vida es ontológicamente multidimensional y su calidad habrá de serlo también (Blanco, 1985).

El presente estudio empírico se basó en la formulación de calidad de vida aportada por Fernández Ballesteros (1992), que hace referencia a la especificidad del concepto en personas mayores. Aunque la CV contempla aspectos comunes, comparada con otros grupos poblacionales, en adultos mayores tiene un perfil diferencial.

En la calidad de vida del adulto mayor, junto a las variables del contexto ya señaladas, desempeñan un papel esencial los aspectos psicológico-emocionales (características de personalidad, presencia de sintomatología patológica, auto-eficacia, y otros), los relativos a la interacción personal y los referidos al apoyo recibido y percibido (Verdugo Alonso, 2003). Otro aporte señala que la actividad física-intelectual y el interés por el entorno que son canalizadas a través de actividades de ocio y/o recreación, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los adultos de la tercera edad (Pérez, 2002).

En la revisión de la literatura se hallaron definiciones específicas al campo psicosocial y gerontológico como la que propusieron Birren y Diekmann (1991), que señalan la calidad de vida como la evaluación de las circunstancias de la vida de un individuo, grupo o población en la cual se valoran las características del ambiente físico, social y los estados internos del sujeto y su salud. En este sentido se presentan dos posibles modos de medición: uno basado en la percepción subjetiva o interna de la calidad de vida y otro a través de juicios externos y valoraciones objetivas de la misma.

Lawton (1991) avanzó en el desarrollo, ampliación y complejidad de este concepto al contemplar los aspectos objetivos y subjetivos de su evaluación, e incluir la medición de la salud física y funcional, el estado mental, el funcionamiento cognitivo, la existencia de redes sociales, el nivel socio-económico-educativo, y los determinantes ambientales (subjetivos y objetivos), la percepción del estado de salud, la satisfacción vital, el

autoestima y las diferentes medidas de bienestar subjetivo para su consideración.

A su vez, Aranibar (en Osorio, Torrejón & Vogel, 2008) considera que al utilizar el concepto de Calidad de Vida en el estudio de la vejez y el envejecimiento, se deben tener en cuenta tres premisas claves para la investigación. En primer lugar, la especificidad del concepto según su contexto de referencia, en este caso, la vejez, que presenta diferencias con los otros grupos de edad en cuanto a aspectos y factores que configuran e intervienen en la idea de calidad de vida. En segundo lugar, la multidimensionalidad y finalmente la consideración de aspectos subjetivos y objetivos. En este sentido se deben considerar algunos determinantes de la CV propios de esta etapa vital, como problemas económicos y médicos; además de los relacionados con la soledad y el rechazo familiar (Piédrola, 1990).

De acuerdo con Fernández Ballesteros (2009) mantener adecuados hábitos de vida, hacer ejercicio, cuidar la nutrición, mantener la mente activa, seguir aprendiendo, relacionarse, en definitiva, tener un proyecto personal, contribuye a alargar la vida no solo cuantitativamente sino, y lo que es más importante hacerla más placentera.

1.3.1. Participación y Calidad de Vida en adultos mayores

La integración y la participación han sido consideradas entre los factores que tienen mayor impacto sobre los niveles de calidad de vida en la vejez (Iacub & Arias, 2010).

Diversas posturas han surgido a lo largo de los años respecto de la manera de entender la participación social. Autores como Connidis y McMullin (1992) señalaron que, en ciertas ocasiones, comprende viajar, acudir a lugares públicos o hacer actividades concretas fuera de casa, etc. Por su parte, McDonald en 1996 planteó la definición de participación social desde tres dimensiones: el vecindario, la implicación en actividades organizadas o de asociaciones, y la amistad. Mitchel & Kemp (2000) relacionaron la participación social con la calidad de vida medida en niveles de depresión, satisfacción, etc. (IMSERSO, 2008).

Se han realizado una serie de investigaciones con el objetivo de analizar el impacto que genera en la vida de los adultos mayores la participación en diferentes tipos de actividades (Fernández-Ballesteros, 2013; Montoro & Pinazo 2005; Villar, 2006).

Un estudio realizado en Chile financiado por la Universidad de Tarapacá de Arica desarrolló el concepto y significado atribuido por los adultos mayores aymaras a la participación social y la política. Se encontró altamente valorado por los adultos mayores poder contar con espacios de participación social como los clubes de adultos mayores y otras organizaciones similares. La asociatividad y participación en organizaciones

es percibida como un factor que favorece la calidad de vida de los adultos mayores aymaras (Labarthé, 2009).

En la ciudad de Mar del Plata que registra una variada oferta de actividades dirigidas a los adultos mayores se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre el tema.

Krzemien (2001) analizó la relación entre la participación social y la calidad de vida en el envejecimiento femenino. Encontró que orientarse hacia un estilo de vida con mayores posibilidades de participación social, otorga significación al presente de su propia existencia y su proyección al futuro, favoreciendo un envejecimiento saludable.

Dottori y Arias (2013), realizaron una investigación sobre el impacto de talleres psico-educativos para adultos mayores brindados por diferentes instituciones y exploraron sus efectos en las áreas psicológica, física y social. Los resultados preliminares indican que la mayoría de las personas que participan perciben cambios positivos en el área psicológica y social.

Se ha comprobado que la calidad de vida se encuentra estrechamente relacionada con la participación social, entendida como la satisfacción experimentada por los individuos por su participación en actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en las que se ejercitan sus capacidades humanas y se desarrolla su personalidad (Monchietti, 2000).

Organismos internacionales interesados en temas de vejez y envejecimiento han destacado la importancia de la participación que junto con la integración en la comunidad y la disponibilidad de apoyos sociales

variados –amigos, familiares, organizaciones, servicios sociales, políticas, programas comunitarios, educativos, etc.-, promueven el mejoramiento de la calidad de vida y el logro de mayores niveles de bienestar (Arias, 2013). Se pueden mencionar entre ellos:

-La participación que ha sido enunciada por las Naciones Unidas (1998) como uno de los principios a favor de las personas de edad.

-La OMS (2002) que ha destacado la importancia de la participación y el apoyo social en el bienestar y la salud integral de las personas de edad.

Podríamos afirmar que la participación activa de las personas mayores en programas y actividades de carácter social puede ser uno de los factores determinantes que intervenga o module la forma de envejecer. Las capacidades y habilidades que se desarrollan a través de la participación, el apoyo social, la posibilidad de hacer que las personas mayores se sientan útiles y mejoren su autoestima, son algunos de los beneficios que la participación puede aportar a dicha población, al destacar su valor como factor de resistencia frente a una vejez sedentaria y dependiente (Fernández Ballesteros, 2009).

Siguiendo a Martín (1994), un elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que mantenga una participación social significativa, es decir que forme parte en forma activa y comprometida de una actividad conjunta, que sea percibida como beneficiosa por el adulto mayor.

En las últimas décadas se han creado múltiples organizaciones de adultos mayores con fines diversos. Entre ellas, se encuentra como motivo fundacional simplemente la generación de espacios de reunión, y la

realización de actividades culturales, sociales, deportivas y recreativas (Iacub, 2010).

Cuando nos referimos a la participación activa en actividades de carácter social, es interesante tener en cuenta específicamente la posibilidad de los adultos mayores de integrar organizaciones de ocio y/o recreación.

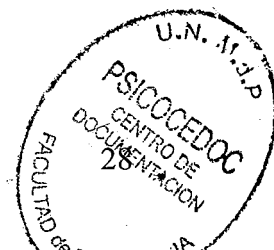
Se entiende por ocio una actividad no laboral, en la que las personas disfrutan de su tiempo libre, con el objetivo de lograr relajación, entretenimiento y desarrollo personal (Urrutia, 2006).

De Burrus Bammel y Bammel (en IMSERSO, 2008) sostienen que el papel del ocio cambia a través del ciclo vital, y su importancia se incrementa en períodos de cambio, especialmente después de los 60 años. Las necesidades de ocio de este grupo etáreo están referidas a la socialización, la autorrealización, el ejercicio físico y el aprendizaje. En este sentido es que la participación de los adultos mayores en actividades de entretenimiento y ocio se convierte en una acción de principal importancia, ya que en el envejecimiento y con la disminución de las actividades laborales o la maternidad/paternidad, queda mucho más tiempo libre y las actividades de ocio son las encargadas de proporcionar al sujeto nuevas referencias y significaciones. La posibilidad de realizar actividades que generen motivación y favorezcan el contacto con pares con quienes compartir las inquietudes y vicisitudes del envejecimiento, puede resultar inmejorable para transitar esta etapa vital con una calidad de vida más satisfactoria tanto a nivel subjetivo como objetivo.

Fajn (2001) habla de la importancia de lo recreativo en la vejez porque se trata de una actividad que brinda la oportunidad de retomar, iniciar, profundizar o descubrir intereses, deseos, necesidades que pueden convertirse en un nuevo motor y organizador de la vida cotidiana, y ayudar a transitar un envejecimiento sano.

Según Murillo (2003), que los adultos mayores puedan ejercitar toda una gama de actividades recreativas acordes con su realidad individual y grupal posibilita mejorar su calidad de vida y ampliar sus oportunidades para crecer como personas. Participar de otras actividades libera de la rutina, la inactividad y el sedentarismo, de tensiones como el estrés, la ansiedad, el aburrimiento y en algunos casos, inclusive, de la depresión.

El objetivo de continuar con esta línea de investigación es aportar nueva información respecto de la Calidad de Vida y el valor de la participación en actividades recreativas para el proceso del envejecimiento.



II. METODOLOGIA

2.1. Diseño

Este estudio empírico se basó en un diseño no experimental, transversal, correlacional.

2.2. Población y muestra

Se seleccionó una muestra no probabilística, intencional. La misma estuvo constituida por 100 adultos mayores de ambos sexos con edades comprendidas entre 75 y 85 años residentes de manera permanente en la ciudad de Mar del Plata y distribuidos en dos sub-grupos en función del criterio participación en actividades de ocio y/o recreativas:

-50 adultos mayores que participaban en actividades en organizaciones de ocio y/o recreación.

-50 adultos mayores que no participaban en actividades en organizaciones de ocio y/o recreación.

Se definieron dos criterios de exclusión: a. presentar alguna discapacidad o disfuncionalidad mental; b. estar institucionalizados.

Dentro del grupo de adultos mayores que participaban de actividades en organizaciones de ocio y/o recreación se observó una distribución similar por sexo (hombres=52%; mujeres=48%), una edad media de 79.12 años (DE = 3.3); el 48% informó vivir solo, el 46% convivía con su pareja, y solo un grupo menor (6%) con pareja e hijos u otros familiares. La educación formal predominante en este grupo resultó de nivel primario (52%), seguida por el nivel secundario (32%) y, el 12% de adultos mayores con estudios

Terciarios/Universitarios. Un 4% de la muestra no brindó información al respecto.

Respecto del grupo de adultos mayores que no participaban de actividades en organizaciones de ocio y/o recreación, un 56% eran mujeres. En relación a la edad presentaron valores similares ($M = 79.76$; $DE = 3.3$). El 50% vivía en pareja, el 30% informó vivir solo/a, mientras que el 20% con pareja e hijos u otros familiares. Finalmente en cuanto a la educación formal los datos resultaron similares a los del grupo anterior: un 64% de adultos mayores con estudios primarios, un 20% con estudios secundarios y el 16% restante con nivel Terciario/Universitario.

2.3. Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- 1) Cuestionario de datos socio-demográficos. Explora género, edad, grupo de convivencia, nivel de instrucción y participación-no participación de actividades en organizaciones de ocio y/o recreación.
- 2) Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CBCV) (Urrutia, 2006). Elaborado en Argentina, tiene por objetivo aportar una medida abreviada y adaptada a la población local del Cuestionario de Calidad de Vida en la Tercera Edad desarrollado por la Dra. Rocío Fernández Ballesteros y sus colaboradores (Fernández Ballesteros, 1996).

Ofrece una medida multidimensional de la calidad de vida en la vejez.

Contiene varias escalas que exploran las siguientes dimensiones:

- **Salud.** Dentro de esta dimensión se incluyen diferentes sub-escalas: Salud Subjetiva se refiere a cuán satisfecha está la persona con su salud y la valoración que hace de la misma (rango de puntuaciones: 0-8); Salud Objetiva indaga dolores recientes, número de visitas al médico en el último año y días de cama o reposo del último mes, y Salud Psíquica básicamente en cuanto a sentirse nervioso, deprimido o angustiado; tener problemas de memoria y encontrarse desorientado (rango puntuaciones: 0-109).
- **Integración social.** Esta dimensión incluye 2 sub-escalas: Integración Social Objetiva (rango puntuaciones 0-16) a través de ítems que informan sobre la frecuencia de contactos según el tipo de vínculo (hijos/nietos), e Integración Social Subjetiva (rango puntuaciones 0-12) explora el grado de satisfacción de las interacciones con familiares, cónyuge, amigos y vecinos.
- **Habilidades funcionales.** Incluye ítems que exploran, distintas actividades como el cuidado de sí mismo; la realización de actividades domésticas y el manejo autónomo de sus quehaceres. Con el fin de valorar subjetivamente esta dimensión se incluye un ítem que indaga la percepción del adulto mayor sobre su capacidad para valerse por sí mismo (rango puntuaciones 0-4).
- **Actividades.** Incluye dos sub-escalas: la Actividad Objetiva (rango puntuaciones 0-23) indaga el nivel de actividad física y la frecuencia de realización de una serie de actividades. En el caso de la Actividad

Subjetiva (rango puntuaciones 0-3), se explora el grado de satisfacción del sujeto respecto de la forma en que ocupa su tiempo.

- **Ambiente.** Contiene 2 sub-escalas, la Objetiva (rango puntuaciones 0-22) incluye aspectos y condiciones materiales de la vivienda detallados en varios ítems, y la escala Subjetiva (rango puntuaciones 0-14) que realiza una valoración ambiental respecto a la satisfacción del adulto mayor con sus condiciones de vivienda y residencia.
- **Satisfacción vital.** Dentro de esta dimensión están incluidos ítems que evalúan el bienestar de la persona en términos anímicos y vitales, el agrado o malestar con respecto a su estado actual.

También incluye una escala de sinceridad que consta de 9 ítems destinados a indagar si el adulto mayor está respondiendo al cuestionario de manera sincera o no (rango puntuaciones 0-9).

Este tipo de escala se incluye en los auto-informes con el objetivo de eliminar fuentes de error en el modo de contestar a las respuestas que pueden deberse al deseo deliberado por parte del sujeto de falsear sus respuestas o a la deseabilidad social que consiste en responder al auto-informe intentando dar una imagen socialmente aceptable de uno mismo, aunque no siempre se haga de forma consciente.

El cálculo de cada dimensión se realiza a través de un porcentaje que surge de la puntuación sumada de los ítems que corresponden a cada dimensión sobre el puntaje máximo posible para cada una de ellas. De este modo se puede establecer un perfil de Calidad de Vida para el Adulto Mayor evaluado (Urrutia, 2006).

Los datos de calidad técnica indican una confiabilidad elevada y una estructura factorial consistente para las dimensiones propuestas (Urrutia; Grasso; Guzmán, 2009).

2.4. Procedimiento

Para la obtención de la muestra se realizó en primer lugar un relevamiento de instituciones para adultos mayores existentes en la ciudad en las que se llevaran a cabo actividades de ocio y/o recreación.

Una vez seleccionadas las instituciones y previa presentación y gestión de las autorizaciones correspondientes, se procedió a la administración de los instrumentos a los adultos mayores que cumpliendo con los criterios aceptaron participar en el estudio.

En el caso de los adultos que no participaban en actividades de ocio y/o recreación se utilizó como estrategia acudir espacios públicos (plazas, barrios, salas de espera de hospitales) y también se los contactó a través de relaciones personales de las tesistas.

Para ambos grupos el tiempo de duración de la administración de los instrumentos fue de aproximadamente 30 minutos.

Los instrumentos fueron aplicados por las tesistas aunque en algunos casos prefirieron completarlos de manera autoadministrada.

Una vez finalizada la obtención de la muestra, se preparó la matriz de datos en un Software estadístico, se ingresaron y analizaron los datos, y posteriormente se interpretaron los resultados.

Previamente a la fase analítica se exploró la matriz de datos y se definió la estrategia de tratamiento de los datos perdidos que no superaron el 5% del total.

En los protocolos en los que había ítems sin responder se completó la información con el valor correspondiente al modo en el caso de que las variables fueran nominales, y a la media correspondiente en el caso de las ordinales o numéricas continuas.

2.5. Cuestiones Éticas:

En cumplimiento de los requerimientos éticos que regulan la investigación con seres humanos, los adultos mayores recibieron la información necesaria sobre el estudio para decidir libremente su participación, se les garantizó la confidencialidad de los datos y su utilización exclusivamente con fines científicos, que se formalizó en la firma del consentimiento informado en cada caso.

2.6. Análisis de datos

Los datos se analizaron estadísticamente mediante el uso de un paquete informatizado para Ciencias Sociales y de la Salud.

Se calcularon los estadísticos descriptivos y se realizaron pruebas de diferencia de medias (prueba t) para establecer la presencia de diferencias entre los grupos.

III. RESULTADOS

Con respecto al objetivo específico que proponía describir la calidad de vida de adultos mayores que participaban y no participaban en organizaciones de ocio y/o recreación, se detallan a continuación los resultados obtenidos.

En la dimensión Salud, se observó un amplio porcentaje de casos que valoró como satisfactorio su estado de salud actual (ver tabla 1). En el caso de la salud objetiva, un 49% de la muestra informó baja frecuencia de visitas al médico y el 51% reportó una frecuencia moderada o elevada de consultas (ver tabla 2).

Tabla 1. Satisfacción con el actual estado de salud de adultos mayores en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Satisfacción con el actual estado de salud											
	Nada		Algo		Bastante		Mucho		Totalmente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Participa	2	4,0	5	10,0	17	34,0	17	34,0	9	18,0	50	100,0
No participa	5	10,0	8	16,0	17	34,0	8	16,0	12	24,0	50	100,0
Total	7	7,0	13	13,0	34	34,0	25	25,0	21	21,0	100	100,0

Tabla 2. Cantidad de visitas al médico realizadas por adultos mayores en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación en el último año

Cantidad de visita al médico en el último año	Participación en organizaciones					
	Participa		No participa		Total	
	n	%	n	%	n	%
0-2	27	54,0	22	34,0	49	49
3-5	10	20,0	13	26,0	23	23
6-9	5	10,0	5	10,0	10	10
10 o +	8	16,0	10	22,0	18	18
Total	50	100,0	50	100,0	100	100

Como puede observarse en las tablas 3 y 4 la mayoría de los adultos mayores no presentó un alto nivel de padecimiento físico y/o psíquico.

Tabla 3. Frecuencia de padecimiento de dolores o síntomas en las últimas dos semanas en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Frecuencia de padecimiento de dolores o síntomas en las últimas dos semanas																							
	Dolor de huesos					Mareos					Tos, catarro													
	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces								
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%							
Participa	12	24,0	19	38,0	7	14,0	12	24,0	48	96,0	2	4,0	0	0,0	0	0,0	36	72,0	11	22,0	3	6,0	0	0,0
No participa	16	32,0	20	40,0	3	6,0	11	22,0	39	78,0	5	10,0	2	4,0	4	8,0	29	58,0	14	28,0	3	6,0	4	8,0
Total	28	28,0	39	39,0	10	10,0	23	23,0	87	87,0	7	7,0	2	2,0	4	4,0	65	65,0	25	25,0	6	6,0	4	4,0
	Tobillos hinchados																							
	Cansancio sin razón																							
	Dificultad para dormir																							
Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces									
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%									
Participa	34	68,0	13	26,0	2	4,0	1	2,0	27	54,0	16	32,0	3	6,0	4	8,0	35	70,0	9	18,0	4	8,0	2	4,0
No participa	33	66,0	9	18,0	3	6,0	5	10,0	25	50,0	14	28,0	3	6,0	8	16,0	31	62,0	11	22,0	1	2,0	7	14,0
Total	67	67,0	22	22,0	5	5,0	6	6,0	52	52,0	30	30,0	6	6,0	12	12,0	66	66,0	20	20,0	5	5,0	9	9,0
	Dificultad para respirar																							
	Palpitaciones																							
	Dolor en el pecho																							
Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces									
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%									
Participa	42	84,0	6	12,0	1	2,0	1	2,0	44	88,0	5	10,0	1	2,0	0	0,0	47	94,0	3	6,0	0	0,0	0	0,0
No participa	39	78,0	9	18,0	0	0,0	2	4,0	42	84,0	5	10,0	1	2,0	2	4,0	43	86,0	4	8,0	1	2,0	2	4,0
Total	81	81,0	15	15,0	1	1,0	3	3,0	86	86,0	10	10,0	2	2,0	2	2,0	90	90,0	7	7,0	1	1,0	2	2,0

Calidad de vida en adultos mayores que participan y que no participan en organizaciones de ocio y/o recreación

		Hormigueo en brazos o piernas									
		Nunca		Algunas veces		Bastantes veces		Muchas veces		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa		34	68,0	13	26,0	2	4,0	1	2,0	50	100,0
No participa		37	74,0	6	12,0	6	12,0	1	2,0	50	100,0
Total		71	71,0	19	19,0	8	8,0	2	2,0	100	100,0

Tabla 4. Frecuencia de padecimiento de síntomas psíquicos en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Frecuencia de padecimiento de síntomas psíquicos																					
	Sentirse deprimido, triste				Problemas para prestar atención/concentración				Olvido del día de la semana/actividades													
	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente-mente	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente-mente	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente-mente										
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%											
Participa	21	42,0	10	20,0	13	26,0	6	12,0	37	74,0	3	6,0	6	12,0	4	8,0	28	56,0	11	22,0	10	20,0
No participa	27	54,0	2	4,0	13	26,0	8	16,0	22	44,0	11	22,0	6	12,0	25	50,0	9	18,0	9	18,0	9	18,0
Total	48	48,0	12	12,0	26	26,0	14	14,0	59	59,0	14	14,0	17	17,0	53	53,0	20	20,0	19	19,0	8	8,0
	Sentirse nervioso o angustiado																					
	Llorar o reír sin motivo				Sentirse nervioso o angustiado				Salirse de sus casillas													
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente-mente	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente-mente	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente-mente											
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%											
Participa	33	66,0	8	16,0	9	18,0	0	0,0	24	48,0	10	20,0	14	28,0	2	4,0	23	43,0	13	26,0	11	22,0
No participa	32	64,0	7	14,0	2	4,0	9	18,0	22	44,0	8	16,0	13	26,0	7	14,0	15	30,0	12	24,0	13	26,0
Total	65	65,0	15	15,0	11	11,0	9	9,0	46	46,0	18	18,0	27	27,0	9	9,0	38	38,0	25	25,0	24	24,0
	Olvido de lo hecho el día anterior																					
	Olvido de lo hecho el día anterior				Olvido de objetos personales				Total													
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente-mente	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente-mente	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente-mente											
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%											
Participa	27	50,0	13	26,0	9	18,0	1	2,0	20	40,0	12	24,0	14	28,0	4	8,0	50	100,0				
No participa	23	46,0	10	20,0	9	18,0	8	16,0	14	28,0	11	22,0	17	34,0	8	16,0	50	100,0				
Total	50	50,0	23	23,0	18	18,0	9	9,0	34	34,0	23	23,0	31	31,0	12	12,0	100	100,0				

En lo que respecta a la dimensión Integración Social se constató una valoración más satisfactoria de las relaciones interpersonales y una mayor frecuencia de contacto con amigos en el grupo que participaba en organizaciones de ocio y/o recreación (ver tablas 5, 6, 7, 8 y 9).

Tabla 5. Frecuencia de encuentros con amigos en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Frecuencia de encuentro con amigos											
	No tiene/ nunca		Menos de una vez al mes		Al menos una vez al mes		Al menos una vez por semana		Todos o casi todos los días		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa	2	4,0	1	2,0	4	8,0	13	26,0	30	60,0	50	100,0
No participa	4	8,0	8	16,0	15	30,0	17	34,0	6	12,0	50	100,0
Total	6	6,0	9	9,0	19	19,0	30	30	36	36,0	100	100,0

Tabla 6. Satisfacción de la relación con familiares en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Satisfacción de la relación con familiares									
	Insatisfecho		Indiferente		Satisfecho		Muy satisfecho		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa	0	0,0	1	2,0	14	14,0	41	82,0	50	100,0
No participa	3	6,0	1	2,0	15	28,0	32	64,0	50	100,0
Total	3	3,0	2	2,0	29	29,0	73	73,0	50	100,0

Tabla 7. Satisfacción de la relación con vecinos en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Satisfacción de la relación con vecinos									
	Insatisfecho		Indiferente		Satisfecho		Muy satisfecho		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa	1	2,0	3	6,0	11	22,0	35	70,0	50	100,0
No participa	1	2,0	11	22,0	16	32,0	22	44,0	50	100,0
Total	2	2,0	14	14,0	27	27,0	57	57,0	100	100,0

Tabla 8. Satisfacción de la relación con amigos en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Satisfacción de la relación con amigos									
	Insatisfecho		Indiferente		Satisfecho		Muy satisfecho		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa	0	0,0	1	2,0	8	16,0	41	82,0	50	100,0
No participa	0	0,0	3	6,0	20	40,0	26	52,0	50	100,0
Total	0	0,0	4	4,0	28	28,0	67	67,0	50	100,0

Tabla 9. Satisfacción de la relación con el cónyuge en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Satisfacción de la relación con cónyuge									
	Insatisfecho		Indiferente		Satisfecho		Muy satisfecho		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa	0	0,0	0	0,0	2	7,7	24	92,3	26	100,0
No participa	2	6,5	4	12,9	6	19,4	19	61,3	31	100,0
Total	2	3,5	4	7,0	8	14,0	43	75,4	57	100,0

Nota: solo se incluyeron los casos en los que los adultos mayores tenían cónyuge.

Como puede observarse en la tabla 10 la mayoría de sujetos manifestaron poder valerse por sí mismos, consistentemente con los datos aportados en cuanto al nivel de dificultad expresada para las habilidades funcionales (ver tabla 11).

Tabla 10. Posibilidad de valerse por sí mismos en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Considera que puede valer por sí mismo											
	Total-mente		Bastante bien		Bien		Regular		No para nada		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa	40	80,0	10	20,0	0	0,0	0	0	0	0,0	50	100,0
No participa	36	72,0	9	18,0	2	4,0	2	4	1	2,0	50	100,0
Total	76	76,0	19	19,0	2	2,0	2	2	1	1,0	100	100,0

Calidad de vida en adultos mayores que participan y que no participan en organizaciones de ocio y/o recreación

Tabla 11. Nivel de dificultad en la realización de actividades en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Dificultad en la realización de actividades																			
	Cuidar aspecto físico						Comer solo													
	No lo hace		Ninguna	Alguna	Bastante	Mucha	No lo hace		Ninguna	Alguna	Bastante	Mucha								
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%							
Participa	1	2,0	43	86,0	2	4,0	0	0	4	8,0	1	2,0	45	90,0	1	2,0	0	0	3	6,0
No participa	2	4,0	37	74,0	4	8,0	1	2	6	12,0	2	4,0	41	82,0	2	4,0	1	2	4	8,0
Total	3	3,0	80	80,0	6	6,0	1	1,0	10	10,0	3	3,0	86	86,0	3	3,0	1	1	7	7,0
	Vestirse/Desvestirse																			
	Vestirse/Desvestirse						Andar													
	No lo hace		Ninguna	Alguna	Bastante	Mucha	No lo hace		Ninguna	Alguna	Bastante	Mucha								
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%								
Participa	0	0	43	86	3	6	1	2	3	6	0	0	42	84	3	6	2	4	3	6
No participa	2	4,0	38	76,0	4	8,0	0	0	6	12,0	2	4,0	33	66,0	8	16,0	0	0	7	14,0
Total	2	2,0	81	81,0	7	7,0	1	1	9	9,0	2	2,0	75	75,0	11	11,0	2	2	10	10,0

Calidad de vida en adultos mayores que participan y que no participan en organizaciones de ocio y/o recreación

	Bañarse										Acudir al baño									
	No lo hace					Mucha					No lo hace					Mucha				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa	0	0,0	43	86,0	3	6,0	0	0	4	8,0	0	0,0	45	90,0	1	2,0	1	2	3	6,0
No participa	2	4,0	39	78,0	2	4,0	0	0	7	14,0	2	4,0	41	82,0	0	0,0	1	2	6	12,0
Total	2	2,0	82	82,0	5	5,0	0	0	11	11,0	2	2,0	86	86,0	1	1,0	2	2	9	9,0

	Realizar tareas del hogar										Manejar dinero									
	No lo hace					Mucha					No lo hace					Mucha				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa	0	0,0	43	86,0	5	10,0	0	0	2	4,0	0	0,0	44	88,0	1	2,0	1	2	4	8,0
No participa	2	4,0	34	68,0	6	12,0	1	2	7	14,0	2	4,0	39	44,0	2	4,0	2	4	5	10,0
Total	2	2,0	77	77,0	11	11,0	1	1	9	9,0	2	2,0	83	83	3	3	3	3	9	9

Calidad de vida en adultos mayores que participan y que no participan en organizaciones de ocio y/o recreación

No lo hace	Hacer compras						Movilizarse fuera del hogar													
	Ninguna		Alguna		Bastante		Mucha		No lo hace		Ninguna		Alguna		Bastante		Mucha			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Participa	1	2,0	43	86,0	2	4,0	0	0,0	4	8,0	0	0,0	40	80,0	4	8,0	1	2,5	5	10,0
No participa	3	6,0	34	68,0	5	10,0	2	4,0	6	12,0	4	8,0	34	68,0	4	8,0	3	6,0	5	10,0
Total	4	4,0	77	77,0	7	7,0	2	2,0	10	10,0	4	4,0	74	74,0	8	8,0	4	4,0	10	10,0

No lo hace	Utilizar el teléfono						Total					
	Ninguna		Alguna		Bastante		Mucha		Total		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa	0	0,0	42	84,0	4	8,0	1	2,0	3	6,0	50	100,0
No participa	3	6,0	39	78,0	2	4,0	1	2,0	5	10,0	50	100,0
Total	3	3,0	81	81,0	6	6,0	2	2,0	8	8,0	100	100,0

Con respecto al desarrollo de Actividades se encontró una correspondencia esperable entre la participación y el nivel de actividad, es decir, la mayoría de los adultos que participaban realizaban alguna actividad física o deportiva de manera ocasional, y con frecuencia otras actividades de la vida diaria, mientras que la mayoría de los que no participaban informaron estar menos activos (Ver tablas 12, 13, 14, 15 y 16).

Tabla 12. Frecuencia de Actividades realizadas en el tiempo libre en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Frecuencia de realización de actividades en tiempo libre									
	Casi inactivo		Actividad normal doméstica		Actividad física ocasional		Actividad física frecuente		Totales	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa	2	4,0	8	16,0	32	64,0	8	16,0	50	100,0
No participa	15	30,0	20	40,0	14	28,0	1	2,0	50	100,0
Total	17	17,0	28	28,0	46	46,0	9	9,0	50	100,0

Tabla 13. Frecuencia de visitas a amigos en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Frecuencia de visitas a amigos							
	Nunca		Ocasionalmente		Frecuentemente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa	3	6,0	22	44,0	25	50,0	50	100,0
No participa	6	12,0	33	66,0	11	22,0	50	100,0
Total	9	9,0	55	55,0	36	36,0	50	100,0

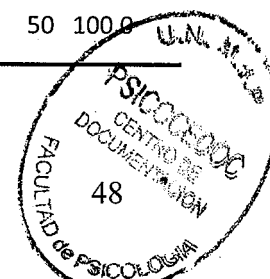


Tabla 14. Frecuencia de participación en juegos de mesa en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Frecuencia de participación en juegos de mesa							
	Nunca		Ocasionalmente		Frecuentemente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa	6	12,0	9	18,0	35	70,0	50	100,0
No participa	28	56,0	13	26,0	9	18,0	50	100,0
Total	34	34,0	22	22,0	44	44,0	50	100,0

Tabla 15. Frecuencia de salidas a caminar en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Frecuencia de salidas a caminar							
	Nunca		Ocasionalmente		Frecuentemente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa	3	6,0	13	26,0	34	68,0	50	100,0
No participa	19	38,0	14	28,0	17	34,0	50	100,0
Total	22	22,0	27	27,0	51	51,0	50	100,0

Tabla 16. Frecuencia de salidas a realizar compras en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Frecuencia de salidas a realizar compras							
	Nunca		Ocasionalmente		Frecuentemente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa	0	0,0	7	14,0	43	86,0	50	100,0
No participa	7	14,0	18	36,0	25	50,0	50	100,0
Total	7	7,0	25	25,0	68	68,0	50	100,0

En este sentido, como puede observarse en la tabla 17, los adultos mayores que participaban manifestaron una mayor satisfacción percibida en relación a la forma de ocupar su tiempo.

Tabla 17. Satisfacción percibida en relación a la forma de ocupar el tiempo en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Satisfacción en relación a la forma de ocupar el tiempo									
	Insatisfecho		Indiferente		Satisfecho		Muy satisfecho		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa	0	0,0	0	0,0	14	28,0	36	72,0	50	100,0
No participa	2	4,0	3	6,0	25	50,0	20	2,0	50	100,0
Total	2	2,0	3	3,0	39	39,0	56	56,0	50	100,0

En cuanto a los ítems referidos a la vivienda, la totalidad de la muestra informó poseer condiciones ambientales favorables y valorar esto positivamente (ver tabla 18).



Calidad de vida en adultos mayores que participan y que no participan en organizaciones de ocio y/o recreación

Tabla 18. Características de la vivienda en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación.

Participación	Bienes y servicios de la vivienda															
	Vivienda de material		Pisos de cerámicos		Inodoro		Baño/ducha		Televisión							
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Participa	50	100,0	0	0,0	50	100,0	0	0,0	50	100,0	0	0,0	50	100,0	0	0,0
No participa	49	98,0	1	2,0	50	100,0	0	0,0	50	100,0	0	0,0	50	100,0	0	0,0
Total	99	99,0	1	1,0	100	100,0	0	0,0	100	100,0	0	0,0	100	100,0	0	0

	Bienes y servicios de la vivienda																	
	Radio		Calefacción/estufa		Agua caliente		Ascensor		Teléfono									
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO						
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Participa	50	100,0	0	0,0	50	100,0	0	0,0	44	88,0	6	12,0	50	100,0	0	0,0	50	100,0
No participa	50	100,0	0	0,0	49	98,0	1	2,0	32	64,0	18	36,0	49	98,0	1	2,0	50	100,0
Total	100	100,0	0	0,0	99	99,0	1	1,0	76	76,0	24	24,0	99	99,0	1	1,0	100	100,0

En relación a la Satisfacción con la Vida, los adultos mayores que participaban informaron percibir una mayor satisfacción anímica y vital (Ver tabla 19).

Tabla 19. Nivel de satisfacción con la vida en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Satisfacción con la vida							
	Algo		Bastante		Mucho		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Participa	3	6,0	15	30,0	32	64,0	50	100,0
No participa	6	12,0	21	42,0	23	46,0	50	100,0
Total	9	9,0	36	36,0	55	55,0	50	100,0

Respecto del objetivo específico que se propuso establecer la presencia de diferencias en las puntuaciones de las dimensiones de Calidad de Vida evaluadas entre ambos grupos, se constató para las dimensiones Integración Social Subjetiva, Actividad Objetiva y Actividad Subjetiva. En la tabla 20 se presentan los estadísticos descriptivos de cada grupo con respecto a estas dimensiones. En las tres dimensiones se observaron puntuaciones más elevadas en los adultos mayores que participaban en instituciones de ocio y/o recreación. Es decir estos adultos expresaron significativamente más satisfacción respecto de las interrelaciones sociales mantenidas con familiares, amigos, vecinos, mayor frecuencia de actividades como leer libros, ir a algún espectáculo, salir a caminar, etc., y más satisfacción con la forma de ocupar el tiempo libre.

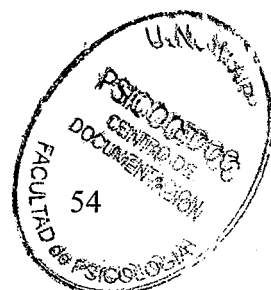
Tabla 20. Medias, desvíos y valores t para las dimensiones en función de la participación en organizaciones de ocio y/o recreación

Participación	Integración Social Subjetiva		Actividad Objetiva		Actividad Subjetiva	
	Media	Desvío	Media	Desvío	Media	Desvío
Participa	.92	.12	.60	.11	.89	.15
No participa	.79	.19	.47	.25	.75	.25
Valor t	3.85**		3.35**		2.70**	

*p<0.05 **p<0.01

En síntesis, los datos expuestos en el presente capítulo indicaron que para mantener una buena calidad de vida en la vejez es importante participar en organizaciones de ocio y/o recreación dada la evidencia en cuanto a que la participación fomenta el establecimiento de redes de apoyo e impulsa a un mayor desarrollo de actividades.

IV. DISCUSION Y CONCLUSIONES



La Calidad de Vida como concepto multidimensional compromete el componente biológico del ser humano, las condiciones del medio relacional y se vincula a un cierto estilo de vida. Al considerar la dimensión objetiva y la percepción subjetiva de bienestar como aspectos constitutivos, la calidad de vida se hallaría estrechamente relacionada con la participación en el medio social (Krzemien, 2001).

En los últimos años y como consecuencia de los avances de la medicina, la tecnología y los cambios en los estilos de vida, la prolongación de la vida es un hecho que impacta de diferentes maneras en la población.

El camino recorrido a lo largo del proceso de investigación nos permite arribar a una serie de conclusiones en relación a la calidad de vida de adultos mayores que participan y que no participan en organizaciones de ocio y/o recreación.

Tal como plantea la OMS, la salud es entendida como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 2009). En lo referido a la vejez como etapa vital, el presente estudio aporta evidencia con sustento empírico sobre el buen estado de salud general manifestado por los adultos mayores incluidos en la muestra objeto de estudio. Dentro de las dolencias o síntomas físicos reportaron con mayor frecuencia el dolor de huesos o articulaciones y, en cuanto a la salud psíquica fueron bajos los niveles de síntomas depresivos, problemas de memoria y/o desconcierto. Asimismo la mayoría de los adultos

mayores de ambos grupos manifestaron estar satisfechos respecto de su actual estado de salud.

El envejecimiento tiene sus características propias y muchas veces recibe la influencia de concepciones asociadas a lo negativo, la pasividad y dependencia, sin tener en cuenta que se trata de un período en el que se manifiestan una serie de cambios ante los cuales es necesario que el adulto mayor realice ajustes. La posibilidad de adaptación dependerá tanto de las condiciones objetivas como subjetivas de cada persona. Aunque es cierto que en dicha etapa se producen pérdidas de habilidades y facultades, esto no implica imposibilidad para la realización de determinadas actividades ni desliga al adulto mayor de sus hábitos, su historia, sus valores, etc.

Las redes de apoyo social también son importantes ya que si estas son suficientes y eficientes el adulto mayor sentirá bienestar y esto probablemente impacte en una mayor satisfacción vital.

Respecto de lo dicho anteriormente resulta interesante destacar que en torno a la dimensión Integración social los adultos mayores que participan en actividades con otros se reúnen con amigos más frecuentemente y perciben más satisfactoriamente las relaciones interpersonales. Estos resultados son congruentes con un estudio de Arias y Polizzi (2011), que demuestra que los amigos constituyen una importante fuente de apoyo social durante la vejez, fundamentalmente por la elevada frecuencia de los encuentros y por el vínculo íntimo que se genera.

Otro de los puntos a destacar como favorable en este sentido es que la posibilidad de mantener las actividades de la vida diaria le permiten al adulto mayor ser funcionalmente independiente e incrementar la satisfacción con respecto a su autonomía. Como se observó en los resultados de este estudio, los adultos mayores en general no informaron dificultades en el cuidado de sí mismos, la realización de actividades domésticas y el manejo autónomo de sus quehaceres. No obstante, aquellos que participaban en actividades informaron una mayor frecuencia de alguna actividad física o deportiva, así como de otras actividades de la vida diaria, y percibieron más satisfactoriamente el modo de ocupar su tiempo.

Como bien mencionan González-Celis y Sánchez-Sosa (2003) en la vejez no solo se producen pérdidas y deterioros, sino que también es posible generar nuevos aprendizajes y ganancias. Esta forma de concebir a la vejez como una vejez exitosa se presenta cuando las personas mayores se mantienen física y mentalmente activas, además de contar con hábitos alimentarios adecuados, ejercicio, una vida activa, interacciones y apoyo social, trabajo productivo y mantenimiento de las funciones mentales.

En este sentido, los hallazgos de esta investigación son consistentes con estudios anteriores que establecieron como indicadores sociales para un envejecimiento exitoso, la educación permanente, la participación en actividades socioeducativas, la participación activa, crítica y creativa en organizaciones o programas sociales integrados por personas mayores y la

integración social (Amico, 2009; García Araneda, 2007; Giró Miranda, 2006; Molina, 2010; Viguera, 2002; entre otros).

Otro de los aspectos que se puede mencionar se relaciona con el entorno en el que vive el adulto mayor, ya que este cobra vital importancia para la calidad de vida. En relación a esto, se observó que los adultos mayores de ambos grupos disponen de condiciones de vivienda adecuadas y valoran positivamente las circunstancias socio-ambientales de vida.

Por último, también la participación se relacionó significativamente con una mayor satisfacción anímica y vital percibida, más Integración Social Subjetiva, Actividad Objetiva y Actividad Subjetiva.

Estos resultados concuerdan con un estudio realizado por Dottori y Arias (2013) en el cual se encontró que los adultos mayores que participaban en talleres psicoeducativos percibían cambios positivos en el área social, especialmente en la cantidad de actividades realizadas, el interés, la voluntad y la eficacia. También percibieron un aumento en su participación social, sobre todo en relación a la cantidad de encuentros con amistades.

En cuanto a la mayor satisfacción en las relaciones interpersonales este resultado sigue la línea de otro estudio realizado en Mar del Plata en el que se constató que los adultos mayores consideraban que el disponer de buenas relaciones interpersonales era un aspecto de gran relevancia para la Calidad de Vida en la Vejez (Arias & Scolni, 2005).

Al analizar el concepto de Calidad de Vida es importante tener en cuenta que la participación social consiste en tomar parte en forma activa y comprometida de una actividad conjunta, que la persona percibe como beneficiosa (González, 1994), es decir, el adulto mayor que participa en alguna organización, se encuentra más estimulado para la realización de determinadas actividades, no solo por la actividad en si misma sino también por el hecho de poder realizarla en compañía de otras personas de su misma edad, algo que fortalece sus redes de apoyo. En este sentido, es oportuno destacar que se hallaron diferencias significativas entre los grupos respecto de la Dimensión Actividades (Subjetiva- Objetiva).

Finalmente el trabajo que se presenta aporta datos sobre el valor de la participación en actividades sociales recreativas, comunitarias, solidarias y/o culturales de clubes de jubilados y para la tercera edad, posibilita el establecimiento y el mantenimiento de redes de apoyo social y estimula la motivación e interés para la realización de actividades con otros.

El hecho de que las personas mayores dispongan de oportunidades de mantenerse activas a nivel físico, intelectual y social en la sociedad actual es uno de los aspectos más importantes para el mejoramiento de la calidad de vida, el bienestar y el fortalecimiento de la autoestima de dicho grupo etáreo (Arias J.; Soliveréz C.; Goris Walter, G.; Scolni, M. & Garcia, A., 2005).

Como bien plantea Fernández Ballesteros (1997), las condiciones que integran la calidad de vida incluyen la salud, las habilidades funcionales, las

condiciones económicas, las relaciones sociales, la actividad, los servicios sociales y sanitarios, las condiciones socio-ambientales, la satisfacción con la vida y las oportunidades culturales y de aprendizaje. Y, de hecho, es necesario que las principales áreas a evaluar para una valoración integral y exhaustiva consideren: la salud, el apoyo social y la autonomía y el nivel de actividad de los adultos mayores (Fernández Ballesteros et. al. 1996). La contribución de esta autora al tema se condice con los datos obtenidos en el presente trabajo.

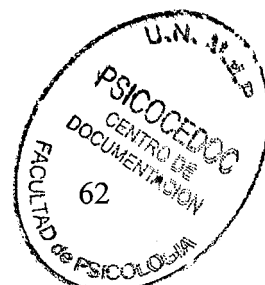
El progresivo aumento y volumen de población envejecida en nuestro país, no se corresponde con niveles de satisfacción y calidad de vida en los adultos mayores, algo que, sin duda abre un camino hacia la reflexión y puesta en marcha de investigaciones que aporten información relevante en cuanto a los aspectos a tener en cuenta a la hora de diseñar e implementar políticas dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida de este grupo poblacional.

A través del estudio realizado se exploró la calidad de vida de adultos mayores que participan y no participan en organizaciones de ocio y/o recreación. En lo que al concepto calidad de vida se refiere, los datos son consistentes con el valor de la participación en actividades como un aspecto sustantivo para un mayor fortalecimiento y mantenimiento de redes de apoyo social durante la vejez al ejercer una notable influencia para la calidad de vida.

Para finalizar queremos destacar la importancia de desarrollar estrategias orientadas a incrementar la participación de los adultos mayores

estudio constituya un aporte para otros estudios en la misma línea que permitan un mayor conocimiento y comprensión del fenómeno y que promuevan el diseño de intervenciones que se ocupen de la calidad de vida en periodos avanzados del ciclo vital.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS



- Andrews, F.M. & Withey, S.B., (1974). Developing measures on perceived life quality. *Social Indicators Research*, 1 (1), pp.1-30.
- Amico, L. (2009). Envejecer en el siglo XXI. "No siempre Querer es Poder". Hacia la de-construcción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad. *Margen*. Recuperado de http://www.catspba.org.ar/v3/intranet/cms/upload/TERCERA_EDAD.pdf.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del Adulto Mayor en América Latina*. Serie población y desarrollo. Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Chile.
- Arias, C.J. (2013). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Revista Kairós Gerontología*, 16(4), "Dossiê Gerontologia Social", pp.313-329.
- Arias, C. & Polizzi, L. (2011). La amistad en la vejez. Funciones de apoyo y atributos del vínculo. En Actas del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación. Séptimo Encuentro de Investigadores. Buenos Aires (Argentina); 22, 23, 24 y 25 de noviembre de 2011. ISSN 1667-6750.
- Arias C. J. & Scolni M. (2005). Evaluación de la Calidad de Vida a los viejos en la Ciudad de Mar del Plata. En C.M. Miranda (Ed.), *La Ocupación en la vejez: una visión gerontológica desde terapia ocupacional* (pp. 55-68). Mar del Plata: Ediciones Suárez.

- Arias, C. J. & Soliverz, C. (2009). El bienestar psicológico en la vejez. ¿Existen diferencias en grupos de edad? En 2º Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, 12 al 14 de noviembre de 2009. La Plata.
- Arias J.; Soliverz C.; Goris Walter, G.; Scolni, M. & Garcia, A. (2005). Análisis de la integración y participación comunitaria de los beneficiarios de los sistemas formales e informales de apoyo social a adultos mayores en relación con la satisfacción vital en la vejez. En L. Golpe, & C. Arias (Eds.), *Sistemas Formales e Informales de Apoyo Social para los Adultos Mayores* (pp. 55-80). Mar del Plata: Suárez.
- Arostegui, I. (1998) Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. Universidad de Deusto.
- Birren J. E. & Diekman L. (1991). Concepts and content of quality of life in the later years. En Birren, J.E.; Lubben, J.E.; Chichowlas Rowe, J.y Deutchman, D.E. (Eds), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego, Academic Press, pp. 344-360.
- Blanco, A. (1985). Calidad de vida: supuestos psicosociales. En J. F. Morales, et al. (Eds.): *Psicología social aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Carbajo Vélez, M.C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante, *Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 24. Recuperado de <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>.

- Connidis, I. A. & McMullin, J. A. (1992). To have or have not: Parent status and the subjective well-being of older men and women. *The Gerontologist*, 33, 630 - 636.
- Cummins, R. A. (1997). Assessing quality of life. In R. I. Brown (Ed.), *Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice* (pp. 116-150). Cheltenham, UK: Stanley Thornes (Publishers) Ltd.
- Dámaso, C. S. (2006). *Biogerontología*. Santander: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cantabria.
- Díaz, C. (1987). *Eudaimonía. La felicidad como utopía necesaria*. Madrid. Ediciones Encuentro.
- Dottori, K.; Soliveres, C. & Arias, C. F. (2013). Estudio del impacto de talleres psicoeducativos para adultos mayores. Resultados preliminares. *III Congreso de Psicología del Tucumán. "La psicología en la sociedad contemporánea: actualizaciones, problemáticas y desafíos"*, Tucumán, 12, 13 y 14 de septiembre.
- Duque-Parra, J. (2003), Relaciones neurobiológicas y envejecimiento. *Revista Neurología*.36 (6), 549-554. Colombia.
- Elosua, Paula (2010). Valores subjetivos de las Dimensiones de Calidad de Vida en adultos mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*.45 (2):67-71.
- Faden, R. & Germán, P. (1994). *Calidad de Vida. Consideraciones en geriatría*. Clínica de Medicina Geriátrica. Editora Interamericana. México, D.F.

- Fajn, S. (2001). *Recreación en la Vejez. Una Propuesta Saludable. Curso virtual para el envejecimiento. Revista digital Tiempo.*
- Fernández, J.J. (2004). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad.* Informe de investigación. Facultad de enfermería. Universidad de Valencia.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). Dimensiones en la evaluación de la calidad de vida. Documento no publicado. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, pp. 89-104.
- Fernández Ballesteros, R., (1998). Calidad de vida: las condiciones diferenciales. *La Psicología en España*, 2 (1), pp. 57-65.
- Fernández Ballesteros, R., Caprara, M.G., Iñiguez, J. & García, L.F., (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa "Vivir con vitalidad", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(2):92-102.
- Fernández Ballesteros, R. & Maciá, A. (1993): Calidad de vida en la vejez. *Intervención social*, Vol. 11, 5, 77-94.
- Fernández Ballesteros, R., Zamarrón, M. & Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en los distintos contextos.* Universidad Autónoma de Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto nacional de Servicios Sociales (INSERSO).
- Fundación EDE. (2009). *Envejecer con éxito. Prevenir la dependencia.* Recuperado de Fundación EDE. Servicio de Investigación Social: <http://www.fundacionede.org/ca/archivos/investigacionsocial/16-Envejecer-con-exito-prevenir-Dependencia.pdf>.

- García Aranedá, N.R. (2007). La Educación con personas mayores en una sociedad que envejece. *Redalyc. Org*, vol 12, núm. 2, 51- 62.
- Giró Miranda, J. (2006). El envejecimiento activo en la sociedad española, en Giró Miranda, J. (coord.), *Envejecimiento activo envejecimiento positivo*. Logroño: Universidad de La Rioja, pp. 15-36.
- Giusti, L., (1991). Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan, Puerto Rico: Editorial Psicoeducativa.
- González, A.L & Rangel, C. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. En A.L González y C. Rangel, *Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria* (365-378) México.
- González-Celis R., A.L., & Sánchez-Sosa, J.J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20 (1), pp. 143-158.
- Gómez-Vela, María & Sabeh, Eliana N. (2000). *Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la Investigación y en la Práctica*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
- Hernández Castellón R. (1998), Los problemas del desarrollo y el envejecimiento de la población: La experiencia cubana. La Habana: Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), (p.18-23).
- Hernández, Z. (2000) Elaboración de índice de calidad de vida para personas de tercera edad. México.
- Iacub, R. & Arias, C. J. (2010). El empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2, 2, 25-32.

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. *La participación social de las personas mayores*. Colección Estudios. Serie Personas Mayores. Nº 11005. Madrid: INSERSO, 2008.
- Krzemien, Deisy (2001). Calidad de Vida y Participación Social en la Vejez Femenina. Ponencia presentada en la IV Reunión de Antropología del MERCOSUR. Noviembre 2001, Curitiba, Brasil.
- Nieto, J., Abad, M. & Torres, A. (1998). Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en población geriátrica. *Anales de Psicología*, 14, pp. 75-81.
- Martín González, E. (1994). La prevención comunitaria. *Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 7, Colegio Oficial de Psicólogos, Madrid, España.
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32 – 38.
- Ministerio de Desarrollo Social, Presidencia de la Nación Argentina (2012). *Argentina, un modelo regional en políticas para adultos mayores*. Informe presentado en la III Conferencia Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe.
- Molina, M.B. (2010). Predictores Psicosociales del Envejecimiento Activo: evidencias en una muestra de personas adultas mayores. *Anales de Gerontología*, 6, pp. 11-29.
- Monchietti, A. (2000). Representación social de la vejez y su influencia sobre el aislamiento social y la salud de quien envejece, *Revista de Psicogerontología Tiempo on line*, 4, Buenos Aires, Argentina.

- Montoro, J. & Pinazo, S. (2005). Evaluating social integration and psychological outcomes for older adults enrolled at a University Intergenerational Program. *Journal of Intergenerational Relationships*, 3(3), 63-80.
- Murillo, J. (2003). Talleres Recreativos para Personas Mayores. Bogotá. Editorial San Pablo. 1era Edición.
- Labarthé, V. J. (2009). Participación social y política de adultos mayores aymaras. Ponencia presentada en el XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social: El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Octubre 2009 Guayaquil, Ecuador.
- Lawton, M.P. (1991). A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders en Birren, E; Lubben, J.E; Chichowlas Rowe,J; Deutchman, D.E (Eds), The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly. Academic Press.
- Lefrancois, R. (2001). El Ciclo de la vida. México: Editorial Thomson; Sexta Edición.
- Leturia, F. (1998). Jubilación y calidad de vida. *Geriátrica Gerontológico*. 33, 9-16.
- Levi, L. & Anderson, L. (1980). La tensión psicosocial. *Población, ambiente y calidad de vida*. México. El Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud (1998). Envejecimiento Saludable. Gineva: Publicación Regional Europea.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002), Envejecimiento activo: un marco político. *Rev. España. Geriátrica y Gerontología*, 37(2), 27-105.
- Organización Mundial de la Salud (2011), Envejecimiento y Ciclo de Vida.

- Osorio, P., Torrejón, M.J. & Vogel, N. (2008). Aproximación a un Concepto de Calidad de Vida en la Vejez. Escuchando a las personas mayores. *Revista de Psicología*, XVII (1), 101-108.
- Piédrola Gil, G. y otros (1990). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Salvat Editores, S. A. 9na Edición.
- Smith, K., Avis, N., & Assman, S. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of life research*, 8, 447 – 459.
- Soliveres, C. (2011). El bienestar en la vejez: un estudio cualitativo y cuantitativo que explora sus dimensiones en los adultos mayores. En V Congreso Marplatense de Psicología, 1 al 3 de diciembre de 2011. Mar del Plata.
- Urrutia, A. (2006). *Dimensiones del concepto de Calidad de Vida en ancianos. Elaboración de un Instrumento multivariable para su evaluación*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.
- Urrutia, A. I.; Grasso, L.T. P & Guzmán, L.R. (2009). Construcción y validación de un instrumento multivariable para la evaluación de Calidad de Vida en ancianos, *Evaluar*, 9, 54-71.
- Velarde Jurado, E. & Ávila Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44, pp. 349-361.
- Velasco, M.L. & Sinibaldi, J.F.J., 2001. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México: El Manual Moderno.

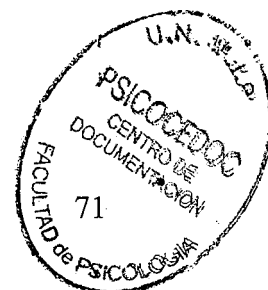
Vera, M. (2007). Significado de la Calidad de Vida del adulto mayor para si mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, pp. 284-290.

Verdugo Alonso, M.A. (2003). Calidad de vida y envejecimiento de las personas con discapacidad. En P. Rodríguez, A. L. Aguado y A. Carpintero (Comp.), *Discapacidad y Envejecimiento. Investigación y alternativas de intervención en el proceso de envejecimiento en las personas con discapacidad*, pp. 179-194. Escuela Libre Editorial, Madrid.

Viguera, V. (2002) "¿Es útil aprender a envejecer?" Curso Virtual: Educación para el Envejecimiento. Clase 3: La educación para el envejecimiento. Disponible en http://psicomundo.com/tiempo_educacion/clase3.htm.

Villar, F. (2006). Intervención psicopedagógica en proyectos y programas de atención a la tercera edad. En A. Badia; M.T. Mauri y C. Monereo (Eds.) *La práctica psicopedagógica en educación no formal*. Barcelona: Editorial UOC. 239-257.

Yanguas Lezaun, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid.



ANEXO

CUESTIONARIO SOCIO-DEMOGRAFICO

Edad:	Sexo: F M
Nivel de instrucción alcanzado:	¿Con quién convive?
¿Participa en alguna organización de ocio y/o recreación?	Sí No

CUESTIONARIO BREVE DE CALIDAD DE VIDA

CUESTIONARIO BREVE DE CALIDAD DE VIDA (CBCV)		CUESTIONARIO N° _____																																																																																																																			
ENTREVISTADO:.....																																																																																																																					
RESIDENCIA:.....																																																																																																																					
DOMICILIO:.....																																																																																																																					
MUNICIPIO:.....		PROVINCIA.....	TELEFONO:.....																																																																																																																		
ENTREVISTADOR:.....																																																																																																																					
Localidad _____		Provincia: _____																																																																																																																			
P.0.- MUESTRA - Entrevista en hogar..... 1 - Entrevista en residencia..... 2 P.0.0.- REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA - El entrevistado contesta solo..... 1 - El entrevistado contesta con ayuda de otra persona.... 2		ENTREVISTADOR: SI EL ENTREVISTADO COMETE 0 A 3 ERRORES HACERLE LA ENTREVISTA A EL SOLO, SIN QUE INTREVENGA EN LAS RESPUESTAS SU ALLEGADO. SI EL ENTREVISTADO COMETE 4 O MÁS ERRORES EN LAS 10 PREGUNTAS ANTERIORES REALIZAR LA ENTREVISTA CON LA AYUDA DE UN ALLEGADO PARA LAS PREGUNTAS OBJETIVAS (NO MARCADAS CON *).																																																																																																																			
1. ESTADO MENTAL P.1.- PARA EMPEZAR Y ANTES DE NADA VOY A HACERLES UNA SERIE DE PREGUNTAS MUY FÁCILES DE RESPONDER. EL ENTREVISTADOR DEBE MARCAR SI LA RESPUESTA DEL ENTREVISTADO ES CORRECTA O NO LO ES, NO HACE FALTA MARCAR LA RESPUESTA TEXTUAL (SALVO PARA LA PREGUNTA 9)		LAS PREGUNTAS SUBJETIVAS (MARCADAS CON * (DEBEN SER CONTESTADAS POR EL ENTREVISTADO, ES PREFERIBLE ANOTAR NS/NC QUE ANOTAR LA RESPUESTA DEL ALLEGADO EN ESOS CASOS. EL ENTREVISTADOR DEBERÁ IMPEDIR QUE EL ALLEGADO CONTESTE POR EL SUJETO.																																																																																																																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Co- recto</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Inco- recto</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NS NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. ¿Cuál es el día de hoy?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>2. ¿Cuál es el nombre de esta ciudad o pueblo?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>3. ¿Cuál es el nombre de este barrio/residencia?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>4. ¿Cuáles son sus señas?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>5. ¿Cómo se llama el presidente?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>6. ¿Cuál es el nombre del ministro de economía?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>7. ¿Cuál es el nombre del anterior presidente del gobierno?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>8. ¿De qué color es la bandera?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>9. ¿Cuál es el apellido de su madre?.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>10. Restar 3 de 20 y seguir de tres en tres hasta el final (17-14-11-8-5-2).....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr style="background-color: #cccccc;"><td>Puntaje total: Σ P</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Co- recto	Inco- recto	NS NC	1. ¿Cuál es el día de hoy?.....	1	2	9	2. ¿Cuál es el nombre de esta ciudad o pueblo?.....	1	2	9	3. ¿Cuál es el nombre de este barrio/residencia?.....	1	2	9	4. ¿Cuáles son sus señas?.....	1	2	9	5. ¿Cómo se llama el presidente?.....	1	2	9	6. ¿Cuál es el nombre del ministro de economía?.....	1	2	9	7. ¿Cuál es el nombre del anterior presidente del gobierno?.....	1	2	9	8. ¿De qué color es la bandera?.....	1	2	9	9. ¿Cuál es el apellido de su madre?.....	1	2	9	10. Restar 3 de 20 y seguir de tres en tres hasta el final (17-14-11-8-5-2).....	1	2	9	Puntaje total: Σ P				2.2. SALUD OBJETIVA P.3.-¿HA TENIDO UD. ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DOLORES O SINTOMAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS? (PRESENTAR TARJETA A) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nunca</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Algunas veces</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Bastantes veces</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Muchas veces</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NS NC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.....</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>Mareos, vahidos.....</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>Tos, catarro o gripe.....</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>Tobillos hinchados.....</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>Cansancio sin razón aparente</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>Dificultad para dormir.....</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>Dificultad para respirar o sensación de falta de aire....</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>Palpitaciones.....</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>Dolor u opresión en el pecho</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td>Hormigueo en los brazos o en las piernas.....</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> </tbody> </table>			Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	NS NC	Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.....	3	2	1	0	9	Mareos, vahidos.....	3	2	1	0	9	Tos, catarro o gripe.....	3	2	1	0	9	Tobillos hinchados.....	3	2	1	0	9	Cansancio sin razón aparente	3	2	1	0	9	Dificultad para dormir.....	3	2	1	0	9	Dificultad para respirar o sensación de falta de aire....	3	2	1	0	9	Palpitaciones.....	3	2	1	0	9	Dolor u opresión en el pecho	3	2	1	0	9	Hormigueo en los brazos o en las piernas.....	3	2	1	0	9
	Co- recto	Inco- recto	NS NC																																																																																																																		
1. ¿Cuál es el día de hoy?.....	1	2	9																																																																																																																		
2. ¿Cuál es el nombre de esta ciudad o pueblo?.....	1	2	9																																																																																																																		
3. ¿Cuál es el nombre de este barrio/residencia?.....	1	2	9																																																																																																																		
4. ¿Cuáles son sus señas?.....	1	2	9																																																																																																																		
5. ¿Cómo se llama el presidente?.....	1	2	9																																																																																																																		
6. ¿Cuál es el nombre del ministro de economía?.....	1	2	9																																																																																																																		
7. ¿Cuál es el nombre del anterior presidente del gobierno?.....	1	2	9																																																																																																																		
8. ¿De qué color es la bandera?.....	1	2	9																																																																																																																		
9. ¿Cuál es el apellido de su madre?.....	1	2	9																																																																																																																		
10. Restar 3 de 20 y seguir de tres en tres hasta el final (17-14-11-8-5-2).....	1	2	9																																																																																																																		
Puntaje total: Σ P																																																																																																																					
	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	NS NC																																																																																																																
Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones.....	3	2	1	0	9																																																																																																																
Mareos, vahidos.....	3	2	1	0	9																																																																																																																
Tos, catarro o gripe.....	3	2	1	0	9																																																																																																																
Tobillos hinchados.....	3	2	1	0	9																																																																																																																
Cansancio sin razón aparente	3	2	1	0	9																																																																																																																
Dificultad para dormir.....	3	2	1	0	9																																																																																																																
Dificultad para respirar o sensación de falta de aire....	3	2	1	0	9																																																																																																																
Palpitaciones.....	3	2	1	0	9																																																																																																																
Dolor u opresión en el pecho	3	2	1	0	9																																																																																																																
Hormigueo en los brazos o en las piernas.....	3	2	1	0	9																																																																																																																
2. SALUD 2.1. SALUD SUBJETIVA * P.1.- EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DIRÍA UD. QUE SU ESTADO DE SALUD HA SIDO?: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tbody> <tr><td>-Excelente.....</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>-Muy bueno.....</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>- Bueno.....</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>- Regular.....</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>- Malo.....</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>- NS NC.....</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> </tbody> </table>		-Excelente.....	4	-Muy bueno.....	3	- Bueno.....	2	- Regular.....	1	- Malo.....	0	- NS NC.....	9	P. 4.-¿PODRÍA DECIRME CUANTAS VECES HA IDO UD. AL MEDICO EN EL ÚLTIMO AÑO? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tbody> <tr><td style="text-align: right;">_____</td><td style="text-align: right;">Max. 24</td></tr> <tr><td>- NS NC.....</td><td style="text-align: center;">99</td></tr> </tbody> </table>		_____	Max. 24	- NS NC.....	99																																																																																																		
-Excelente.....	4																																																																																																																				
-Muy bueno.....	3																																																																																																																				
- Bueno.....	2																																																																																																																				
- Regular.....	1																																																																																																																				
- Malo.....	0																																																																																																																				
- NS NC.....	9																																																																																																																				
_____	Max. 24																																																																																																																				
- NS NC.....	99																																																																																																																				
P.2.- ¿SE SIENTE UD. SATISFECHO CON SU ACTUAL ESTADO DE SALUD? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tbody> <tr><td>- Nada.....</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> <tr><td>- Algo.....</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>- Bastante.....</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>- Mucho.....</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>- Totalmente.....</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> </tbody> </table>		- Nada.....	0	- Algo.....	1	- Bastante.....	2	- Mucho.....	3	- Totalmente.....	4	P.5.-EN EL ULTIMO MES, ¿CUANTOS DÍAS SE HA VISTO OBLIGADO A GUARDAR CAMA POR ALGUNA ENFERMEDAD O DOLENCIA? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tbody> <tr><td style="text-align: right;">_____</td><td style="text-align: right;">00</td></tr> <tr><td>-31 días o más.....</td><td style="text-align: center;">30</td></tr> <tr><td>- NS NC.....</td><td style="text-align: center;">99</td></tr> </tbody> </table>		_____	00	-31 días o más.....	30	- NS NC.....	99																																																																																																		
- Nada.....	0																																																																																																																				
- Algo.....	1																																																																																																																				
- Bastante.....	2																																																																																																																				
- Mucho.....	3																																																																																																																				
- Totalmente.....	4																																																																																																																				
_____	00																																																																																																																				
-31 días o más.....	30																																																																																																																				
- NS NC.....	99																																																																																																																				
SALUD SUBJETIVA (PUNTAJE): (Σ P1+ Σ P2)= _____ / 8 = _____		PUNTAJE DE P5 = (31 - _____) = _____																																																																																																																			

2.3 SALUD PSÍQUICA P.6.-¿PODRÍA DECIRME CON QUE FRECUENCIA LE OCURREN LAS SIGUIENTES CUESTIONES QUE LE VOY A INDICAR? (PRESENTAR TARJETA B)						AMBIENTE OBJETIVO (PUNTAJE): $(\sum P9) = \quad / 16 =$											
	Frecuente mente	A veces	Casi Nunca	Nunca	NS NC	P.10 *.-¿EN QUE MEDIDA ESTA UD. SATISFECHO DE LA RELACION QUE MANTIENE CON LAS PERSONAS ALLEGADAS A UD. QUE LE VOY A INDICAR?											
Sentirse deprimido, triste, indefenso o desesperado?..	0	1	2	3	9	Muy Satisfecho	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	NS NC	3	2	1	0	9		
Tener problemas para prestar atención y concentrarse?	0	1	2	3	9	-Familiares (hijos/nietos)	3	2	1	0	9	-Vecinos.....	3	2	1	0	9
Olvidar el día de la semana o lo que ha estado haciendo?	0	1	2	3	9	-Amigos.....	3	2	1	0	9	(solo si procede)					
Llorar o reír sin motivo?.....	0	1	2	3	9	-Cónyuge.....	3	2	1	0	9						
Sentirse nervioso o angustiado?.....	0	1	2	3	9	AMBIENTE SUBJETIVO (PUNTAJE): $(\sum P10) = \quad / 12 =$											
Salirse de sus casillas en algunas situaciones.....	0	1	2	3	9	4.- HABILIDADES FUNCIONALES											
Olvidarse de las cosas que hizo ayer?.....	0	1	2	3	9	P.11.-¿EN QUE MEDIDA TIENE UD. DIFICULTADES PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?											
Olvidarse donde puso sus objetos personales?.....	0	1	2	3	9	No lo hace	Ninguna	Alguna	Bastante	Mucha	NS NC						
SALUD OBJETIVA: $(\sum P3+P4+P5+\sum P6) = \quad / 90 =$						-Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, etc)											
3. INTERGRACION SOCIAL P.7.- ¿CON QUIEN VIVE UD.?						-Comer solo.....											
-Solo..... 0						0 4 3 2 1 9											
-Con su pareja..... 1						-Vestirse o desvestirse...											
-Con su/s hijo/s..... 2						0 4 3 2 1 9											
-Con su/s nieto/s..... 3						-Andar.....											
-Con su pareja y con su/s hijo/s..... 4						0 4 3 2 1 9											
-Con su pareja, con su/s hijo/s y con su/s nieto/s..... 5						-Bañarse o ducharse.....											
-Con otros familiares..... 6						0 4 3 2 1 9											
-Con otras personas que no son familia..... 7						-Acudir al baño.....											
-En residencia..... 8						0 4 3 2 1 9											
-NS NC..... 9						-Realizar tareas en el hogar.....											
P.27.-¿QUE EDAD TIENE SU CÓNYUGE? años						0 4 3 2 1 9											
P.8.- ¿CUANTOS HIJOS TIENE UD.?						-Manejar dinero.....											
-NC..... 99						0 4 3 2 1 9											
P.9.-¿CON QUE FRECUENCIA SUELE UD. VERSE (PARA HABLAR O TOMAR ALGO) CON LAS SIGUIENTES PERSONAS? POR FAVOR, UTILICE LA ESCALA QUE LE MUESTRO EN LA TARJETA.						-Hacer compras.....											
Todos los días o casi siempre						0 4 3 2 1 9											
Al menos 1 vez por semana						-Movilizarse fuera del hogar (auto, trasp. público)..											
Al menos 1 vez al mes						0 4 3 2 1 9											
Menos de 1 vez al mes						-Utilizar el telefono.....											
Ninguna						0 4 3 2 1 9											
-Hijos/as que no viven con Ud. en la misma casa.....						0 4 3 2 1 9											
-Nietos/as que no viven con Ud. en la misma casa.....						0 4 3 2 1 9											
-Familiares que no viven con Ud. en la misma casa.....						0 4 3 2 1 9											
-Amigos que no sean vecinos.....						0 4 3 2 1 9											
0 4 3 2 1 9						HABIL. FUNCION. OBJET. (PUNTAJE): $(\sum P11) = \quad / 44 =$											
P.12.-¿CONSIDERA UD. QUE SE PUEDE VALER POR SI MISMO?						-Totalmente..... 4											
-Bastante bien..... 3						-Bien..... 2											
-Regular..... 1						-Regular..... 1											
-No para nada..... 0						-No para nada..... 0											
P.13.- ¿CUAL DE ESTAS POSIBILIDADES DESCRIBE MEJOR SU ACTIVIDAD EN SU TIEMPO LIBRE?						HAB. FUNC. SUBJET. (PUNTAJE): $(\sum P12) = \quad / 4 =$											
-Casi completamente inactivo (leer, ver TV, etc.)..... 0						-Casi completamente inactivo (leer, ver TV, etc.)..... 0											
-Actividad normal doméstica (gestiones, ir de compras, al cine)..... 1						-Actividad normal doméstica (gestiones, ir de compras, al cine)..... 1											
-Alguna actividad física o deportiva ocasional o esporádica semanal (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.)..... 2						-Alguna actividad física o deportiva ocasional o esporádica semanal (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.)..... 2											
-Actividad física regular varias veces al mes (tenis, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc)						-Actividad física regular varias veces al mes (tenis, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc)											
-Entrenamiento físico varias veces a la semana..... 3						-Entrenamiento físico varias veces a la semana..... 3											
-NS NC..... 9						-NS NC..... 9											

