

**LA INNOVACIÓN DEL PROYECTO GERONTOLÓGICO DESDE LA
EDUCACIÓN SOCIAL: EFECTOS SOBRE BIENESTAR PSICOLÓGICO Y
SUBJETIVO DE PERSONAS ESPAÑOLAS INSTITUCIONALIZADAS**

**THE INNOVATION OF THE GERONTOLOGICAL PROJECT FROM SOCIAL
EDUCATION: EFFECTS ON PSYCHOLOGICAL AND SUBJECTIVE WELL
BEING OF INSTITUTIONALIZED SPANISH PEOPLE**

Laura Rubio Rubio¹; Cristina Buedo-Guirado²

RESUMEN

El objetivo del trabajo fue analizar el efecto sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital de personas mayores institucionalizadas participantes en un proyecto de intervención innovador generado desde la perspectiva de la educación social. Se seleccionó a 50 personas mayores institucionalizadas con capacidades psicomotoras adecuadas para ejecutar el estudio exploratorio y se empleó un diseño cuasiexperimental pretest-postest con grupo control y experimental. Para evaluar el bienestar psicológico se empleó la Escala de bienestar psicológico de Ryff, y la satisfacción vital mediante la Escala de satisfacción con la vida de Diener. El grupo control se mantuvo en las actividades residenciales estimulación cognitiva y gimnasia-mientras que el experimental realizó la intervención innovadora con actividades de envejecimiento activo y empoderamiento. Tras la intervención, los participantes del grupo experimental mostraron mejoras en los valores medios de bienestar y satisfacción vital percibidos, mientras que el grupo control no vio modificadas sus puntuaciones. Los resultados muestran beneficios de una innovación interventiva y de la inclusión del educador social en las residencias gerontológicas.

PALABRAS CLAVE: gerontología, educación social, envejecimiento activo.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyse the impact of an innovative project of intervention from the perspective of social education, on the psychological well-being and the vital satisfaction on institutionalized elderly. We selected 50 institutionalized elderly people with adequate psychomotor skills to carry out the exploratory study. The quantitative methodology was used, using the surveys developed by Ryff (Díaz et al., 2006) and Diener (Atienza et al., 2000) for their perceived well-being and satisfaction, divided into two groups of action for three months. Control group was maintained in the residential activities: cognitive stimulation and gymnastics. Experimental group performed the innovative intervention with activities of active aging and empowerment. The comparative results of the pre-post intervention study showed improvements in the average values of well-being and satisfaction perceived. The results show the benefits of interventional innovation and the inclusion of the social educator in the gerontological residences.

KEY WORDS: gerontology, social education and active aging.

¹Biología y Psicología, Doctora en Gerontología Social. Docente en el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Granada, España. E-mail: lrubio@ugr.es

²Magíster en Gerontología, Dependencia y protección de los mayores por la Universidad de Granada, España. E-mail: cbuedog@gmail.com



Introducción

Los centros geriátricos fueron creados a finales del siglo XIX como respuesta a una población cada vez más envejecida y carente de recursos, con el fin de paliar las consecuencias de una industrialización que sustituyó la experiencia de las personas mayores por la fuerza de una mano de obra juvenil (Throw, 1976). En esta época, la perspectiva de intervención atribuida a los centros era meramente asistencial, donde el envejecimiento saludable era el resultado de un buen funcionamiento orgánico. En el siglo XX fue sustituida por un tratamiento integral, gracias a la difusión de las investigaciones gerontológicas que buscaban conocer qué relación se daba entre el organismo biológico y el estado emocional y social (Bandura, 1986), con el objetivo de lograr un envejecimiento exitoso.

Esta corriente quedó materializada en los años 90 en España, gracias al I Convenio Nacional de Residencias de la Tercera Edad, publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE 128, 1997, p. 23376-23378), momento en el que la atención gerontológica agrupaba la asistencia básica, la atención sanitaria y la intervención psicosocial; por ende, la apertura funcional y profesional dentro de los centros geriátricos españoles resulta ser una revolución cuyo principal fin es erradicar las necesidades surgidas de las personas mayores institucionalizadas, a través de la multidisciplinariedad para mejorar los procesos de envejecimiento tanto dentro, como fuera de los complejos (Bowling, 2007).

Posteriormente, ante las demandas y necesidades de los “nuevos mayores”, se incluyó al técnico en animación sociocultural, profesional que se convirtió en la figura encargada de intervenir en actividades culturales, sociales, educativas y recreativas desde el ámbito educativo en la atención gerontológica (BOE 181, 2003, p. 29640).

Finalizados los 90 en España, los estudios realizados sobre el proceso de envejecimiento han enfocado sus investigaciones en hallar definiciones empíricas,

modelos teóricos y predictores más complejos del logro de un envejecimiento activo y saludable (Fernández-Ballesteros, 2009), así como la interrelación de las dimensiones biopsicosociales.

El envejecimiento activo se define como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002): para lograrlo, las personas mayores deben reconocer sus principios y derechos, lo cual les permite vivir con independencia y plena participación en todas las esferas de su vida (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2012) a través de un estado de bienestar físico, psíquico y social (OMS, 2002). Además de la autonomía, independencia y de la participación, posteriormente se añadió el aprendizaje a lo largo de la vida como el cuarto componente del envejecimiento activo (OMS, 2015), de modo que se constituyó en plan integral sustentado en cuatro pilares: la salud, la participación, el aprendizaje y la seguridad.

Tras la inclusión de este nuevo paradigma de envejecimiento, los proyectos de intervención gerontológicos se vieron afectados, ya que trataron de incorporar estrategias que mejoraran los procesos de envejecimiento social y psicológico (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, y Maciá. 1996). Desde esta perspectiva, se incentivó programas orientados a preservar la autonomía e independencia de las personas mayores el mayor tiempo posible, de modo que se fomentara un envejecimiento saludable en el que los destinatarios forman parte activa y consciente de su proceso, protagonistas y creadores de su propio proceso de envejecimiento, a través de un mapa de actividades cuyo eje sea la individualización.

En relación con lo anterior, se ha observado que las relaciones positivas, el sentido del humor, el disfrute de la vida y la aceptación ante los cambios son los criterios

esenciales del bienestar y del envejecimiento exitoso (Ryff, 1989) y que se relacionan con la salud de las personas mayores (Steptoe, Deaton, y Stone, 2015), sin dejar de lado que es un promotor del bienestar percibido y determinante para la prevalencia de una menor discapacidad y morbilidad (Seeman, Kaplan, Knudsen, Cohen, y Guralnik, 1987; Woo, Leung, y Zhang, 2016).

Además de las mencionadas, hay otras estrategias como la participación social y el empoderamiento (Pérez, Rubio-Herrera y Padilla, 2015), dos de los pilares fundamentales para el sostén de la calidad de vida de las personas mayores, gestados a través de proyectos ambiciosos e innovadores, que buscan el mayor efecto sobre el bienestar integral de las personas mayores, y que se enfrentan a la dura tarea de adaptarse a las nuevas e idiosincráticas necesidades de las personas mayores, cuyo origen radica en los cambios sociales que modificaron el perfil de la persona mayor española en la actualidad. La población con edades superiores a los 80 años ha pasado de ser en el año 1981 de 725,141 personas, a estimarse en unas 6,373,947 para el año 2051 (Causapié, Balbontín, Porras y Mateo, 2011; IMSERSO, 2012). Paralelamente, se han modificado otros factores relativos a la socialización de las personas mayores: un 43.7% ha utilizado el ordenador y un 85.3% ha usado el teléfono móvil en los últimos tres meses (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2017), además de que un 53% han realizado actividades de envejecimiento activo. Asimismo, respecto a su percepción, participación e inquietudes, el 87% desea mantener su autonomía y el 43% quiere participar activamente en la sociedad (IMSERSO, 2009, p.139).

Tales cifras evidencian las necesidades especiales de los programas de envejecimiento activo tras la presente revolución social como forma de mantener la autonomía y calidad de vida de las personas mayores, preservando sus derechos fundamentales, su contribución y participación en sociedad. No obstante, para un amplio

sector de la población mayor -las personas institucionalizadas- es difícil acceder a los programas que se llevan a cabo desde los servicios sociales, políticos y de salud, ya que es poco frecuente que los centros residenciales ofrezcan oportunidades de envejecimiento activo y participación en la sociedad a las personas que allí residen, motivo por el que, en la actualidad, el 95% de las personas mayores prefiere residir en sus domicilios, mientras puedan valerse por sí (Osorio y Salinas, 2016), ya que la pérdida de autonomía, de identidad, de participación y de calidad de vida son los mayores temores ante la institucionalización.

A lo anterior, debe sumarse la ausencia de innovación en la asistencia geriátrica, la cual radica en el estancamiento profesional presente en los centros, problemática social que debe tratarse y que la educación social puede mitigar.

En cuanto a la educación social, es definida como la profesión encargada de la promoción cultural y social que posibilita la apertura a nuevas posibilidades para la adquisición de bienes culturales que amplíen las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social (Senra-Varela, 2011), con el objetivo de desarrollar acciones sociales que permitan la creación de redes entre servicios que atienden a personas, para el desempeño de la acción socioeducativa (Soriano y Moreno, 2015). Entre sus funciones, destacan las siguientes competencias que concuerdan en beneficio de la intervención gerontológica actual en los complejos (Asociación estatal de educación social [ASEDES], 2007): la capacidad para particularizar las formas de transmisión cultural a la singularidad de los sujetos de la educación; la pericia para identificar los diversos lugares que generan y posibilitan un desarrollo de la sociabilidad, la circulación social y la promoción social y cultural; pericia para discriminar las posibles respuestas educativas a necesidades, diferenciándolas de otros tipos de respuestas posibles (asistenciales, sanitarias, terapéuticas, etc.); y la capacidad para formalizar los documentos básicos que regulan la

acción socioeducativa: proyecto socioeducativo del centro, reglamento de régimen interno, plan de trabajo, proyecto educativo individualizado y otros informes socioeducativos.

Todas estas competencias son transformadas en un proyecto de intervención gerontológico novedoso, desde la perspectiva de la educación social, a través de actividades dirigidas a mejorar la apertura y la participación social, tales como taller de ocio, festeja la vida, taller de prensa y volunterapia (utilizan el juego, la cultura, los debates y el voluntariado de asociaciones exteriores, como herramienta para la creación de nuevas redes sociales). Aquellas que utilizan recursos materiales a su alcance para la promoción de la autonomía son naturterapia y mediateca (crean huertos urbanos, rutas de senderismo y relaciones a través de las nuevas tecnologías para la mejora del autoconcepto individual). Por último, se encuentran las actividades dirigidas a prolongar las capacidades físicas y cognitivas de forma innovadora, denominadas estimulación cognitiva por ordenador y Montessori y los juegos de psicomotricidad desarrollados en talleres intergeneracionales.

Teniendo en cuenta lo anterior, el objetivo del trabajo es analizar el efecto sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital de personas mayores institucionalizadas de un proyecto de intervención desde la perspectiva de la educación social.

Metodología

Participantes

La muestra de esta investigación incluyó 50 personas con edades comprendidas entre los 60 y los 98 años, con una media de edad de 85.90 años (DT=8.25). Por las características del estudio, se utilizó un muestreo por itinerario no probabilístico en el que los participantes han sido seleccionados atendiendo a dos criterios de inclusión inicialmente establecidos: encontrarse capacitados físicamente para la ejecución de las

actividades y mantener las capacidades cognitivas para poder responder a los instrumentos utilizados. Todos los participantes se encontraban institucionalizados en una residencia situada en la provincia de Madrid, España. La media del tiempo desde su entrada al complejo hasta el momento de realizar el proyecto era de 1.48 años (DT=1.43). Respecto de su género, el 72% de la muestra era femenino y el 28%, masculino.

En general, ninguno había realizado actividades o programas de envejecimiento activo con anterioridad a su entrada en la institución. En cuanto a su autonomía, el 54% se encontraba en un grado tres de dependencia, limitando su desarrollo en todas las AVD. En los grados menos severos de la incapacidad funcional, se encuentra el 28% en grado 1, y el 14% en grado 2; lo menos frecuente fue la ausencia de dependencia en esta muestra (4%).

Para realizar el proyecto se empleó un diseño cuasiexperimental pretest-postest, cuya muestra fue dividida en dos grupos: un grupo control compuesto por 25 personas que no participaron en las actividades del proyecto, pero continuaron con el programa general del complejo con gerontogimnasia y estimulación cognitiva a través de la realización de fichas y coloquios; y un grupo experimental con los 25 participantes restantes que participaron en las actividades del programa durante el desarrollo de este. No se observó diferencias significativas entre las características sociodemográficas (edad, dependencia y años de institucionalización) de ambos grupos tras su división.

Instrumentos

Bienestar psicológico. Para conocer el bienestar percibido por cada uno de los participantes de la muestra se utilizó la Escala de bienestar psicológico de Ryff (1989) en su adaptación española realizada por Díaz et al. (2006). Este instrumento aporta información en torno a seis factores: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida. Para su

cumplimentación, se debe completar 29 afirmaciones (Díaz et al. 2006) con un formato de respuesta que oscila del 1 (completamente en desacuerdo) al 6 (totalmente de acuerdo). La consistencia interna en el estudio de validación al castellano mostró valores adecuados que oscilaron entre .70 y .84 de alfa de Cronbach (Díaz et al. 2006) que, en este trabajo, correspondieron a .64 y .86, valores adecuados según la literatura científica (Huh, Delorme y Reid, 2006). Su uso con personas mayores ha sido ratificado a través de numerosas investigaciones que demuestran su validez (Tomás, Meléndez y Navarro, 2008; Dumitrache, 2014).

Satisfacción vital. Para conocer la satisfacción percibida por los residentes se seleccionó la escala de Satisfacción vital de Diener, Suh, Lucas, y Smith (1999) en su adaptación al castellano por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000). El cuestionario presenta un total de cinco ítems, cuya respuesta oscila entre 1 (completamente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo), una escala atractiva, debido a su brevedad, para evitar posibles fatigas y respuestas aleatorias en personas mayores encuestadas. Las propiedades psicométricas obtenidas en la adaptación al castellano son adecuadas, con un valor de alfa de Cronbach superior a 0.70. En el presente estudio la fiabilidad fue de .88.

Características de la muestra. Se añadió cinco ítems para conocer variables sociodemográficas como edad, sexo, participación previa en programas de envejecimiento activo, grado de dependencia y años en la institución.

Procedimiento

Tras establecer contacto con el centro geriátrico y obtener su autorización, se estableció contacto directo con las personas mayores del centro que participaron en este estudio, seleccionados mediante un muestreo por itinerario no probabilístico ya que, por motivos de la investigación, debían cumplir dos requisitos: poder contestar a la encuesta

de bienestar y satisfacción percibidos y poder participar en el proyecto de actividades.

Para la recogida de datos, se acató las normas éticas de la Asociación Americana de Psicología (APA), siguiendo una pauta iniciada por la explicación en torno al objetivo y confidencialidad del estudio, y la duración estimada de la entrevista. Posteriormente, se informó sobre su carácter voluntario y de su derecho a finalizar la entrevista o su participación. Finalizado este acuerdo inicial, los participantes debían firmar su consentimiento informado. Para comenzar la entrevista de forma individual en el centro, administrada por la investigadora, quien leyó en voz alta los ítems a cada participante individualmente y registró las respuestas.

Tras finalizar la primera recogida de datos, se procedió a aplicar el proyecto de actividades basado en la perspectiva de la educación social. Para ello, la muestra fue subdividida en un grupo experimental (n=25) que realiza las actividades del programa y uno de control (n=25), que no participó en estas. El grupo experimental participó en el programa de envejecimiento activo durante un periodo de tres meses, con sesiones de lunes a viernes de 8 horas cada día. Durante esos meses, se aplicó diez talleres de actividades con la finalidad de promover la salud, el bienestar y la participación social de las personas promover su aprendizaje y empoderamiento. Las actividades y talleres se describen a continuación:

Taller de ocio. Mediante este, se busca la socialización y el disfrute a través de juegos de mesa populares, bingo y lectura compartida. Se impartía dos veces por semana, con una duración de hora y media, su fin es incrementar la autoaceptación y la satisfacción vital.

Taller de naturterapia. Su herramienta de trabajo es el contacto con la naturaleza al crear huertos urbanos y rutas de senderismo para mejorar la condición física y social.

Taller de prensa y calidad. Constituye el foro y debate para la promoción de la

participación social y la apertura a la comunidad.

Estimulación cognitiva. Se realizaba de forma diaria en sesiones de 3 horas, con 3 actividades por sesión: sesiones con ordenador (programa Grador y Neuron UP), musicoterapia y sala de estimulación multisensorial, con diversos elementos y canciones que evocan el recuerdo y la conexión con el exterior. Por último, se usa el método Montessori, con elementos de trabajo cotidianos como doblar una camiseta o preparar una mochila para un viaje. Todas estas acciones buscaban mantener las funciones y autonomía cognitivas el mayor tiempo posible.

Taller de volunterapia. La finalidad de esta actividad fue incrementar el autoconcepto, la participación social, el deseo de autorrealización, la promoción de la apertura del complejo a la comunidad circunscrita; y un incremento del sentimiento de propósito en la vida. Estas sesiones se realizaban 4 días por semana con una duración de una hora por sesión. Sus acciones iban desde la relación intergeneracional con asociaciones juveniles de voluntariado, hasta labores internas de ayuda mutua.

Psicomotricidad y relajación de Jacobson. Su objetivo era mejorar el estado físico de las personas mayores, a través de terapias como la relajación progresiva, y de juegos populares que mejoren su estado anímico de forma paralela. Se practicaba tres veces a la semana con una hora y media de duración.

Mediateca (uso de las nuevas tecnologías y videollamadas). Se introdujo distintas TIC para la mejora anímica y relacional de las personas mayores del centro, llevadas a cabo una vez a la semana, en sesiones de hora y media.

Festeja la vida. Esta actividad se realizaba un único día por semana durante hora y media. Su objetivo era promover la apertura social, el mantenimiento de la identidad de los participantes y la creación de nuevos vínculos sociales, para lo cual se celebraron fiestas populares o cumpleaños.

Durante los tres meses que duró el programa el grupo control desarrolló las actividades habituales del propio centro, tales como gimnasia y estimulación cognitiva grupal mediante actividades y ejercicios de memoria, cálculo, atención, entre otros, que se realizaban con una pizarra y mediante fichas escritas y con una duración de 40 horas semanales.

Una vez finalizadas las actividades, se aplicó nuevamente los instrumentos utilizados en la evaluación inicial para evaluar el bienestar psicológico y subjetivo de los participantes tanto del grupo control como del grupo experimental.

Análisis de datos

Para los distintos análisis estadísticos de datos se utilizó el programa SPSS 20 (Verma, 2013). Para la descripción general de la muestra en sus variables de bienestar psicológico y satisfacción vital, se empleó análisis descriptivo del que se obtuvo las medias y las desviaciones típicas de las dimensiones de bienestar y satisfacción percibidos. Con objeto de constatar que no existían diferencias previas de los grupos control y experimental en las variables analizadas, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Una vez finalizada la intervención, para determinar su efecto, se elaboró análisis comparativos de las medidas pretest y posttest en cada uno de los grupos de participantes establecidos (grupo control o experimental) mediante la prueba con suma de rangos de Wilcoxon.

Para calcular el tamaño del efecto se empleó la r de Rosenthal, cuyas puntuaciones se interpretó siguiendo las recomendaciones de Cohen (1988), las cuales indican un efecto pequeño para valores de hasta .3, un efecto intermedio de .3 a .5 y un efecto fuerte o grande por encima de .5.

Resultados

No se observó diferencias significativas en ninguna de las variables del estudio (escalas de bienestar psicológico y satisfacción vital) según el género ni en las medidas pretest ni en las postest, por lo que se descarta una posible influencia del género en los resultados de la intervención. Tampoco se observó correlaciones significativas con la edad.

Tras descartar estas influencias, en primer lugar, se realizó un análisis comparativo entre los grupos control y experimental para determinar que no existían diferencias previas a la intervención en las variables estudiadas (bienestar psicológico y satisfacción vital). Los resultados, como indica la tabla 1, muestran que no existían diferencias entre ambos grupos antes de aplicar el proyecto de intervención.

Tabla 1

Comparación de los grupos experimental y control respecto de las variables estudiadas en la medición pretest

	G. Experimental M (DT)	G. Control M (DT)	Z	p	r
Autoaceptación	10.68 (5.05)	12.68 (4.28)	-1.53	.126	.21
Relaciones personales	14.76 (6.45)	17.20 (5.96)	-1.37	.170	.19
Autonomía	17.16 (7.07)	16.76 (6.77)	-.09	.930	.01
Dominio del entorno	14.64 (4.15)	16.92 (5.25)	-1.71	.087	.24
Crecimiento personal	11.04 (4.01)	11.76 (3.38)	-.78	.432	.11
Propósito en la vida	14.44 (5.24)	15.76 (4.75)	-.92	.356	.13
Satisfacción vital	15.32 (7.10)	16.24 (6.16)	-.23	.815	.03

Nota. (GE=25; GC=25). * $p < .05$; ** $p < .01$ (bilateral).

Posteriormente, se analizó los niveles de bienestar psicológico y subjetivo percibidos antes y después de la intervención en la muestra de estudio tras su división en grupo de control y experimental.

Como muestra la tabla 2, se observan diferencias significativas en las puntuaciones de todas las dimensiones de bienestar y satisfacción vital en el grupo experimental tras participar en el proyecto de intervención innovador aplicado. En todas las variables estudiadas, las puntuaciones incrementaron significativamente tras el

proyecto de intervención: el tamaño del efecto fue grande en todos los casos, con valores de r superiores a .5.

Tabla 2
Resultados obtenidos y comparaciones intragrupo en el grupo experimental y el grupo control en los dos momentos del estudio

	Grupo experimental					Grupo control				
	Pretes t M (DT)	Postes t M (DT)	Z	p	r	Pretes t M (DT)	Postes t M (DT)	Z	p	r
Autoaceptación	10.68 (5.04)	16.88 (2.58)	-4.29	.000*	.85	12.68 (4.28)	11.96 (4.17)	-1.48	.138	.29
Relac. positivas	21.24 (2.99)	24.76 (6.45)	-4.30	.000*	.86	17.2 (5.96)	15.92 (5.36)	-2.68	.007*	.53
Autonomía	17.16 (7.07)	21.20 (3.27)	-3.08	.002*	.61	16.76 (6.77)	13.6 (5.67)	-3.61	.000*	.72
Dominio entorno	14.64 (4.15)	25.36 (2.95)	-4.38	.000*	.87	16.92 (5.25)	18.44 (5.67)	-1.80	.072	.36
Crec. personal	11.04 (4.01)	16.80 (3.67)	-4.20	.000*	.84	11.76 (3.38)	11.64 (3.74)	-.67	.502	.13
Propósito vida	14.44 (5.24)	21.44 (2.72)	-4.29	.000*	.85	15.76 (4.75)	14.92 (4.79)	-2.18	.029*	.43
Satisfacción vital	15.32 (7.1)	22 (3.79)	-4.29	.000*	.85	16.24 (6.16)	14.6 (5.05)	-3.02	.002*	.60

Nota. ($n_{GE}=25$) ($n_{GC}=25$). * $p < .05$; ** $p < .01$ (bilateral)

Respecto del grupo control, los análisis también mostraron diferencias significativas en algunas de las variables analizadas tras los tres meses que transcurrieron entre las dos evaluaciones. En este caso, después de 3 meses desde la primera evaluación y con el desarrollo de las actividades del centro, se observó una disminución significativa de las puntuaciones en las dimensiones relaciones positivas, autonomía, propósito en la vida y satisfacción vital (ver tabla 2). En cuanto a los tamaños del efecto, fueron intermedios en el caso de relaciones positivas y propósito en la vida, y grandes para autonomía y satisfacción vital.

Discusión

El objetivo del trabajo era analizar el efecto de un proyecto de intervención innovador desde la perspectiva de la educación social, sobre el bienestar psicológico y satisfacción vital de personas mayores institucionalizadas.

Actualmente, los gobiernos e instituciones promueven el envejecimiento activo y saludable como una de las metas a conseguir en los próximos años por los beneficios que aporta a las personas mayores, pero que no poseen la suficiente fuerza para impulsar la implantación de este paradigma en los centros residenciales para personas mayores, al carecer de una figura profesional que innove y aplique sus competencias en un programa semejante. El origen de este estancamiento se remonta al año 2003, en España, desde la última inclusión profesional del técnico en animación sociocultural en los centros (BOE 181, 2003, p. 29640).

La falta de innovación, apertura social y pérdida de autonomía son algunas de las percepciones negativas que adquieren los complejos en las últimas décadas por sus orígenes asistenciales, los cuales podrían erradicarse con la inclusión de un programa de actividades que promuevan el empoderamiento, la participación social y unos hábitos de vida saludables, es decir, un programa de envejecimiento activo. Por ello, se diseñó un proyecto de intervención innovador desde la perspectiva de la educación social y del envejecimiento activo, con el fin de ejecutarlo dentro de un centro residencial de mayores.

El perfil del educador social es idóneo para la implementación de programas de envejecimiento activo, dada su capacidad para diseñar programas educativos socioculturales que transformen el diagnóstico de necesidades de los participantes en las metas y objetivos por alcanzar. Entre sus competencias destaca la capacidad para identificar los diversos lugares y estrategias que generan y posibilitan un desarrollo de la sociabilidad, de la circulación social y de la promoción cultural, motivo por el que, entre los objetivos de las actividades realizadas en el proyecto, se propuso promover la autonomía, la participación social, el empoderamiento y la apertura social de los residentes.

Para analizar la influencia del proyecto sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital de los participantes en el mismo, se seleccionó una muestra de personas residentes en un centro de mayores, divididas en dos grupos: uno experimental y otro control.

Aquellos participantes que fueron asignados al grupo control realizaron las actividades propias del centro durante los tres meses de duración del proyecto; al finalizar obtuvieron puntuaciones significativamente inferiores tanto en satisfacción vital como en tres de las dimensiones del bienestar psicológico: autonomía, relaciones positivas y propósito en la vida.

Las personas mayores asignadas al grupo experimental realizaron actividades con el objetivo de incrementar su participación social, su empoderamiento y los hábitos saludables, tras la participación en el programa incrementaron significativamente sus puntuaciones en satisfacción vital y en todas las dimensiones del bienestar psicológico, con tamaños de efecto muy elevados.

Después de los tres meses que duraba el proyecto de intervención innovador, el grupo ajeno a las acciones se encontraba más insatisfecho con su vida, se autoaceptaban menos y había disminuido su positividad ante su proceso de envejecimiento en la institución. Por el contrario, aquellos que participaron se empoderaron e incrementaron su puntuación en las dimensiones de bienestar psicológico y satisfacción vital entre 3.72 y 10.52 puntos, comparado con los valores obtenidos previamente frente a los posteriores, lo cual refuerza la idea de que el envejecimiento activo incrementa la calidad de vida (OMS, 2002) y demuestra que también es efectivo para personas mayores institucionalizadas.

Con las actividades basadas en la innovación, la apertura social, los talleres intergeneracionales y la promoción del envejecimiento activo, realizadas por el educador

social en el centro se incrementó el bienestar psicológico y subjetivo de las personas institucionalizadas que participaron en el proyecto, de modo que hubo una ruptura con el hermetismo sociocultural del complejo gracias a las acciones colaborativas y de asociacionismo (Senra-Varela, 2012) con la comunidad próxima al complejo. Este trabajo muestra que es posible realizar un programa de envejecimiento activo en un centro residencial para personas mayores del que se obtuvo importantes beneficios tras su aplicación.

A pesar de estos satisfactorios resultados no se dio seguimiento, por lo que no se puede establecer si las mejoras se mantienen tiempo después de la aplicación de programa, aspecto que ese convierte en una limitación que debería corregirse en futuras investigaciones realizando al menos un seguimiento meses después de finalizar; de igual forma, sería importante incrementar la muestra y analizar los efectos en otros centros residenciales para personas mayores para poder generalizar los resultados.

A pesar de las limitaciones, este trabajo resalta la importancia de innovar en la atención a las personas mayores que se encuentran institucionalizadas y muestra que la aplicación de un programa basado en el envejecimiento activo tiene efectos beneficiosos para las personas mayores que participan, al menos tras su aplicación. El perfil de la educación social en esta intervención innovadora en un centro geriátrico resulta ser la pieza clave para mejorar la situación de las personas mayores institucionalizadas, al promocionar su empoderamiento y reforzar su autoestima a través de acciones basadas en la apertura a la comunidad, el empoderamiento y el envejecimiento activo: todo ello constata que la actuación de esta figura profesional es necesaria para complementar los proyectos gerontológicos que ya se llevan a cabo en las residencias, con el fin de buscar la mejora y la integralidad en sus tratamientos.

Referencias

- Asociación estatal de educación social [ASEDES] (2007). *Documentos profesionalizadores. Definición de educación social. Código deontológico del educador y la educadora social. Catálogo de funciones y competencias del educador y de la educadora social*. Barcelona: ASEDES.
- Artur, P. (2007). *Didáctica en la educación social*. Barcelona: Graó colecciones.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M.L. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 331-336.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thoughts and actions*. Englewood Cliffs, Ca, Prentice Hall.
- Bowling, A. (1988-89). Who dies after widow(er)hood? A discriminant analysis. *Omega: Journal of Death and Dying*, 19, 135-153.
- Bowling, A. (2007). Aspiration for older ag in 21st century: What is successful aging? *International Journal of Aging and Human Development*, 64, 263-297.
- Causapié, P., Balbontín, A., Porras, M., y Mateo, A. (2011). *Libro Blanco sobre envejecimiento activo*. Madrid: Ministerios de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd. Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendock, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 3, 572-577.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-30.
- Dumitrache, C. (2014). *La satisfacción vital en las personas mayores*. Granada: Universidad de Granada.
- Boletín Oficial del Estado [BOE]. Resolución de 9 de julio de 1997, de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la inscripción en el Registro y posterior publicación del texto del Convenio Colectivo Nacional de Residencias Privadas de la Tercera Edad. Núm. 128. España. Publicado el 30 de mayo de 1997, pp. 23376-23378. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1997-17278>

- Boletín Oficial del Estado [BOE]. Ley nacional 16/2003 de 28 de mayo, de la Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Núm. 181. España. Publicado el 30 de julio de 2003, p. 29640. http://www.acra.cat/conveni_84960.pdf
- Fernández Ballesteros, R., Zamarrón, MD y Maciá A. (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo*. Madrid: Pirámide.
- Huh, J., Delorme, D.E., y Reid, L.N. (2006). Perceived third-person effects and consumer attitudes on prevetting and banning DTC advertising. *The Journal of Consumer Affairs*, 40, 90-116.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. (2009). Percepción en niños y adolescentes de las personas mayores. *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias*, 28. Recuperado el 01 de noviembre de 2017 de: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinop_m38.pdf
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. (2012). *INFORME 2012. Las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Instituto Nacional de estadística [INE]. (2017). Nivel y condiciones de vida: encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares 2017. Recuperado el 23/10/2017: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=3931&capsel=3932>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). Programa de envejecimiento activo y ciclo vital. Envejecimiento activo: Un marco político. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 37(s2), 74.105.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*. Recuperado el 23/10/2017 en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado el 23/10/2017 en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

- Osorio, L. y Salinas, F. (2016). EL contexto y el centro residencial para las personas adultos mayores en Colombia y España. La empresa social una alternativa para el bienestar. *Revesco*, 121, 205-227.
- Pérez, V., Rubio-Herrera, R., y Padilla, D. (2015). *Vive participando: envejecimiento activo y participación social*. Madrid: Dykinson.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Seeman, T. E., Kaplan, G. A., Knudsen, L., Cohen, R., y Guralnik, J. M. (1987). Social network ties and mortality among tile elderly in the ALAMEDA County Study. *American Journal of epidemiology*, 126, 714-723.
- Senra-Varela, M. (coord.) (2011). *Ámbitos y estrategias en la intervención socioeducativa*. Madrid, Sanz y Torres.
- Senra-Varela, M. (2012). *La formación práctica en intervención socioeducativa*. Madrid: Sanz y Torres.
- Servicios Sociales del Gobierno Vasco y Matia Instituto Gerontológico (2015). *Plan estratégico de envejecimiento activo 2015-2020*. Vitoria: Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Soriano, A. y Moreno, B. (2015). *Temas de pedagogía social-educación social*. Granada: Universidad de Granada.
- Stephoe, A., Deaton, A., y Stone, A. A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet*, 385, 640–648. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Throw, L. (1976). *Generality inequality*. London: MacMillan.
- Tomás, J. M., Meléndez, J. C., y Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20, 304-310.
- Verma, J.P. (2013). *Data Analysis in Management with SPSS Software*. India: Springer.
- Woo, J., Leung, J., y Zhang, T. (2016). Successful aging and frailty: Opposite sides of the same coin? *Journal of the American Medical Directors Association*, 17, 797-801. Doi: 10.1016/j.jamda.2016.04.015

Yanguas J.J, y Leturia, F.J. (1994). Análisis e implicaciones prácticas de un programa de estancias temporales en un centro gerontológico. En: P. Rodríguez (Coord.), *Residencias para personas mayores: manual de orientación* (pp. 365-388). Madrid: Panamericana.

Artículo recibido: 23 Febrero, 2017
Artículo aprobado: 17 Agosto, 2018