

INVESTIGACIONES APLICADAS

Vivir con vitalidad-M[®]: Un programa europeo multimedia

Vivir con vitalidad-M[®]: An european multimedia program

R. FERNÁNDEZ-BALLESTEROS*
M. G. CAPRARA*
L. F. GARCÍA**

Fecha de recepción: 08-05-2003

Fecha de Aceptación: 08-05-2003

RESUMEN

En las últimas décadas el envejecimiento activo emerge como nuevo paradigma en Gerontología. Organismos nacionales, europeos e internacionales aconsejan la transmisión de conocimientos sobre la vejez y el envejecimiento a todo lo largo de la vida, y para ello recomiendan la implantación de programas que promuevan un envejecimiento competente. El presente estudio examina la eficacia de un programa multimedia "Vivir con Vitalidad"-M dirigido a promover un envejecimiento satisfactorio, a través de la transmisión de conocimientos sobre como envejecer bien y el aprendizaje de comportamientos saludables y adaptativos. Para ello se contó con una muestra de personas mayores de 65 años a las que se les administró el programa y un grupo de control. Antes y después del tratamiento a todos los participantes se le administró una batería que mide variables relacionadas con salud y el desarrollo personal: opiniones, actividades, ejercicio físico, nutrición, salud, relaciones sociales, y satisfacción con la vida. Los resultados indican que el programa produce cambios en las personas mayores que pasaron por el curso multimedia en comparación con las que no lo hicieron en el sentido esperado. Esencialmente el programa parece ser eficaz por lo que respecta al cambio en los conocimientos relativos al envejecimiento satisfactorio y la valoración de uno mismo como capaz de envejecer bien y por lo que se refiere a la realización de un mayor número de actividades culturales, intelectuales y sociales y a la propia satisfacción con la vida.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento Satisfactorio, Salud, Intervención.

* Universidad Autónoma de Madrid

** Universidad de Lleida

ABSTRACT

During the last decades Successful Ageing emerged as a new paradigm in Gerontology. National, European and International Organizations have recommended the implantation of programs to promote active ageing. The present study examines the effectiveness of a multimedia program called "Vivir con Vitalidad-M" developed to promote Successful Ageing. An experimental evaluation pre-post with control group has been performed administering a questionnaire asking about opinions, activities, physical exercise, nutrition, health, social relationships, and life satisfaction. The "Vivir con Vitalidad-M" program produces behavioural changes in older persons attending the program in the expected direction. The program appears to be effective with regard to change in perceptions about successful ageing and the way participants evaluate their ability to age well, and with regard to have increased the number of physical, cultural, intellectual and social activities carried out.

KEY WORDS

Successful Ageing, Health, Intervention.

INTRODUCCION

El envejecimiento es un fenómeno poblacional y una experiencia individual. El envejecimiento de la población se refiere al número relativo de los grupos de más edad en comparación con los de menos edad. Sin embargo, dado que no está clara la frontera de la vejez (jubilación) ni de la juventud (independencia), en nuestro contexto europeo, se suele considerar a la tasa de personas mayores de 65 años como la tasa de envejecimiento poblacional. Desde este punto de vista, a todo lo largo del siglo XX, se ha ido incrementando la tasa de personas mayores llegando a principios del siglo XXI a que Europa sea el continente más envejecido del mundo (EUROSTAT, 2001).

Dos son esencialmente las razones que llevan al envejecimiento de la población: el descenso de la mortalidad (y su derivado: aumento de la esperanza de vida) y el descenso de la natalidad. En definitiva, a lo largo del siglo XX se ha experimentado una

fuerte disminución de la mortalidad, esencialmente de la mortalidad infantil pero, también de la mortalidad a todas las edades junto a una fuerte disminución de la fertilidad. A pesar de que, el envejecimiento de cualquier población está matizado por los movimientos migratorios, puede decirse que Europa se ha convertido en el continente más envejecido (según su tasa de personas mayores de 65 años) por lo que podemos decir que en la Europa de los quince, uno de cada cuatro europeos tiene más de 65 años y en el futuro este porcentaje se incrementará (ver, por ejemplo, Díez-Nicolás y Fernández-Ballesteros, 2002).

El envejecimiento de la población ha de ser considerado como un fenómeno positivo, dado que es la expresión del desarrollo de la humanidad. Sin embargo, no cabe duda de que, también, supone un desafío a la ciencia y a la sociedad. Dado que la edad está asociada a la enfermedad y ésta lo está a la discapacidad, las estimaciones en todos los países de la Unión es que el incremento

de la población mayor llevará consigo un mayor gasto social y sanitario

El envejecimiento de la población no sólo lleva consigo que la gente viva más años sino que, a unos altos niveles de probabilidad, que viva más años con discapacidad. Así, un nuevo índice socio-epidemiológico llamado Esperanza de Vida Ajustada a la Discapacidad (Disability-Adjusted Life Expectancy, DALE) hace referencia a la estimación de la probabilidad que una persona tiene (hombre o mujer) al nacer, a vivir libre de discapacidad. O, en otros términos, la esperanza vida saludablemente.

Como podemos observar en la tabla 1, el enorme incremento de la esperanza de vida no conlleva que esa vida sea de calidad sino que, muy al contrario, conlleva el hecho de que podemos que podamos predecir unos determinados años de discapacidad. Así pues, el desafío que supone el envejecimiento de la población no procede de las tasas de población mayor sino de las tasas de la discapacidad que conlleva. Ampliar la

esperanza de vida libre de discapacidad implicará reducir el costo social y producir un mayor bienestar y calidad de vida al ciudadano. Pero, cabe esperar que esto pueda suceder?

En definitiva, cabe preguntarse, ¿se puede hacer algo para incrementar la esperanza de vida libre de discapacidad? O, en otros términos, ¿existe alguna prueba empírica a nivel poblacional de que podamos actuar sobre las tasas de discapacidad o, en otras palabras, sobre el envejecimiento saludable o activo? Las pruebas con las que contamos proceden de dos tipos de datos que vamos a tratar de forma separada: las predicciones sobre tasas de discapacidad a nivel poblacional y, los estudios sobre envejecimiento activo, con éxito, satisfactorio u óptimo.

Como podemos ver en la Figura 1, estudios longitudinales realizados ponen de relieve que las tasas de discapacidad estimadas proyectadas en el futuro no están de acuerdo con las tasas de discapacidad

Tabla 1: Esperanza de Vida Ajustada a la Discapacidad en EURO-15

ESTADOS	POBLACIÓN TOTAL AL NACER	VARONES		HEMBRAS	
		AL NACER	A LOS 60	AL NACER	A LOS 60
AUSTRIA	71.6	68.8	15.2	74.4	18.7
BÉLGICA	71.6	68.7	15.8	74.6	19.6
DINAMARCA	69.4	67.2	14.2	71.5	17.2
FINLANDIA	70.5	67.2	14.5	73.7	18.5
FRANCIA	73.1	69.3	16.8	76.9	21.7
ALEMANIA	70.4	67.4	14.3	73.5	18.5
GRECIA	72.5	70.5	16.9	74.6	18.8
ITALIA	72.7	70.0	16.2	75.4	19.9
LUXEMBURGO	71.1	68.0	15.8	74.2	19.7
NORUEGA	71.7	68.8	15.1	74.6	19.7
HOLANDA	72.0	69.6	15.4	74.4	19.7
PORTUGAL	69.3	65.9	14.0	72.7	17.7
ESPAÑA	72.8	69.8	16.8	75.7	20.1
SUECIA	73.0	71.2	16.8	79.4	19.6
REINO UNIDO	71.7	69.7	15.7	73.7	18.6

cuando el futuro se convierte en presente. Este hecho epidemiológico es explicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) por los avances en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud que van poco a poco produciendo una disminución del porcentaje de sujetos que presentan discapacidad en la vejez.

En definitiva, los avances de las ciencias bio-médicas, de la educación y, en particular de la educación sanitaria y de las políticas públicas no sólo han influido en el incremento de la esperanza de vida sino en la mejora de la calidad de vida en la vejez.

FORMAS DE ENVEJECIMIENTO

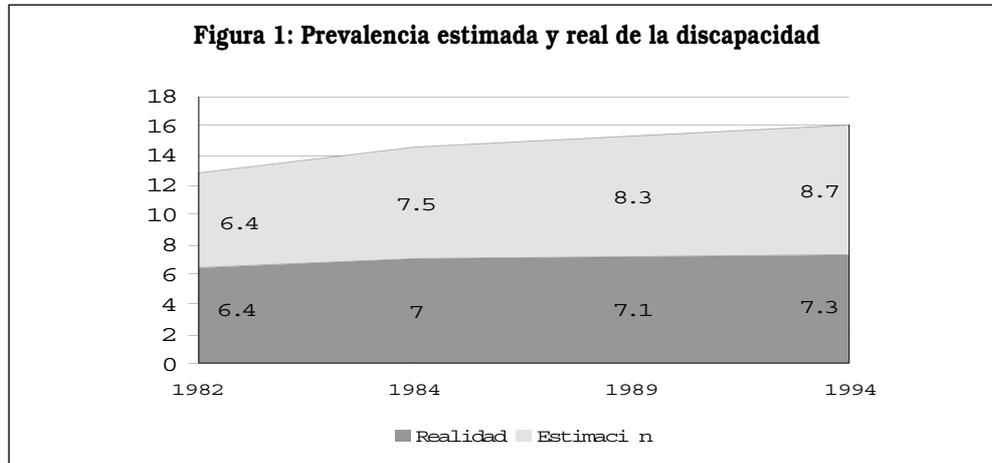
Anteriormente decíamos que el envejecimiento tiene dos vertientes: poblacional e individual. La primera de ellas hace referencia (ya lo hemos visto) a lo que ocurre a nivel macrosocial (cómputo poblacional, número de sujetos que están en un determinado rango de edad, número de hijos por mujer en una colectividad dada, porcentaje de personas afectas de discapacidad, etc.). La segunda se ocupa del conocimiento de cómo los individuos envejecen o, en términos más precisos, que cambios existen a lo largo de la vida o, con el paso de la edad (declive en el funcionamiento intelectual fluido, cambios en introversión, etc.).

En breve, el proceso individual de envejecimiento puede ser reducido a una combinación entre patrones de crecimiento, estabilidad o declive. Así, las ciencias que contribuyen al estudio del envejecimiento ponen de relieve una serie de características de este proceso aceptadas por los autores en los últimos años (por ejemplo: Baltes y Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 1986; 1996; Fries, 1989; Rowe y Khan, 1998):

- 1) que la edad no es el único factor determinante de los procesos de desarrollo, estabilidad y declive sino que

la edad interacciona con circunstancias, sociohistóricas, sociales y personales (por ej.: Lher, 1989);

- 2) que a lo largo de la vida existen patrones diferenciales de crecimiento, estabilidad y declive en el conjunto de condiciones bio-médicas, psicológicas y comportamentales y sociales (por ej.: Heckhausen y Schultz, 1993);
- 3) que no existe un isomorfismo entre los procesos bio-médicos y los procesos psicológicos y sociales, es decir, que el envejecimiento psicológico no presenta el mismo patrón que el envejecimiento biológico; que mientras parece probado que aquellas condiciones psicológicas que están estrechamente ligadas al funcionamiento biológico (como la inteligencia fluida) experimentan un declive semejante, otras condiciones psicológicas pueden experimentar estabilidad, e, incluso, desarrollo (Gould, 1977);
- 4) que estos patrones de cambio tienen una enorme variabilidad intersujetos o que existen enormes diferencias individuales en las formas de envejecimiento. Cualquiera que sea el parámetro que tomemos a la hora de medir el envejecimiento existe una extraordinariamente alta variabilidad y que, a lo largo del ciclo de la vida, va incrementándose esa variabilidad. Así, por ejemplo, en el plano biomédico, mientras existen personas que envejecen saludablemente, existen otras que envejecen patológicamente (Schaie, 1996). O, en otras palabras, que mientras unos individuos (en el interjuego de factores bio-psico-sociales) experimentan un relativo desarrollo, una breve estabilidad y un pronunciado declive otros presentan patrones de amplio desarrollo, prolongada estabilidad y escaso declive (por ej.: Schroots, 1993);



5) que estos patrones individuales evolutivos no ocurren al azar sino que el individuo y la sociedad pueden orientar, promover e influir las formas de envejecer (por ej.: Rowe y Khan, 1998).

Con base en estos planteamientos, en los últimos veinte años, se ha venido conformando un nuevo paradigma que ha venido tomando distintos nombres: “Healthy ageing”, “Ageing well” (e.g. Fries, 1989), “Successful ageing” (Rowe y Khan, 1998, Baltes y Baltes, 1990), “Competent ageing” (Fernández-Ballesteros, 1986, 2002a, 2002b; Schroots, 1995; Schroots, Fernández-Ballesteros y Rudinger, 1999), “Active Ageing” (WHO, 2002).

Este paradigma también tiene dos vertientes: poblacional e individual. Desde ambas proceden dos asunciones teóricas básicas (Fernández-Ballesteros, 2002b):

- Envejecer es un proceso que no tiene un comienzo preciso y que ocurre a lo largo de la vida del individuo. Tiene que ver con condiciones genéticas, biológicas, sociales y psicológicas (Baltes y Baltes, 1990; Rowe y Khan 1997). El envejecimiento, es pues un fenómeno individual, y el individuo puede hacer mucho para ser agente de su propio

envejecimiento positivo.

- Las condiciones ambientales, económicas, culturales y sociales en un determinado contexto histórico influirán en las formas de envejecer. Como hemos visto en la esperanza de vida ajustada a la discapacidad, los países con más alto nivel socioeconómico cuentan con más alta esperanza de vida y esperanza de vida libre de discapacidad, debido, en principio, a los programas de promoción y prevención de la salud (OMS, 2002; Riley et al, 1994). Así, la sociedad y el contexto socio-político son actores en el proceso de que su población envejezca bien, activamente.

Este nuevo planteamiento sobre el envejecimiento con éxito rompe con una tradicional visión negativa, como señalan Baltes y Baltes (1990), este nuevo paradigma va en “la búsqueda de los factores y condiciones que ayudan a identificar el potencial del envejecimiento y a identificar las vías para modificar (en sentido positivo) el envejecimiento” (p. 4). Así pues, desde los años noventa se sigue investigando sobre estos factores a partir de dos modelos distintos: poblacional e individual.

Sin embargo, mientras el envejecimiento

activo poblacional ha de basarse en políticas y programas sociales, el envejecimiento individual tiene una base eminentemente psicológica con base en el postulado de que el individuo es un ente activo que puede actuar en su propio destino (Bandura, 1997). Así pues, vamos a dejar a un lado el envejecimiento poblacional y vamos a centrarnos en el “envejecimiento con éxito” formulado por un conjunto de autores (Baltes y Baltes, 1990; Fries, 1989; Rowe y Khan, 1997).

En la Figura 2 se presenta el modelo (modificado) de Rowe y Khan (1997) que se basa en las investigaciones sobre el tema a través de estudios longitudinales por la McKhan Foundation y, por tanto, tiene una importante base empírica.

El envejecimiento con éxito viene operacionalizado mediante cuatro grupos de factores: baja probabilidad de enfermar y de discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo, alto funcionamiento físico y compromiso con la vida. En definitiva, cualquier programa que pretenda incrementar el envejecimiento con éxito deberá tratar de prevenir la enfermedad y discapacidad asociada, optimizar el funcionamiento psicológico, especialmente cognitivo el ajuste físico y maximizar el compromiso con la vida.

Sin embargo, en los últimos años, los factores psicológicos, individuales, han sido más ampliamente tratados como base del envejecimiento con éxito tanto poblacional como individualmente. Así, por ejemplo, las habilidades de afrontamiento, la promoción de la autoeficacia y el control interno, el pensamiento positivo son condiciones psicológicas de la personalidad que aparecen asociadas a la longevidad y al envejecimiento satisfactorio. Así mismo, otras condiciones relativas al desarrollo de la personalidad como, por ejemplo, la aceptación de la muerte como parte de la vida o el desarrollo de la sabiduría (OMS, 2002, Fernández-Ballesteros, 2002b). En la Figura 3 se presentan los cuatro bloques

de intervención esenciales para el envejecimiento óptimo.

En resumen, si bien a un nivel poblacional es relevante plantear que acciones socio-políticas deben de ser abordadas de cara a la potenciación de un envejecimiento positivo en una determinada población (mejorar los sistemas de salud y de protección social, incrementar las pensiones, adaptar las condiciones ambientales, etc.), a niveles psicosociales lo que importa es potenciar en los individuos aquellas condiciones que optimicen envejecer bien. Con base en el modelo presentado vamos a proponer cuáles son las condiciones individuales que han de promoverse para lograr un envejecimiento positivo.

LA PROMOCION DEL ENVEJECIMIENTO POSITIVO

Existen una serie de características presentes en gran parte de los modelos de envejecimiento satisfactorio u óptimo como aspectos *concurrentes* o *criteriales* : buena salud física, funcional, cognitiva y social. Pero, además, también en los últimos años, aparecen otros factores afectivos y de la personalidad que parecen ser factores importantes en el envejecimiento óptimo. Como manejar el estrés y estilos de afrontamiento ante situaciones conflictivas, la creencia de autoeficacia y el control interno del individuo, el enfrentamiento a la depresión mediante el manejo de actividades agradables e, incluso, la aceptación de la muerte. Vemos pues que gran parte de las condiciones que definen este tipo de envejecimiento son, además de un adecuado soporte físico, condiciones cognitivas, afectivas y de la personalidad (control interno o autoeficacia, manejo del estrés, habilidades de afrontamiento, pensar positivo,) o psico-sociales (participación social, relaciones sociales). Teniendo en cuenta todo ello, debemos primero de todo establecer si es posible *manipular* (experimentalmente) todas esas condiciones que

Figura 2: Modelo de envejecimiento con éxito de Rowe y Khan (modificado por Fernández-Ballesteros, 2002b)

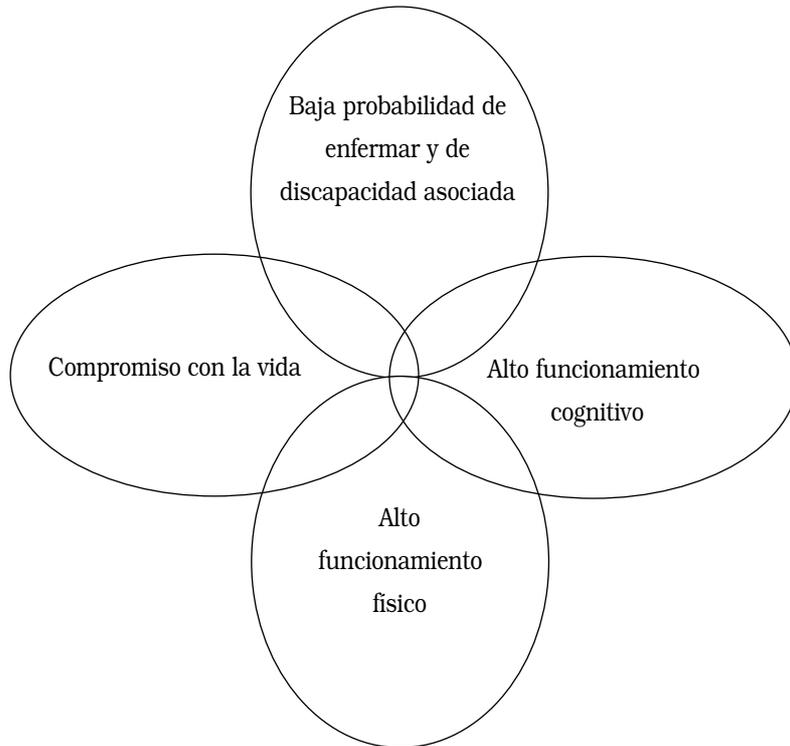
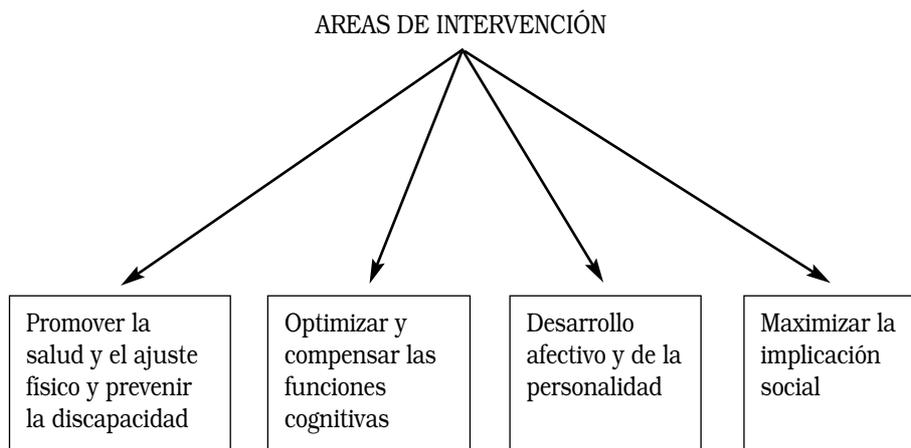


Figura 3: Ámbitos de actuación para el envejecimiento óptimo



son relevantes para el envejecimiento positivo.

La salud, el ajuste funcional y físico

Precisamente, uno de los primeros autores¹ que se ocupa del envejecimiento positivo u óptimo (“envejecer bien”) procede del ámbito médico. Fries (1989), parte del establecimiento de condiciones y factores biomédicos modificables y no modificables que ocurren a lo largo de la vejez.

Desde la perspectiva médica de la que parte Fries, y con base en la observación inequívoca de que la edad covaria fuertemente con la enfermedad, establece cuáles son las condiciones patológicas fatales y no fatales de mayor incidencia y prevalencia en la vejez. De entre las patologías fatales son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer las causas más frecuentes de morbilidad en la vejez (ver: Fries, 1989 e Informe OMS, 2000). Así también, las enfermedades calificadas de “no fatales” de mayor probabilidad en la vejez son las patologías osteoarticulares y de espalda como la artritis y artrósisis, y las de los sistemas endocrinos como la diabetes. Pero, lo más importante del trabajo de Fries no es el listado de aquellas enfermedades (fatales y no fatales) sino su énfasis en cómo prevenirlas y, sobre todo como promover la salud, es decir, como implantar *factores protectores comportamentales* como son los llamados estilos de vida saludables que influyen, incluso a niveles subclínicos (como por ejemplo, no fumar previene el cáncer de pulmón) en la aparición (o no) de la enfermedad.

En definitiva, como se pone de relieve en la Tabla 2 existen una serie de patologías de alta prevalencia en la vejez que cuentan con factores protectores comportamentales al ser dependientes de estilos de vida o hábi-

tos saludables. No es el momento de abordar el amplio ámbito de la medicina comportamental o la psicología de la salud en sus aspectos promocionales o preventivos, lo más importante aquí es establecer cuáles serían las áreas sobre las que se debería actuar para promocionar la salud y prevenir la enfermedad y la discapacidad.

Las capacidades cognitivas, afectivas, de la personalidad y sociales

Pero, el envejecimiento óptimo no se reduce a la potenciación de la salud y, con ello, a la prevención de la discapacidad y la dependencia sino que existen otras condiciones físicas, cognitivas, emocionales y psicosociales que parecen formar parte intrínseca del envejecimiento satisfactorio.

Múltiples autores (Baltes y Baltes, 1990, Fries, 1989; Rowe y Khan, 1998, Ruíz Vargas, 2002; Schaie, 1990) han puesto de relieve el declive en algunos de los parámetros de las funciones cognitivas. Así, es bien sabido como declina la inteligencia fluida a partir de los 30 años de edad y cómo algunas de las funciones mnésicas se ven afectada por la edad. También algunos de estos autores han puesto de relieve cómo el declive que ocurre en el funcionamiento cognitivo puede verse compensado por el entrenamiento. Por ejemplo, Schaie y Willis (1986), a través de estudios longitudinales pusieron de relieve como el declive que ocurre en inteligencia fluida entre los 60 y los 80 años (estimado en un promedio de 0.5 DT) puede ser compensado si se realizan entrenamientos adecuados (estimada la mejora en un incremento promedio de 1 DT). Así también, en los últimos años se ha puesto de relieve que los déficits en memoria de trabajo y memoria episódica pueden ser tratados y que a través de programas de memoria bien establecidos puede lograrse compensar o paliar los déficits en el funcionamiento

¹ No podemos olvidar a Mira y López que, avanzándose a su tiempo, escribe su obra “Hacia una vejez joven”.

Tabla 2: Factores protectores comportamentales de las patologías más frecuentes en la vejez (Fries, 1989)

Enfermedad	Dieta	Ejercicio físico	Fumar	Beber en exceso	Obesidad	Control tensión arterial
Arteroesclerosis	X	X	X		X	X
Cáncer	X		X	X	X	
Efisema			X			
Diabetes	X	X			X	
Osteoartritis		X		X		
Problemas de espalda		X				

mnésico (Wilson y Evans, 2000; Floyd y Scogin, 1997). Así, pues en ausencia de patologías demenciales puede concluirse que el funcionamiento cognitivo puede potenciarse a lo largo de la vejez. Pero, además, también se ha puesto de relieve como existe un efecto del ajuste físico y, por tanto el continuado ejercicio físico aeróbico mejora el funcionamiento cerebral incluyendo la compensación de la pérdida de sustancia blanca y gris (Colcombe et al, 2003) y cómo el funcionamiento cognitivo está asimismo asociado a la capacidad vital (ver, por ejemplo, Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Rudinger, et al, en prensa).

Por otra parte, en los últimos años existen otros factores psicológicos (amén de los cognitivos), dentro del área afectiva y de la personalidad que parecen estar relacionadas con el envejecimiento óptimo. Así, por ejemplo, la mayor parte de la investigación avala la predicción realizada desde la teoría socio-cognitiva, a saber, que el control y la percepción del control (o auto-eficacia) esta en la base de esta forma de envejecer (Baltes y Baltes, 1990, Rowe y Khan, 1998) y así, también que los estilos de afrontamiento en el manejo del estrés o de la adversidad permiten prevenir condiciones psicopatológicas en la vejez (Lazarus, 1980, Klein y Bloom, 1997).

También, es bien conocido que los sentimientos de tristeza y los cuadros depresivos se incrementan en la vejez, sobre todo en situaciones de carencia familiar y, también es sabido, que la psicología comportamental ha desarrollado múltiples tratamientos para mejorar el estado de ánimo y prevenir la depresión y la tristeza (por ejemplo: Fernández-Ballesteros y López Bravo, 2002; Gallagher y Thompson, 1982; Lewinshon, 1974).

Finalmente, los distintos modelos de envejecimiento parecen ser coincidentes en que el envejecimiento positivo lleva asociada una intensa relación y competencia social que se expresa en la participación y productividad social (Baltes y Baltes, 1990; Rowe y Khan, 1989, OMS, 2002). También, parece suficientemente probado que a lo largo de la vejez suele producirse un cierto "desvinculación" ("disengagement") entre el individuo y su contexto social y que ello tiene consecuencias negativas tanto para el individuo como para la sociedad. Desde la psicología social y comunitaria y clínica y desde el modelo cognitivo social se ha puesto de relieve cuáles son las intervenciones que median y promueven en el individuo una más amplia red social y cómo lograr una mayor participación y compromiso social.

Como resumen de lo dicho hasta aquí, en la Tabla 3 aparecen las intervenciones para promocionar las condiciones psicológicas (cognitivas, afectivas y de la personalidad y sociales) presentes en el envejecimiento positivo. Por supuesto, las intervenciones psicológicas pueden actuar en más de un componente del envejecimiento positivo. Por ejemplo, ya hemos dicho como realizar actividad física regular no solo previene una serie de patologías físicas sino mejora el funcionamiento cognitivo, afectivo y social del individuo.

“VIVIR CON VITALIDAD-M®”

Con base en toda la evidencia empírica señalada, a lo largo de los últimos seis años, Fernández-Ballesteros ha ido elaborando un programa de promoción del envejecimiento positivo (activo, con éxito, competente, satisfactorio u óptimo) al que ha llamado “Vivir con Vitalidad”. Este programa que esta concebido para ser dictado, como curso, por expertos en los distintos temas tratados, ha sido dictado a través 7 ediciones consecutivas en la Universidad Autónoma de Madrid y, también, ha sido publicado como texto de auto-administración (Fernández-Ballesteros, 2002a).

En los últimos años Vivir con Vitalidad ha sido elaborado como un Programa multi-

media “Vital Ageing o Vivir con Vitalidad-M®” llevado a cabo bajo los auspicios del Programa Sócrates-Minerva de la Unión Europea con la colaboración del Consorcio entre NETTUNO (Italia), la Universidad Autónoma de Madrid, el Instituto de Gerontología de la Universidad de Heidelberg (Alemania) y la colaboración de la Open University (Reino Unido).

El curso consta de 50 horas y 22 temas dictados por profesores españoles, italianos y alemanes.

En la Tabla 4 se presentan los temas tratados y los profesores que han venido actuando en el curso.

Como puede apreciarse, los temas tratados abordan los cuatro grandes grupos de áreas mencionadas en la Figura 3.

Así, la *PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DE LA FORMA FÍSICA Y LA PREVENCIÓN DE LAS CAPACIDADES FÍSICAS* es abordado en los siguientes temas:

- Envejecer bien.
- Me cuido y disfruto.
- Nutrición y salud: Coma bien y vivirá más y mejor.
- Cuide su cuerpo.
- Ejercicio físico: el mejor remedio.

Tabla 3: Intervenciones para promocionar los componentes psicológicos del envejecimiento positivo

INTERVENCIONES	Ejercicio Físico	Entrenamiento cognitivo	Entrenamiento Memoria	Manejo del estrés	Manejo Control	Incremento Actividad	Habilidad social
Competencia intelectual	X	X	X	X		X	
HH Memoria	X	X	X				
Control			X	X	X	X	X
Estilos de Enfrentamiento					X	X	
Capacidad física	X						
Participación Social	X		X	X	X	X	X

Tabla 4: VIVIR CON VITALIDAD-M: Listado de temas tratados, profesores, país

LECCIÓN	HORAS	Temas	Profesor	País
1	2	Vivir con Vitalidad: Presentación	Prof. R. Fernández-Ballesteros	España
2	2	Envejecer bien	Prof. R. Fernández-Ballesteros	España
3	2	INTERNET: Un nuevo sistema de comunicación	Prof. P. Adarraga	España
4	2	Siéntase eficaz	Prof. R. Fernández-Ballesteros	España
5	2	Sea responsable de sí mismo	Prof. A. Kruse	Alemania
6	2	Me cuido y disfruto	Prof. E. G ^a Huete	España
7	3	Nutrición y salud: Coma bien y vivira más y mejor	Profs. P.A. Migliaccio y A. D'Ámicis	Italia
8	4	Ejercicio físico: el mejor remedio	Prof. R. Ortiz	España
9	2	El pensar positivo	Dra. M.D. Zamarrón	España
10	2	Cuide su cuerpo	Prof. A. Drusini	Italia
11	2	Actividades agradables y bienestar	Prof. R. Fernández-Ballesteros	España
12	2	Manejo del estrés y la ansiedad	Prof. E. G ^a Huete	España
13	2	Sea un experto de sus problemas	Prof. R. Kliegl	Alemania
14	3	Mejore su memoria: siempre hay tiempo	Prof. J.M. Ruiz Vargas	España
15	2	La edad creativa	Prof. M. Cesa-Bianchi	Italia
16	3	La sexualidad: más allá de la genitalidad	Dr. A. Martínez Calero	España
17	2	Cómo mejorar las relaciones con la familia y los amigos	Prof. A.S. Bombi	Italia
18	2	Los demás también me necesitan	Prof. G.V. Caprara	Italia
19	2	Entrene su mente: cómo prevenir el envejecimiento cerebral	Prof. A. Kruse	Alemania
20	2	La muerte también forma parte de la vida	Prof. P. Barreto	España
21	2	La sabiduría: la expresión de la vida y los años	Prof. U. Kunzmann	Alemania
22	2	Resumen, Conclusiones y Evaluación	Prof. R. Fernández-Ballesteros	España
	50			

La mejora del *OPTIMIZACIÓN Y COMPENSACIÓN² COGNITIVA*:

- Entrene su mente: cómo prevenir el envejecimiento cerebral.
- Mejore su memoria: siempre hay tiempo.
- Sea un experto en sus problemas.
- La edad creativa.
- La sabiduría: la expresión de la vida y los años.

El *DESARROLLO DE LA AFECTIVIDAD Y PERSONALIDAD* es tratado en las siguientes lecciones:

- Siéntase eficaz.
- El pensar positivo.
- Actividades agradables y bienestar.
- Manejo del estrés y la ansiedad.
- Sea responsable de sí mismo.
- La muerte también forma parte de la vida.

La *MAXIMIZACIÓN DE LA IMPLICACIÓN SOCIAL* es tratado en las siguientes lecciones:

- La sexualidad: más allá de la genitalidad.
- Cómo mejorar las relaciones con la familia y los amigos.
- Los demás también me necesitan.
- Internet: otra forma de comunicación.

Este programa tiene los objetivos siguientes:

Objetivo general

- Promover el bienestar y la calidad de vida en personas mayores de 60 años.

Objetivos específicos

- Transmitir conocimientos básicos sobre cómo envejecer activa y competentemente.
- Promover estilos de vida saludables.
- Entrenar en estrategias para optimizar competencias: cognitivas, afectivas y emocionales, motivacionales y sociales.
- Entrenar en estrategias para compensar algunos declives funcionales.
- Promover el desarrollo personal y la participación social a todo lo largo del ciclo de la vida.
- Promover la utilización de las nuevas tecnologías.

En resumen, con base en los planteamientos teóricos y empíricos del paradigma del envejecimiento con éxito, competente, óptimo o activo se ha elaborado este curso, paralelamente a "Vivir con Vitalidad" (Fernández-Ballesteros, 2002a), en video lecciones con un soporte informático que puede encontrarse en: www.uninettuno.it/Vitalagell/frameset.htm.

A continuación, se va a presentar su valoración experimental.

EVALUACIÓN DE "VIVIR CON VITALIDAD-M"

El programa "Vivir con Vitalidad-M" se orienta a distintos objetivos y, por tanto, existe una predicción general de que se producirán cambios en diversas manifestaciones conductuales en las personas mayores que sigan el curso. Con el objetivo de evaluar este programa se ha procedido a realizar un estudio valorativo del mismo. A continuación se presenta el método evaluativo utilizado así como los resultados hallados.

MÉTODO

Participantes

Los participantes fueron 88 personas mayores de 60 años, divididos en tres grupos:

- **Residencia (N = 13):** Trece personas voluntarias que viven en una residencia para mayores perteneciente a la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM). Dicha residencia representa adecuadamente a la población de personas mayores que viven en residencias públicas de la CAM. Los participantes se presentaron voluntariamente tras una Sesión Informativa sobre el programa.
- **Comunidad (N = 44):** Asistentes a un centro de día de la CAM. Este centro fue seleccionado por la misma comunidad debido a su heterogeneidad y representatividad con respecto al resto de centros de día de la CAM.
- **Grupo control (N = 31).** Compuesto por personas mayores que asistían al mismo Centro de Día y que participaban en otras actividades, pero que no pasaron por el programa.

En la Tabla 5 aparece la siguiente información: Edad (Media y desviación típica entre paréntesis) y el número de sujetos y porcentaje asociado por categoría de las siguientes variables: Sexo, Estado Civil (Soltero/a [1], Casado/a [2], Viudo/a [3] y Divorciado/a-Separado/a [4]) y Nivel de Estudios (No sabe leer ni escribir [1], No ha concluido estudios primarios [2], Graduado escolar [3], Bachillerato [4], Formación profesional [5], Universitarios [6]).

Variables

De los instrumentos de evaluación aplicados durante el programa, en el presente trabajo se expondrán los resultados de los cuestionarios utilizados durante la evaluación sumativa del programa.

- **CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES (18 ítems):** Incluye preguntas sobre la frecuencia de realización de diversas actividades como tareas domésticas, asistir a espectáculos, participar en juegos, etc. en el último mes. Se responde en una escala de cuatro opciones: Nada (1), Algo (2), Bastante (3) y Mucho (4). Los coeficientes de fiabilidad (alpha) obtenidos en las fases pre y post (.68 y .67, respectivamente) son satisfactorios. La puntuación directa obtenida es el sumatorio de todos los ítems dividido entre el número de ítems respondido. Dicha ponderación ha sido necesaria debido a las diferencias interpersonales en el número de ítems respondidos.
- **CUESTIONARIO DE OPINIONES (19 ítems).** Incluye preguntas sobre las opiniones personales en diversos temas como la salud, las actividades sociales, la muerte, etc. El formato de respuesta es también de cuatro opciones: Nada (1), Algo (2), Bastante (3) y Mucho (4). Los coeficientes de fiabilidad (alpha) son también muy satisfactorios (.79 y .77, para el pre y el post, respectivamente). La puntuación directa obtenida es el sumatorio de todos los ítems dividido entre el número de ítems respondido. Dicha ponderación ha sido necesaria debido a las diferencias interpersonales en el número de ítems respondidos.
- **EJERCICIO FÍSICO (1 ítem).** En el protocolo administrado se incluye una pregunta sobre el grado de ejercicio desarrollado. El formato de respuesta incluye cinco opciones que van desde la ausencia total de ejercicio (1), a la realización de ejercicio regular intenso más de tres días por semana (5). Esta variable no se ha considerado en el grupo de "Residencia" puesto que todos sus

Tabla 5: Número de personas y porcentajes asociados en los tres grupos comparados					
Variable	Categorías		GRUPOS		
			Residencia	Comunidad	Control
Edad	Medias		79,3 (7,6)	69,9 (6)	74,2 (6,8)
Sexo	Hombre	N	1	7	7
		%	7.7	16.3	22.6
	Mujer	N	12	36	24
		%	92.3	83.7	77.4
	Soltero/a	N	0	14	13
		%	0	32.6	43.3
	Casado/a	N	4	4	8
		%	33.3	9.3	26.7
Viudo/a	N	5	18	9	
	%	41.7	41.9	30.0	
Estado Civil	Divorciado/a- Separado/a	N	3	7	0
		%	25.0	16.3	0
	Ni sabe leer ni Escribir	N	0	0	1
		%	0	0	3.6
	Sin estudios primarios	N	7	7	6
		%	53.8	17.9	21.4
	Graduado Escolar	N	2	8	9
		%	15.4	20.5	32.1
Bachillerato	N	3	10	4	
	%	23.1	25.6	14.3	
Formación Profesional	N	1	7	0	
	%	7.7	17.9	0	
Universitario	N	0	7	8	
	%	0	17.9	28.6	
Nivel de Estudios		N	0	7	8
		%	0	17.9	28.6

miembros realizan las mismas actividades físicas organizadas por la propia residencia.

- ALIMENTACIÓN (9 ítems): La puntuación en alimentación tiene dos componentes: 1) Número de controles sobre su alimentación (Sales, azúcares y agua), con una escala de respuesta dicotómica: Controla (1), No controla (0), y 2) 6 preguntas sobre la calidad de la alimentación (número y composición de las comidas), con una escala de respuesta de 1 a 3. La puntuación total es la suma de los dos componentes anteriores. Puede presentar un valor mínimo de 6 y máximo de 21.
- SALUD. De este cuestionario se ha extraído la variable "Número de problemas de salud" a partir de 12 preguntas sobre problemas específicos de salud (Corazón, reuma, dolores de cabeza, etc.). Cada respuesta afirmativa suma un punto. La puntuación total es el sumatorio de los problemas de salud.
- RELACIONES SOCIALES. Esta escala refleja dos medidas: 1) Frecuencia de relaciones sociales (con familiares, amigos y vecinos): Menos de 1 vez al mes (1), Cada mes (2), Quincenalmente (3), Semanalmente (4), y Varias veces a la semana (5), y 2) Satisfacción expresada con esas relaciones: Nada (1), Algo (2), Bastante (3), Mucho (4), y Muchísimo (5). En ambos casos la puntuación es la suma directa de las respuestas.
- SATISFACCIÓN CON LA VIDA. Al igual que sucedía con el Ejercicio Físico, esta variable se compone de un ítem: "Teniendo en cuenta lo

bueno y lo malo de la vida, qué grado de satisfacción siente en la actualidad": Nada (1), Algo (2), Bastante (3), y Mucho (4).

Programa y Procedimiento

"Vivir con Vitalidad-M" se compone de 50 horas de vídeo-lecciones, distribuidas en 22 temas, la mayoría de las cuales se dispensan a lo largo de dos sesiones de 40 minutos cada una (ver Tabla 5), con un descanso de 15 minutos entre cada sesión. Por tanto, la aplicación de cada lección dura alrededor de 2 horas.

El programa multimedia lleva consigo la presentación del *material*, los *ejercicios o tests* propuestos en las lecciones y las *transparencias* utilizadas en las lecciones en Internet: (www.uninettuno.it/vitalagell/frameset.htm). Los alumnos cuentan con la posibilidad de establecer contacto con tutores a distancia (por teléfono o por correo electrónico).

En ambos grupos experimentales (Residencia y Comunidad), las lecciones fueron administradas por tutoras³ entrenadas que administraban los instrumentos de evaluación, conectaban el vídeo, el TV y cualquier equipo necesario para la ejecución del programa. Tenían la instrucción de no contestar a preguntas sobre las lecciones con el fin de replicar de la mejor manera posible el visionado de los vídeos en condiciones estándar de emisión por televisión.

Análisis estadísticos

Para cubrir los objetivos del presente estudio, se realizaron los siguientes análisis:

1) *Equivalencia de los grupos.* En un

³ Nuestro agradecimiento más sincero al trabajo efectuado por Marta Del Olmo, Gema Pérez Rojo y Carmen Yolanda Fernández Corbeira por su excelente trabajo en esta parte del programa.

paso inicial se comprobó la existencia de diferencias entre los grupos en variables sociodemográficas. Las pruebas estadísticas utilizadas varían en función de la naturaleza de las variables contrastadas:

- i.. **Sexo:** Tabla de contingencia.
- ii.. **Edad, Estado Civil y Nivel Educativo:** Anova de un factor seguido de comparaciones post-hoc por el método de Tukey. Debido a que las variables Estado Civil y Nivel Educativo pueden considerarse nominales u ordinales, una prueba no paramétrica es necesaria para confirmar los resultados del ANOVA. Al ser más de dos muestras independientes, la prueba elegida es la de Kruskal-Wallis.

2) Evaluación sumativa. Los análisis se realizaron separadamente para cada grupo puesto que el interés radica en observar el diferente patrón de resultados. Se compararon las medias obtenidas antes y después del programa en cada grupo a través de una prueba T de medidas repetidas. También se compararon las medias posttest de los dos grupos experimentales con el grupo "Control".

RESULTADOS

A) Equivalencia de los grupos

- 1) Sexo.** No se observan diferencias entre los grupos en los porcentajes de sexo. Los residuos tipificados corregidos son menores de 121. Hay que destacar el mayor número de mujeres en los tres grupos como ocurre en la población general de dicha edad.
- 2) Edad, Nivel educativo y Estado Civil.** Los resultados del ANOVA muestran diferencias significativas en edad ($F = 11.3$; $p = .000$) y Nivel educativo ($F = 5.48$; $p = 0.06$), pero no en

Estado Civil ($F = 3.06$; $p = 0.53$). No obstante, la prueba de Kruskal Wallis sí muestra diferencias significativas en estas dos últimas variables ($p = 0.008$ y $p = 0.45$, respectivamente). El grupo de "Residencia" tiene más años (una media de 79.3) que los otros dos grupos, una mayor tasa de viudo/as y divorciado/as-separado/as (y menor de soltero/as) entre sus miembros que el grupo "Control", y su nivel de estudios es menor que el informado por las personas incluidas en el grupo "Comunidad". Hay que resaltar que las diferencias esenciales debidas a la mayor edad en la Residencia se debe a las condiciones habituales de las Residencias (esencialmente públicas). Respecto a las comparaciones entre los grupos "Comunidad" y "Control" solo aparecen diferencias significativas en la variable edad, siendo las medias de 69.9 y 74.2 años, respectivamente.

3) Comparaciones Pre control-Pre experimental-Comunidad. Desde las comparaciones entre los grupos "Comunidad" y "Control" ($\alpha = 0.05$) no se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos antes del programa, excepto en la variable "Alimentación" a favor del grupo "Comunidad" que realiza más prácticas saludables que en el control. Emergen diferencias significativas en las variables "Satisfacción con la vida" y "Ejercicio Físico" entre el grupo Control y el grupo Comunidad antes del programa. Sin embargo, como veremos más adelante estas diferencias se invierten después del programa.

B) Diferencias pre-posttest

En la tabla 6 aparecen las medias tomadas en el pretest y el posttest por tipo de Cuestionario y Grupo, el número de sujetos, así como el nivel de significación de la

Tabla 6: Comparación medias pre-post por cuestionario y grupo						
Cuestionario	Grupo	Condición	N	Medias	Desviaciones Típicas	P^(*)
ACTIVIDADES	Residencia	Pre	10	2.26	.38	.048
		Post		2.53	.36	
	Comunidad	Pre	34	2.42	.43	.009
		Post		2.58	.41	
	Control	Pre	29	2.36	.48	.440
		Post		2.29	.35	
OPINIONES	Residencia	Pre	10	2.79	.51	.008
		Post		3.16	.48	
	Comunidad	Pre	33	2.90	.39	.001
		Post		3.05	.35	
	Control	Pre	29	2.87	.35	.147
		Post		2.79	.37	
EJERCICIO FÍSICO	Residencia	Pre	10	5.70	.95	1.00
		Post		5.70	.95	
	Comunidad	Pre	36	2.53	.81	.000
		Post		3.11	.95	
	Control	Pre	25	2.72	1.21	.295
		Post		3	1.19	
	Residencia	Pre	10	10.4	2.17	.662
		Post		10.8	2.04	
ALIMENTACIÓN	Comunidad	Pre	34	12.03	2.24	.040
		Post		12.82	2.60	
	Control	Pre	29	10.76	2.6	.861
		Post		10.83	2.45	

(*) Probabilidades inferiores a .05 reflejan cambios significativos entre las dos condiciones (pre y post).

Tabla 6: Comparación medias pre-post por cuestionario y grupo (continuación)

Cuestionario	Grupo	Condición	N	Medias	Desviaciones Típicas	p^(*)
PROBLEMAS DE SALUD	Residencia	Pre	10	3.6	1.78	.840
		Post		3.7	1.34	
	Comunidad	Pre	34	3.32	1.65	.242
		Post		3.53	1.73	
	Control	Pre	28	3.29	2.03	.836
		Post		3.36	1.68	
RELACIONES SOCIALES (FRECUENCIA)	Residencia	Pre	10	10.3	2.45	.594
		Post		9.6	4.09	
	Comunidad	Pre	29	9.69	3.13	.389
		Post		10.31	3.79	
	Control	Pre	26	10.62	3.70	.426
		Post		11.19	3.41	
RELACIONES SOCIALES (SATISFACCIÓN)	Residencia	Pre	10	9	2.79	.631
		Post		9.4	2.37	
	Comunidad	Pre	31	10.26	2.86	.307
		Post		9.77	2.58	
	Control	Pre	26	10.27	2.74	.950
		Post		10.23	2.18	
SATISFACCIÓN CON LA VIDA	Residencia	Pre	10	3	.67	.168
		Post		3.2	.63	
	Comunidad	Pre	31	2.9	.65	.005
		Post		3.19	.79	
	Control	Pre	27	3.15	.53	1.00
		Post		3.15	.72	

(*) Probabilidades inferiores a .05 reflejan cambios significativos entre las dos condiciones (pre y post).

comparación de medias (a partir de una Prueba T de medidas repetidas). Obsérvese que el número de sujetos es inferior al número de participantes en cada grupo, este hecho es debido a que solo se incluyeron aquellas personas que habían respondido a los cuestionarios en las fases pre y post.

En general, los resultados muestran claramente un efecto del programa sobre los indicadores conductuales evaluados. Cuando se comparan las *medidas pre-postest* en los grupos experimentales se observan cambios en las siguientes variables: 1) las Opiniones sobre sí mismos y el envejecimiento. En otras palabras, las personas que han pasado por el programa tienen significativamente una mejor visión del envejecimiento, se consideran más eficaces para encarar la vejez y presentan opiniones en torno a sí mismas acordes con lo enseñado. 2) Así mismo, presentan mayor frecuencia en las Actividades culturales, intelectuales, afectivas y sociales que antes de comenzar el curso. 3) El grupo de la Comunidad, realiza significativamente más ejercicio físico, sin embargo, el grupo de la Residencia no modifica esta variable lo que parece coherente con el régimen de internado que tienen. 4) El grupo de la Comunidad mejora significativamente su alimentación y no así el grupo de Residencia, seguramente por el escaso control que estos tienen en un régimen residencial. 5) El grupo de la Comunidad muestra también una mejora en su Satisfacción con la vida. 6) No se han encontrado diferencias significativas en ninguno de los dos grupos experimentales en la Salud ni en las Relaciones Sociales (ni en la frecuencia ni en la satisfacción).

Con el objetivo de resaltar las diferencias entre los grupos experimentales y la muestra de "Control" en el nivel postest de las variables recogidas, es necesario realizar comparaciones post-test entre los grupos, para ello se realizó un ANOVA de un factor con tres niveles (Correspondientes a los tres grupos analizados) y una variable dependiente (comparaciones post-hoc realizadas

por el método de Tukey). En el cuestionario de actividades, se observan diferencias significativas entre el grupo "Comunidad" y "Control" ($p = 0.01$), mientras que en el cuestionario de Opiniones el grupo "Control" alcanza medias inferiores a los grupos de "Residencia" ($p = 0.023$) y "Comunidad" ($p = 0.02$). También se observan diferencias entre el grupo "Comunidad" y el "Control" en la variable "Alimentación", a favor del primero ($p = 0.006$). Aunque las diferencias en esta tercera variable ya eran significativas en la fase pre, el programa ha tenido el efecto de incrementar dichas diferencias, como resaltan los cambios pre-post significativos para el grupo "Comunidad". Cuando se controla el efecto de la edad, las diferencias entre los grupos "Comunidad" y "Control" continúan siendo significativas en las tres variables. El grupo de la Comunidad muestra también diferencias significativas en su Satisfacción con la vida. En el resto de las variables recogidas durante la evaluación sumativa, no aparece ninguna diferencia entre los tres grupos. No hay ningún cambio significativo en el grupo "Control" en ninguna variable.

Este patrón de resultados puede deberse a dos razones: 1) Diferencias entre los grupos en la fase pre, y 2) Un sesgo de respuesta en los cuestionarios post. La casi total ausencia de diferencias significativas con respecto al grupo "Control" en la fase pre descartaría la primera hipótesis. Respecto a la segunda, dos razones nos llevan a rechazarla, a) las altas fiabilidades de los cuestionarios de actividades y opiniones en la fase post, y b) Teniendo en cuenta que el programa no ha incluido cuidados médicos explícitos y que su duración ha sido relativamente corta, no era esperable encontrar una mejora sustancial de los problemas de salud, como así ocurre en los programas de promoción de la salud. Tampoco era plausible pensar que se hubiesen incrementado los contactos sociales de forma sustancial. Esto puede ser debido a que una gran mayoría de los alumnos ya partían de unos hábitos de salud adecuados (efecto techo),

por lo que los cambios, a corto plazo, no se observan justo al finalizar el curso.

En resumen, el programa Vivir con Vitalidad multimedia ha logrado mejorar una serie de opiniones sobre sí mismo y el envejecimiento, ha incrementando la frecuencia de actividades en el sentido esperado, ha mejorado la alimentación y el ejercicio físico y la satisfacción con la vida, en el grupo de la Comunidad. El grupo de Residencia, cuyo número es inferior y su edad más elevada, estos cambios se han visto matizados.

CONCLUSIONES

El programa "Vivir con Vitalidad-M" produce cambios conductuales en las personas mayores en el sentido esperado. Esencialmente el programa logra un aumento en la frecuencia de actividades culturales, intelectuales y sociales de los participantes, y en la propia valoración como una persona capaz de envejecer bien, así como en la calidad y el control de su alimentación. Este último dato es más relevante, puesto que indica un impacto sobre conductas (aunque se recojan en formato de autoinforme) directamente relacionadas con la promoción de la salud, uno de los objetivos fundamentales de los programas de envejecimiento óptimo.

Estos cambios se producen tanto en el grupo que vive en la Comunidad como en personas que habitan en Residencias públicas.

Las mejoras observadas en el grupo "Residencia" son más llamativas si tenemos en cuenta su mayor edad media y el menor control que tienen dichas personas al encontrarse en un ambiente institucionalizado, altamente reglado. Desde ambos puntos de vista es lógico que su mayor ganancia se produzca en el cuestionario de Opiniones, puesto que su capacidad para incrementar el número y frecuencia de actividades se reduce por ambos motivos.

Los objetivos del programa son mejorar una serie de áreas relacionadas con el envejecimiento óptimo. El programa logra cambios a nivel general, pero se puede plantear si esos cambios se circunscriben a una determinada área de actuación, o si se incide sobre los cuatro ámbitos de actuación del envejecimiento óptimo. Según las mejoras observadas en el porcentaje de personas que responden a determinados ítems en las categorías esperadas, podemos comprobar que el programa tendría un efecto sobre las cuatro áreas de intervención esenciales para un envejecimiento óptimo. Así, el aumento de las actividades supondría una mejora en la promoción de la salud (v.g. más de un 15% de los participantes expresan cambios sustanciales en su frecuencia de paseos, y alrededor de un 20% cuida de sí mismo bastante más que antes de pasar por el programa), optimización y compensación cognitiva (v.g. un 15% de la muestra se percibe así mismo como más capaz de resolver problemas, y más de un 20% ya no asocia irremediamente vejez con fallos generales en la memoria), desarrollo afectivo y de la personalidad (v.g. más de un 15% de las personas que pasaron por el programa han reducido su miedo a la muerte y la angustia que su proximidad le ocasionaba) y, finalmente, maximización de la implicación social (alrededor de un 15% de los participantes han dedicado más tiempo a cuidar de los demás, y ahora ve las relaciones sexuales de una forma más global, no centrándose exclusivamente en la genitalidad).

Además, un indicador de una mejora en los cuatro ámbitos sería la predisposición y realización de gestiones por parte de las personas mayores, pues bien, más de un 20% en el grupo "Comunidad" ha pasado de no hacer "Nada" o "Algo" a realizar "Bastantes" o "Muchas" gestiones durante la realización del programa (11% en el grupo de "Residencia"). Este aumento podría ser debido a una exigencia por parte del centro de día o el periodo durante el cual se aplicó el programa, no obstante, en el grupo "Con-

trol" no solo no ha aumentado este porcentaje sino que se ha reducido en un 2%.

Se aprecian también cambios significativos por lo que se refiere a los estilos de vida en el grupo de la Comunidad. En otras palabras, se incrementa significativamente el ejercicio físico y la alimentación variada. Ello no ocurre en el grupo que habita en la Residencia.

El programa parece haber incrementado también significativamente la satisfacción

con la vida de los participantes que habitan en la Comunidad. Ello no ocurrió en los sujetos que habitaban en la Residencia. Como explicación post-hoc podemos aducir que las personas en Residencias tienen mucho menos control que las personas que viven en la comunidad sobre el medio y que, también, en nuestro caso y siguiendo las pautas en España, son mucho mayores que las que habitan en la comunidad. Ambas razones parece poder justificar un menor impacto del programa en estas personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1986). *The Psychology of Control and Aging*. LEA. Hillsdale, New Jersey. London.
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). *Successful Aging*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. y Schaie, K. W. (1976). On the plasticity of intelligence in adulthood and old age: Where Horn and Donaldson fail. *American Psychologist*, 31, 770-725.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Colcombe, S. J; Erickson, K. I; Raz, N; Webb, A. G; Cohen, N. J; McAuley, E y Kramer, A. F. (2003). Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *Journal of Gerontology*, Vol. 58 (2), 176-80
- Diez-Nicolás, J y Fernández-Ballesteros, R. (2002). El envejecimiento de la Población Española. En R. Fernández-Ballesteros, y Diez Nicolás, J. (Dir.), *Libro Blanco Sobre la Enfermedad de Alzheimer y trastornos afines*. Madrid: Caja Madrid: Obra Social.
- Eurostat (2001). *Labour Force Survey Principal results 2000. Statistics in focus, Population and Social Conditions*, Theme 3-10/2001.
- Fernández-Ballesteros, R. (1986). Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia y a la sociedad. En M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesi (dirs), *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez, y senectud*. Madrid, Alianza.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos*. En Ponencias en las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención. AMG, Barcelona.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2002a): *Vivir con Vitalidad*. (5 Volúmenes) Madrid, Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002b). Envejecimiento satisfactorio. En Martínez Lage (Dir), *Corazón y cerebro, ecuación crucial de envejecimiento*. Madrid: Pfizer.

- Fernández-Ballesteros, R. y López Bravo, M. (2002). Ocio y tiempo libre. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Vivir con Vitalidad*. Vol. 4. Madrid. Piramide.
- Floyd, M. y Scogin, F. (1997). Effects of memory training on the subjective memory functioning and mental health of older adults: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 12, 150-61.
- Fries, J. F. (1989). Aging natural death and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303, 130-135.
- Gallagher, D. y Thompson, L. W. (1982). Cognitive therapy for depression in the elderly: A promising model for treatment and research. En L. Breslov y M. Hong (Eds.), *Depression in the Elderly*. New York: Springer Publishing Co.
- García-Huete, E. (2002). Controle su vida: Me cuido y disfruto. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Vivir con Vitalidad*. Vol. 1. Madrid. Piramide.
- Gould, R. L. (1977). *Ontogeny and Phylogeny*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Heckhausen, J. y Schulz, R. (1993). Optimization by Selection and Compensation: Balances primary and secondary control in life-span development. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 287-303.
- Klein, C. W y Bloom, M. (1997). *Successful Aging: Strategies for Healthy Living*. New York: Plenum Press.
- Lazarus, R. S. (1980). The stress and coping paradigm. In A. Bond y J. C. Rosen (Eds.), *Primary prevention of psychopathology*. Vol. 4. *Coping and competence during adulthood* (pp. 28-74). Hanover, NH: University Press of New England.
- Lehr, U. (1989). *A Challenge for Psychology and Psychologists*. 1 st European Congress of Psychology. Amsterdam.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. M. Friedman y M. M. Katz (Eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary theory and research*. Washington, D. C.: Winston Willey.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Active Ageing*. Ginebra: WHO.
- Riley, M.W; Khan, R. y Foner, A. (1994). *Age and Structural Lag: Society's Failure to Provide Meaningful Opportunities in work, Family and Leisure*. New York, NY: Jhon Wiley y Sons.
- Rowe, J. W. y Khan, R. L. (1987). Human Aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J. W. y Khan, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Rowe, J. W. y Khan, R. L. (1998) *Successful Ageing*, USA: Pantheon Books.
- Ruiz-Vargas, J. M. (2002). Mejore su memoria: siempre hay tiempo. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Vivir con Vitalidad*. Vol. 3. Madrid. Piramide.
- Schaie, K.W. (1990). Intellectual Development in Adulthood. En J. E. Birren y K. W.Schaie (Eds.), *The handbook of psychology of aging*. New York: Academic Press.
- Schaie, K.W. (1996). Generational differences. En J.E. Birren (ed.) *Encyclopedia of Gerontology. Age, aging, and the aged*. San Diego: Academic Press.
- Schaie, K. W., y Willis, S. L. (1986). Can decline in adult intellectual functioning be reversed? *Developmental Psychology*, 22, 223-232.
- Schroots, J. J. F. (1993) (Ed.). *Aging, health and competence*. Amsterdam: Elsevier.
- Schroots, J. J. F. (1995). Psychological models of aging. *Canadian Journal on Aging*, 14, 44-67.
- Schroots, J. J. F., Fernández-Ballesteros, R. y Rudinger, G. (1999). Aging in Europe: Perspectives and Prospects. En J. F. Schroots, R. Fernández-Ballesteros y G. Rudinger (Eds), *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS Press.
- Wilson, B. A. y Evans, J. J. (2000). Practical management of memory problems; In: Berrios, German E. (Ed); Hodges, John R. (Ed); *Memory disorders in psychiatric practice*. pp. 291-310.
- World health report (1998). *Life in the 21st century, a vision for all report of the Director-General*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1996). *The Heidelberg Guidelines for Promoting Physical Activity Among Older Persons*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2000). *The World health report 2000*. Genova: WHO.
- World Health Organization (2002). *WHO Regional Publications. European series*. N.97.