

Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «Vivir con vitalidad»[®]

R. Fernández-Ballesteros^a, M.G. Caprara^a, J. Iñiguez^a y L.F. García^b

^aDepartamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

^bFacultad de medicina. Universidad de Lleida. Lleida. España.

RESUMEN

Introducción: en las últimas décadas, el envejecimiento activo ha emergido como un nuevo paradigma en la Gerontología. El II Plan Internacional sobre Envejecimiento de Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud enfatiza el envejecimiento activo como un concepto clave que ha de promocionarse mediante políticas adecuadas. El curso presencial «Vivir con vitalidad»[®] y la versión multimedia «Vital ageing»[®] se han desarrollado con el fin de promocionar el envejecimiento óptimo. Ambos programas se han valorado a través de un diseño experimental por el que se han comparado algunos de sus efectos.

Método: participaron en el estudio 107 personas mayores de 60 años voluntarias: de ellas 44 recibieron el curso multimedia, 32 participaron en «Vivir con vitalidad»[®] presencial y 31 formaron parte del grupo de control. A todos los participantes se les administraron los mismos instrumentos antes y después (fases pre y post, respectivamente) de la implementación del programa y, tras el mismo intervalo, al grupo de control.

Resultados: ambos programas producen cambios positivos y significativos en diversos indicadores conductuales. Se han observado cambios en el sentido esperado en los grupos experimentales (en comparación con el control) en la frecuencia de actividades, así como en las opiniones sobre el envejecimiento y la vejez. También se encontraron cambios significativos en la satisfacción con la vida, los hábitos nutricionales y de ejercicio físico regular en el grupo multimedia. No se encontraron cambios significativos en relaciones sociales y salud en ninguno de los 2 grupos experimentales. Los resultados se discuten a la luz de la investigación sobre envejecimiento saludable y activo.

Palabras clave

Envejecimiento con éxito, activo o satisfactorio. Calidad de vida.

Promoting active ageing: effects of the «Vital living» programme

ABSTRACT

Introduction: during the last two decades, active ageing has emerged as a new paradigm in Gerontology. The II International Plan of Action on Ageing of the United Nations and the World Health Organisation emphasises active ageing as a key concept that should be promoted by suitable policies. The «Vivir con vitalidad»[®] (Vital Living) programme and its multimedia version «Vital ageing»[®], constitute a program for optimal ageing. The present article reports an experimental evaluation of both programmes conducted to compare some of their effects.

Method: a total of 107 volunteers aged more than 60 years old participated in this study: 44 received the multimedia course, 32 attended a «Vivir con vitalidad»[®] course taught by teachers, and 31 acted as control subjects. The same battery of tests was administered to all participants before and after receiving the course and to the control group at an identical interval.

Results: both programmes produced positive and significant changes in several behavioural indicators. Changes in the expected direction were observed in the experimental groups (in comparison with the control group) in the frequency of activities, as well as in opinions on ageing and old age. Significant differences were found in life satisfaction, nutrition and regular physical exercise in the multimedia group. No significant changes were found in social relationships or in health in either of the experimental groups. The results of this study are discussed in light of research on active and healthy ageing published in the literature.

Key words

Successful, active, optimal ageing. Quality of life.

Correspondencia: Prof. Dra. R. Fernández-Ballesteros.
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.
Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
Ctra. de Colmenar Viejo, km 15.
Ciudad Universitaria de Cantoblanco. 28049 Madrid. España.
Correo electrónico: r.fallesteros@uam.es

Recibido el 19-01-04; aceptado el 27-09-04.

INTRODUCCIÓN¹

El envejecimiento de la población es un fenómeno bien conocido que implica a las poblaciones y a los individuos y que, no cabe duda, expresa tanto el desarrollo de la humanidad como supone un desafío, tanto para la ciencia y la sociedad como para el individuo.

El envejecimiento poblacional es un desafío para la sociedad y la ciencia, por cuanto el enorme incremento de la esperanza de vida no conlleva que esa vida sea de calidad sino que, muy al contrario, está asociado a un incremento progresivo de las tasas de discapacidad en edades avanzadas de la vida. Así, el aumento de la esperanza de vida se produce al mismo tiempo que el aumento de la discapacidad (o, en otros términos, de la esperanza de vida con discapacidad). En otras palabras, el desafío a la ciencia y a la sociedad lo es no por el aumento absoluto y relativo de personas mayores sino por el de las tasas de discapacidad que conlleva.

En la misma medida, el envejecimiento individual preocupa a la gente en general que ve a su alrededor muy diversas formas de envejecimiento (la persona que sigue haciendo una vida activa y mantiene una adecuada salud junto a otras que tienen enfermedades crónicas y altamente incapacitantes). La investigación científica ha puesto de relieve que envejecer no es una cuestión de azar, la promoción del envejecimiento activo y saludable, la prevención de la enfermedad dependen, en cierta medida al menos, de lo que haga el individuo, de su comportamiento.

En resumidas cuentas, ampliar la esperanza de vida libre de discapacidad es relevante tanto social como individualmente. Socialmente porque implicará reducir el coste social y sanitario a la vez de producir un mayor bienestar y calidad de vida al ciudadano (objetivos sociales). Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad han influido, no cabe duda, a lo largo del siglo xx (esencialmente en países desarrollados) no sólo en el decremento de la mortalidad a todo lo largo del ciclo de la vida (no exclusivamente de la mortalidad infantil) y el incremento de la esperanza de vida, sino también en los datos existentes sobre la compresión de la morbimortalidad y la disminución comparativa de las tasas de discapacidad²⁻⁴. Pero, amén de las repercusiones de las grandes políticas sobre promoción de la salud en la vejez, existe un nuevo concepto de envejecimiento óptimo que junto con la salud aborda condiciones psicosociales que, según el documento de la OMS, se incorporan entre los determinantes del envejecimiento activo.

FORMAS DE ENVEJECIMIENTO

En breve, como decíamos en otro lugar¹, el proceso individual de envejecimiento se puede reducir a una combinación entre patrones de crecimiento, estabilidad o declive. Así, las ciencias que contribuyen al estudio del envejecimiento han considerado una serie de características de este proceso aceptadas por la mayoría de los autores en los últimos años⁴⁻⁸ y que hemos resumido, en otro lugar, como sigue¹: a) que la edad no es el único factor determinante de los procesos de desarrollo, estabilidad y declive sino que la edad interactúa con circunstancias, sociohistóricas, sociales y personales⁵; b) que a lo largo de la vida existen patrones diferenciales

de crecimiento, estabilidad y declive en el conjunto de condiciones biomédicas, psicológicas y comportamentales y sociales⁹; c) que no existe un isomorfismo entre los procesos biomédicos y los psicológicos y sociales, es decir, que el envejecimiento psicológico no presenta el mismo patrón que el biológico^{5,10}; d) que estos patrones de cambio tienen una enorme variabilidad intersujetos o que existen enormes diferencias individuales en las formas de envejecimiento y que mientras unos individuos (en el interjuego de factores biopsicosociales) experimentan un relativo desarrollo, una breve estabilidad y un pronunciado declive otros presentan patrones de amplio desarrollo, prolongada estabilidad y escaso declive¹¹, y finalmente e) que estos patrones individuales evolutivos no ocurren al azar sino que el individuo y la sociedad pueden orientar, promover e influir las formas de envejecer⁸.

Con base en estos planteamientos, en los últimos 20 años, se ha conformado un nuevo paradigma que ha venido tomando distintos nombres: *Healthy ageing*¹², *Ageing well*⁴, *Successful ageing*^{5,8}, *Competent ageing*^{5,13-16} o *Active ageing*³.

Este paradigma también tiene 2 vertientes: poblacional e individual. Desde ambas proceden 2 asunciones teóricas básicas¹⁴:

— Las condiciones ambientales, económicas, culturales y sociales en un determinado contexto histórico influirán en las formas de envejecer. Como puede apreciarse en los datos sociodemográficos disponibles, los países con un nivel socioeconómico más alto cuentan con una esperanza de vida más alta, además de que ésta está libre de discapacidad durante un tiempo más prolongado, debido, en gran medida, a mejores sistemas de salud en los que se engranan programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad^{3,18}. De este modo, la sociedad y el contexto sociopolítico ejercen un papel esencial en el proceso de que su población envejezca bien y de forma activa.

— Envejecer es un proceso en el que existen determinantes personales y lo que el individuo hace a lo largo de su vida explica, al menos en parte, como va a envejecer. Así, a escala individual, no sólo tiene que ver con condiciones genéticas y biológicas, sino también con condiciones comportamentales y psicosociales^{3,5,17}. El envejecimiento es, pues, un fenómeno individual, y el individuo puede hacer mucho para ser agente de su propio envejecimiento positivo.

Este nuevo planteamiento sobre el envejecimiento óptimo rompe con una tradicional visión negativa, como señalan Baltes y Baltes⁵. Este paradigma se centra en «la búsqueda de los factores y condiciones que ayuden a identificar el potencial del envejecimiento y a identificar las vías para modificar (en sentido positivo) el envejecimiento (patológico)» (p. 4).

A continuación nos centraremos brevemente en las formas de envejecimiento «positivo» formulado por un conjunto de autores^{4,5,17}. En trabajos de revisión similares, Fernández-Ballesteros^{1,14}, se ha ocupado de describir los distintos modelos sobre el envejecimiento con éxito, satisfactorio, activo u óptimo. Entre ellos destaca el de Rowe y Khan¹⁷, que se basa en investigaciones relacionadas con este tema, a través de estudios longitudinales realizados con el apoyo de la McKhan Foundation y, por tanto, ofrecen una importante base empírica. En el modelo propuesto por Rowe y Khan el envejecimiento óptimo (o con éxito) viene operacionalizado mediante 4 grupos de factores: «baja probabilidad de enfermar y de discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo, alto funcionamiento físico y compromiso con la vida». Desde este modelo, cualquier programa que pretenda promocionar el envejecimiento óptimo individual deberá tratar de prevenir la enfermedad y la discapacidad asociada, optimizar el funcionamiento psicológico, especialmente cognitivo, el ajuste físico y maximizar el compromiso con la vida.

También, en los últimos años, los factores psicológicos individuales se han tratado más ampliamente como base del envejecimiento activo. Así, como se puede apreciar en la figura 1, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ a la hora de establecer los determinantes del envejecimiento activo (amén de los factores macrosociales: ambientales, económicos, sociales y sanitarios) incluye los factores comportamentales (o estilos de vida) y los personales entre los que (además de los genéticos y biológicos) se mencionan las habilidades de afrontamiento, autoeficacia y control interno, el comportamiento prosocial y el pensamiento positivo, como condiciones psicológicas de la personalidad que aparecen asociadas a la longevidad y al envejecimiento satisfactorio.

Del mismo modo, 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 funciones cognitivas se han incorporado recientemente como factores psicológicos a tener en cuenta, para explicar, en parte, este modelo^{3,14}.

Basándose en todo ello, en la figura 2 se presentan los 4 bloques de intervención que consideramos esenciales para el envejecimiento óptimo desde una perspectiva del desarrollo y promoción individual.

En resumen, de todo lo señalado anteriormente habría que resaltar que, si bien a escala poblacional, es necesario plantear las acciones sociopolíticas (mejorar los sistemas de salud y de protección social, incrementar las pensiones, adaptar las condiciones ambientales, etc.), desde un punto de vista individual psicosocial lo que importa es promocionar en los individuos aquellas condiciones que optimicen un envejecimiento satisfactorio. En la base de este modelo, se proponen las condiciones individuales que han de promoverse en el individuo con el fin de lograr un envejecimiento óptimo.

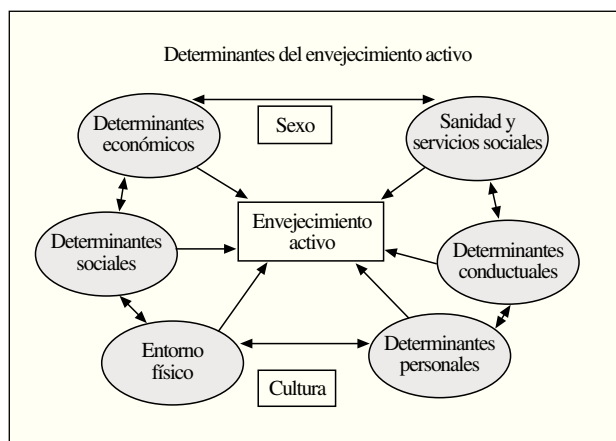


Figura 1. Determinantes del envejecimiento activo.

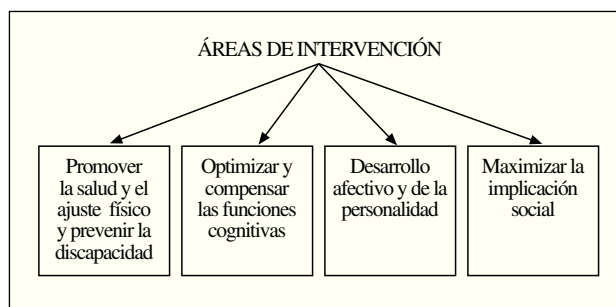


Figura 2. Ámbitos de actuación para el envejecimiento óptimo: áreas de intervención.

PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO DESDE UNA PERSPECTIVA INDIVIDUAL

Basándose en todo lo dicho hasta aquí, 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, a los que se unen en los últimos años otros factores afectivos y de la personalidad que parecen ser factores importantes en el envejecimiento óptimo. En resumen, una 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, tratamiento del estrés, habilidades de afrontamiento, pensamiento positivo) y psicosociales (participación social, relaciones sociales). Teniendo en cuenta todos estos factores, habría que establecer, en primer término, si es posible *manipular* (experimentalmente) o intervenir en todas estas condiciones, relevantes para el envejecimiento positivo.

La salud, el ajuste funcional y físico

Precisamente, uno de los primeros autores que se ocupa del envejecimiento positivo u óptimo («envejecer bien»)

procede del ámbito médico. Fries parte del establecimiento de las condiciones y los factores biomédicos modificables y no modificables que ocurren a lo largo de la vejez⁴.

Desde la perspectiva médica, de la que parte Fries, y con base en la observación inequívoca de que la edad covaría fuertemente con la enfermedad, establece cuáles son las condiciones patológicas fatales y no fatales de mayor incidencia y prevalencia en la vejez. Entre las enfermedades fatales, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las causas más frecuentes de morbilidad en la vejez^{2,4}. Por otro lado, las enfermedades calificadas de «no fatales» de mayor probabilidad en la vejez son las enfermedades osteoarticulares y de espalda, como la artritis y artrosis, 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, en cómo promover la salud, es decir, como implantar «factores protectores comportamentales», como los llamados estilos de vida o hábitos saludables que influyen, incluso subclínicamente (p. ej., no fumar previene el cáncer de pulmón) en la aparición (o no) de la enfermedad y de la discapacidad asociada (tabla 1).

Como se puede observar en la tabla 1, existen enfermedades de alta prevalencia en la vejez que cuentan con factores protectores y/o de riesgo comportamentales, ya que éstos dependen de los estilos de vida o los hábitos 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 las áreas sobre las que se debería actuar para promocionar la salud, y prevenir la enfermedad y la discapacidad.

Capacidades cognitivas, afectivas, de la personalidad y sociales

Si queremos profundizar en este modelo, el envejecimiento óptimo no sólo 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.

Diferentes autores^{4,5,8,19,20}, han investigado sobre el declive asociado a la edad en algunos de los parámetros de las funciones cognitivas. Como se sabe, la inteligencia fluida declina a partir de los 30 años de edad, así como algunos procesos mnésicos también se ven afectados por la edad. Por otro lado, otros autores han señalado cómo el declive que ocurre en el funcionamiento cognitivo puede verse compensado por el entrenamiento cognitivo y el aprendizaje de estrategias. Por ejemplo, Schaie y Willis²¹, a través de estudios longitudinales, han observado como el declive que ocurre en inteligencia fluida entre los 60 y los 80 años (estimado en un promedio de 0,5 DT), puede compensarse si se realizan entrenamientos adecuados (estimada la mejora en un incremento promedio de 1 DT). En los últimos años muchas investigaciones han demostrado que los déficit en memoria de trabajo y memoria episódica pueden tratarse y que a través de programas de memoria bien establecidos se puede lograr compensar o paliar los déficit en el funcionamiento mnésico^{22,23}. De este modo, puede afirmarse que, en ausencia de enfermedades demenciales, el funcionamiento cognitivo puede potenciarse a lo largo de la vejez. Sabemos, también, a través de diferentes estudios, que existe un importante efecto del ajuste físico y, por tanto, el ejercicio físico aeróbico regular mejora el funcionamiento cerebral, incluyendo la compensación de la pérdida de sustancia blanca y gris²⁴, así como que el funcionamiento cognitivo está fuertemente asociado a la capacidad vital²⁵.

Por otra parte, en los últimos años se han propuesto otros factores psicológicos (amén de los cognitivos), implicados en el área afectiva y de la personalidad que parecen estar relacionados con el envejecimiento óptimo. Así, por ejemplo, la mayor parte de la investigación avala la predicción realizada desde la teoría comportamental sociocognitiva; a saber, que el control y la percepción del control (o autoeficacia) está en la base de esta forma de envejecer^{5,8}. Por otro lado, también existe evidencia de que los estilos de afrontamiento en el tratamiento del estrés o de la adversidad permiten prevenir condiciones psicopatológicas en la vejez^{26,27}.

En otra línea de investigación se ha demostrado que los sentimientos de tristeza y los cuadros depresivos

TABLA 1. Factores protectores comportamentales de las enfermedades más frecuentes en la vejez

Enfermedad	Dieta	Ejercicio físico	Fumar	Beber en exceso	Control obesidad	Control presión arterial
Aterosclerosis	X	X	X		X	X
Cáncer	X		X	X	X	
Enfisema			X			
Diabetes	X	X			X	
Osteoartritis		X		X		
Problemas de espalda		X				

se incrementan en la vejez, sobre todo en situaciones de carencia social; por ello, la psicología comportamental ha desarrollado múltiples tratamientos para mejorar el estado de ánimo y prevenir la depresión y la tristeza²⁸⁻³⁰.

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^{3,5,8}. También, parece suficientemente probado que a lo largo de la vejez suele producirse una cierta «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, comunitaria y clínica, y desde el modelo comportamental cognitivo social, se han propuesto cuáles son las intervenciones que median y promueven en el individuo una más amplia red social, y cómo lograr una mayor participación y compromiso social¹⁸⁻²⁷.

Como resumen, en la tabla 2 se exponen las intervenciones que se proponen 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, como se ha señalado anteriormente, realizar actividad física de forma regular no sólo previene una serie de enfermedades físicas, sino que mejora el funcionamiento cognitivo, afectivo y social del individuo.

EL PROGRAMA: «VIVIR CON VITALIDAD»®

Desde 1996, la Universidad Autónoma de Madrid imparte un programa para la calidad de vida y la formación permanente en personas mayores denominado «Vivir con vitalidad»®. El objetivo general del programa es promocionar un envejecimiento positivo (activo, con éxito, competente, satisfactorio u óptimo). Este programa, organizado en colaboración con el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), recientemente se ha publicado como texto para su autoadministración¹³.

A lo largo de estos años, «Vivir con vitalidad»® se ha evaluado en cada una de sus ediciones (9 en total) como curso, y ha demostrado que las personas mayores de 60 años que han participado en él han logrado cambios comportamentales en el sentido esperado. Los temas del programa, que pueden agruparse en 4 áreas generales, tienen que ver con cómo cuidar el cuerpo y la mente, cómo desarrollar la afectividad y el sentido de control, y cómo ampliar la implicación social.

Con el fin de darle una mayor difusión nacional e internacional, «Vivir con vitalidad»®, como un curso presencial, se ha llevado a cabo en versión multimedia, adoptando la denominación de «Vital ageing»®. Esta nueva versión es también accesible mediante página web: www.uninettuno.it/Vitalagell/frameset.htm. A través de esta página se puede obtener el material de cada una de las lecciones (texto, transparencias y ejercicios), además de brindar la posibilidad de consultar con tutores del programa.

El programa «Vivir con vitalidad-multimedia» (Vivir con vitalidad-M) se ha llevado a cabo bajo los auspicios del Programa Sócrates-Minerva de la Unión Europea mediante un consorcio entre NETTUNO (Italia), la Universidad Autónoma de Madrid y el Instituto de Gerontología de la Universidad de Heidelberg, con la colaboración de la Open University (Reino Unido) y también se ha valorado positivamente mediante evaluación formativa y sumativa³¹.

Ambos formatos de «Vivir con vitalidad»® tienen unos temas esencialmente intercambiables y además compar-ten a 9 profesores. Ambos abordan los 4 grandes grupos de temas mencionados en la figura 2.

Así, la «Promoción de la salud y de la forma física y la prevención de las capacidades físicas» se aborda en los siguientes temas:

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

TABLA 2. Intervenciones para promocionar los componentes psicológicos del envejecimiento positivo

Intervenciones	Ejercicio físico	Entrenamiento cognitivo	Entrenamiento de la memoria	Manejo del estrés	Manejo control	Incremento de la actividad	Habilidad social
Competencia intelectual	X	X	X	X		X	
HH Memoria	X	X	X				
Control			X	X	X	X	X
Estilos de afrontamiento					X	X	
Capacidad física	X						
Participación social	X		X	X	X	X	X

La mejora de la «Optimización y compensación cognitiva», se trata en los siguientes apartados (utilizamos el modelo de Baltes y Baltes⁵ en su modelo SOC sobre el envejecimiento con éxito):

- 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 la personalidad» se trata 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» se trata 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.

Ambos programas poseen los siguientes objetivos comunes:

- Transmitir conocimientos básicos sobre cómo envejecer activa y competentemente, que permitan eliminar concepciones erróneas sobre la vejez.
- Promover el nivel de actividad.
- Promover estilos de vida saludables relativos a la nutrición y al ejercicio físico.
- Incrementar las relaciones interpersonales.
- Incrementar el bienestar.
- A largo plazo, mejorar la salud.

En 2002, basándose en los planteamientos teóricos y empíricos del paradigma del envejecimiento con éxito, competente, óptimo o activo, se han implantado paralelamente ambos programas con la intención de comparar sus resultados. Mientras tanto, en otro estudio³¹ se informa sobre los efectos del programa multimedia, en el siguiente apartado se presentan los resultados del estudio comparativo entre ambos programas.

ESTUDIO EVALUATIVO

Dados los idénticos objetivos de los programas «Vivir con vitalidad-M» y «Vivir con vitalidad-V», puede predecir-

se resultados similares en cuanto a los cambios producidos en diversas manifestaciones de las personas mayores que realicen ambos cursos. Por ello, planteamos las siguientes hipótesis:

1. Las personas que siguen «Vivir con vitalidad»®, tanto «En vivo» como «Multimedia», presentarán cambios positivos en cuanto a:

- Su nivel de actividad.
- Sus opiniones o creencias respecto a cómo envejecer óptimamente.
- Sus comportamientos relativos al ejercicio físico y la alimentación.
- Sus relaciones sociales.
- Su satisfacción con la vida.
- A largo plazo, las que hayan modificado significativamente sus hábitos saludables, mejorarán también su salud.

2. Las personas que siguen «Vivir con vitalidad»®, tanto «En vivo» como «Multimedia» diferirán significativamente de los que no siguen tales cursos, en cuanto a esas condiciones.

Para la valoración de ambos programas se realizó una «evaluación sumativa» en la que se examinaron los resultados obtenidos a través de un cuestionario diseñado para tal fin. Este cuestionario consta de variables sociodemográficas, opiniones, actividades, etc.

MÉTODO

Sujetos

La muestra total se compone de 107 personas, divididas en 3 grupos:

- «Vivir con vitalidad-M» (n = 44). Personas asistentes a un centro de día de la Comunidad de Madrid, a las que se le aplicó el programa a través de vídeos.
- «Vivir con vitalidad-V» (n = 32). Los criterios de selección de los alumnos para el programa de «Vivir con vitalidad-V» han sido por estricto orden de matriculación, con la condición de ser mayor de 60 años.
- Grupo control (n = 31). Compuesto por personas mayores del mismo centro de día de la CAM, que participaban en otro tipo de actividades (p. ej., clases de idiomas), pero que no asistieron a ninguno de los 2 programas.

En la tabla 3 se presentan las características sociodemográficas de los 3 grupos: edad (media [DT]), 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]).

TABLA 3. Número de personas y porcentajes asociados en los 3 grupos comparados

Variable	Categorías		Grupos		
			Multimedia	En vivo	Control
Edad	Medias		69,9 (6)	67,84 (6,2)	74,2 (6,8)
Sexo	Hombre	N	7	8	7
		%	16,3	25	22,6
	Mujer	N	36	24	24
		%	83,7	75	77,4
Estado civil	Soltero/a	N	14	7	13
		%	32,6	21,9	43,3
	Casado/a	N	4	9	8
		%	9,3	28,1	26,7
	Viudo/a	N	18	13	9
		%	41,9	40,6	30,0
	Divorciado/a-separado/a	N	7	3	0
		%	16,3	9,4	0
Nivel de estudios	Ni sabe leer ni escribir	N	0	0	1
		%	0	0	3,6
	Sin estudios	N	7	3	6
		%	17,9	9,4	21,4
Primarios	Graduado	N	8	5	9
		%	20,5	15,6	32,1
Escolar	Bachillerato	N	10	10	4
		%	25,6	31,3	14,3
	Formación profesional	N	7	4	0
		%	17,9	12,5	0
	Universitario	N	7	9	8
		%	17,9	28,1	28,6

Variables e instrumentos

Con el fin de evaluar las distintas condiciones presentes en las hipótesis, a los 3 grupos se les administró los mismos instrumentos antes y después (fases pre y post, respectivamente) de la implementación del programa y, tras el mismo intervalo, al grupo de control. Se incluyeron las siguientes medidas:

— *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), mucho (4). Los coeficientes de fiabilidad (alfa) obtenidos en las fases pre y post (0,68 y 0,67, respectivamente), son satisfactorios. La puntuación directa obtenida es el sumatorio de todos los ítems dividido entre el número de ítems respondido.

— *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 4 opciones: nada (1), algo (2), bastante (3), mucho (4). Los coeficientes de fiabilidad (alfa)

son también muy satisfactorios (0,79 y 0,77, 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.

— *Ejercicio físico (1 ítem)*: en el protocolo administrado se incluye una pregunta sobre el grado de ejercicio desarrollado. El formato de respuesta incluye 5 opciones desde la ausencia total de ejercicio (1), a la realización de ejercicio regular intenso más de 3 días por semana (5).

— *Alimentación (9 ítems)*: la puntuación en alimentación tiene 2 componentes: a) número de controles sobre su alimentación (sal, azúcar y agua), con una escala de respuesta dicotómica: controla (1), no controla (0), y b) 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 2 componentes anteriores.

— *Problemas de salud (12 ítems)*: preguntas sobre problemas específicos de salud (corazón, reuma, dolores de cabeza, etc.).

— *Relaciones sociales*: este instrumento refleja 2 medidas: a) 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 b) satisfacción expresada con esas relaciones: nada (1), algo (2), bastante (3), mucho (4) y muchísimo (5).

— *Grado de satisfacción con la vida (1 ítem)*: «teniendo en cuenta lo bueno y lo malo de la vida, ¿qué grado de satisfacción con la vida siente en la actualidad?»: nada (1), algo (2), bastante (3) y mucho (4).

Procedimiento

El programa «Vivir con vitalidad-V», se compone de 21 lecciones de 3 h de duración cada una, con un contenido teorico-práctico. Los diferentes módulos se impartieron de forma presencial por cada uno de los profesores, utilizando una perspectiva teorico-práctica, es decir, una primera parte donde se exponen los contenidos teóricos y una segunda parte en la que se llevan a la práctica los contenidos mediante ejercicios individuales y grupales propuestos por el profesor, para posteriormente ser discutidos y corregidos colectivamente.

«Vivir con vitalidad-M» se dispensa en 22 temas, con un total de 50 h de videolecciones (VHS), la mayoría de las cuales se dispensan a lo largo de 2 sesiones de 40 minutos cada una, con un descanso de 15 min entre cada sesión. Por tanto, la aplicación de cada lección dura alrededor de 2 h.

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).

Las lecciones fueron administradas por tutoras entrenadas que administraban los instrumentos de evaluación, conectaban el vídeo, el TV y cualquier equipo necesario para la ejecución del programa. (Nuestro agradecimiento más sincero al trabajo efectuado por Marta del Olmo, Gemma Pérez Rojo y Carmen Yolanda Fernández Corbeira, por su excelente trabajo en esta parte 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.

El programa multimedia ha seguido una evaluación formativa con el fin de comprobar los efectos de cada lección sobre conocimientos, satisfacción y comportamiento manifiesto de los participantes³¹.

Análisis estadísticos

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

1. *Equivalencia de los grupos*: antes de establecer comparaciones entre los grupos en las variables analizadas en el programa fue necesario comparar sus características sociodemográficas a través de diversas pruebas estadísticas.

— Sexo: tabla de contingencia.

— 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 del estado civil y el nivel educativo pueden considerarse nominales u ordinales, se hace necesaria una prueba no paramétrica con el fin de confirmar los resultados del ANOVA (al ser más de 2 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 los diferentes patrones de resultados. Se compararon las medias obtenidas antes y después del programa a través de una prueba t de medidas repetidas. Además, se realizó un ANOVA de un factor para comparar los 3 grupos en las fases pre y post, y detectar diferencias entre grupos en los niveles medios tanto antes como después del programa.

RESULTADOS

Equivalencia de los grupos

Sexo

No se observan diferencias entre los grupos en los porcentajes de sexo. Los residuos tipificados corregidos son menores de 2. Hay que destacar el mayor número de mujeres en los 3 grupos.

Edad

Los resultados del ANOVA muestran diferencias significativas en edad ($F = 8,319$; $p = 0,00$) entre el grupo de «Control» y los grupos «Multimedia» y «En vivo», presentando estos 2 últimos una media de edad inferior. Las diferencias de edad no parecen influir en la ejecución de los sujetos controles en ninguna de las variables dependientes examinadas. No obstante, la edad se ha controlado en todos los análisis efectuados.

Nivel educativo y estado civil

Por otro lado, no se observan diferencias significativas en las variables referidas al «Nivel educativo» ($F = 1,498$; $p = 0,229$), ni al «Estado civil» ($F = 2,77$; $p = 0,07$). La prueba no paramétrica de Kruskal Wallis confirma la ausencia de diferencias en ambas variables.

Evaluación sumativa

En la tabla 4 aparecen las medias pre y post por instrumento y grupo, el número de sujetos, así como el nivel de

significación de la comparación de medias (a partir de una prueba *t* de medidas repetidas).

Los resultados muestran un efecto del programa, tanto en su formato «En vivo» como «Multimedia», sobre los diversos indicadores conductuales evaluados. Se observan cambios en los grupos experimentales en la frecuencia de actividad («Actividades»), también se observa el efecto del programa en las opiniones sobre la vejez y temas relacionados («Opiniones»). Junto a ello, no se produce ninguna variación sustancial en los niveles medios del grupo «Control» en las mediciones pre-post.

Conviene destacar también en el grupo «Multimedia», los cambios producidos en la calidad y control de la alimentación, en la frecuencia e intensidad de ejercicio físico y, sobre todo, en la satisfacción con la vida.

Una posible explicación alternativa de los resultados pudiera ser la falta de fiabilidad de los cuestionarios o un sesgo de respuesta por parte de los participantes en la evaluación posterior a la intervención. Si embargo, 2 razones nos llevan a una explicación alternativa: a) las fiabilidades de los cuestionarios de «Actividades» y «Opiniones» son muy similares en las fases pre y post, y b) la ausencia de cambios en los problemas de salud, y en la frecuencia y la satisfacción con las relaciones sociales puede interpretarse como una prueba de ausencia de sesgos en las respuestas de los participantes, como ha sido establecido en la hipótesis, no es esperable que se encuentren cambios inmediatos en la salud.

Por lo que se refiere a las relaciones sociales (tanto en frecuencia como en satisfacción), no se han encontrado diferencias entre los 2 grupos experimentales y el control, lo que puede justificarse por una muy alto nivel basal tanto en la satisfacción como en la frecuencia de relaciones sociales.

Finalmente, en relación con la satisfacción con la vida, los participantes del grupo «Multimedia» mejoraron significativamente (en relación con los sujetos experimentales que participaron en el curso «En vivo» y los sujetos controles), en su autoinforme sobre satisfacción con la vida, no sucediendo lo mismo en los alumnos que asistieron al programa «En vivo» (tabla 4).

Por tanto, en los valores medios finales de la mayor parte de las medidas aparecen diferencias entre las personas que han pasado por el programa «Vivir con vitalidad» (en sus 2 modalidades), y aquellas que, dentro del mismo entorno social, no lo hicieron.

DISCUSIÓN

El Programa «Vivir con vitalidad»®, diseñado para la promoción del envejecimiento activo (con éxito, saludable, óptimo, satisfactorio, etc.), ha alcanzado algunos de

sus objetivos en sus 2 versiones «Multimedia» y «En vivo», mientras que los sujetos del grupo que no fue sometido a al programa no mostraron ningún cambio en ninguna de las variables examinadas.

Así, ambas versiones del programa han logrado producir modificaciones en los conocimientos de los sujetos sobre la vejez, tras la administración del programa, se produjeron cambios en el sentido positivo en cuanto a una visión más positiva y la consideración de sentirse más eficaces para envejecer bien y enfrentarse a los problemas asociados al proceso de envejecimiento (enfermedades, discapacidad, problemas de memoria, etc.). Esto es importante por cuanto imágenes positivas frente al envejecimiento están asociadas a una mayor longevidad y a una más amplia posibilidad de modificabilidad positiva en la vejez^{32,33}. En definitiva, la promoción del envejecimiento activo debe llevar como prerrequisito necesario la eliminación de imágenes negativas.

También, en ambas versiones, se ha producido un incremento significativo de la actividad de todo tipo (socio-recreativa, cultural, social, etc.). Lógicamente, el envejecimiento activo implica actividad y tal incremento significativo implica uno de los objetivos del programa cumplido, y ello a pesar de que existe la falsa concepción de que es difícil cambiar comportamentalmente en la vejez²⁸.

La promoción de los estilos de vida saludables, por lo que se refiere a la nutrición y el ejercicio físico regular, también es un objetivo cumplido, aunque esto tan sólo ocurre en el grupo «Multimedia». Sin embargo, el hecho de que el grupo «En vivo» no haya modificado sus puntuaciones en el ejercicio físico tal vez se deba a que la puntuación de este grupo francamente alta y, por tanto, parece haber influido un efecto «techo» de la prueba. Por otra parte, el hecho de no haber constatado cambios en cuanto a la alimentación se deba a que los sujetos del programa multimedia asistían a un centro de día en que existe servicio de comedor mientras que los sujetos que asistieron al programa en vivo comían todos ellos en su casa. Lamentablemente, no contamos con datos sobre quienes de nuestros sujetos del centro de día comían en su casa o en el centro. Nuevas investigaciones deben aclarar este punto.

No se han encontrado diferencias significativas por lo que se refiere a las relaciones interpersonales en ninguno de los grupos («Multimedia», «En vivo» y «Control»). Esto puede justificarse mediante el potencial artefacto que implica el efecto techo de la medida de las relaciones interpersonales por lo que se refiere tanto a la frecuencia como a la satisfacción, obtenida de trabajos anteriores sobre las relaciones interpersonales (25; rango, 5-15).

Por lo que se refiere a nuestro objetivo de incrementar el bienestar, podemos decir que la medida de satisfacción con la vida, tomada como una medida global del enveje-

TABLA 4. Comparación medias pre-post por cuestionario y grupo⁴

<i>Cuestionario</i>	<i>Grupo</i>	<i>Condición</i>	<i>N</i>	<i>Medias</i>	<i>Desviaciones típicas</i>	<i>p (≤)</i>
Actividades	Multimedia	Pre	34	2,42	0,43	0,009 ^a
		Post		2,58	0,41	
	En vivo	Pre	32	2,22	0,35	0,000 ^a
		Post		2,43	0,3	
	Control	Pre	29	2,36	0,48	0,440
		Post		2,29	0,35	
Opiniones	Multimedia	Pre	33	2,90	0,39	0,001 ^a
		Post		3,05	0,35	
	En vivo	Pre	32	2,85	0,49	0,000 ^a
		Post		3,12	0,37	
	Control	Pre	29	2,87	0,35	0,147
		Post		2,79	0,37	
Ejercicio físico	Multimedia	Pre	36	2,53	0,81	0,000 ^a
		Post		3,11	0,95	
	En vivo	Pre	32	3	1,02	1
		Post		3	1,08	
	Control	Pre	25	2,72	1,21	0,295
		Post		3	1,19	
Alimentación	Multimedia	Pre	30	1,79	0,30	0,040 ^a
		Post		1,95	0,32	
	En vivo	Pre	28	1,86	0,23	0,263
		Post		1,94	0,30	
	Control	Pre	29	1,72	0,20	0,914
		Post		1,78	0,21	
Problemas de salud	Multimedia	Pre	34	3,32	1,65	0,242
		Post		3,53	1,73	
	En vivo	Pre	32	3,47	2,13	0,301
		Post		3,03	1,69	
	Control	Pre	28	3,29	2,03	0,836
		Post		3,36	1,68	
Relaciones sociales (frecuencia)	Multimedia	Pre	29	9,69	3,13	0,389
		Post		10,31	3,79	
	En vivo	Pre	31	10,36	3,55	0,145
		Post		11,03	2,65	
	Control	Pre	26	10,62	3,70	0,426
		Post		11,19	3,41	
Relaciones sociales (satisfacción)	Multimedia	Pre	31	10,26	2,86	0,307
		Post		9,77	2,58	
	En vivo	Pre	31	9,19	2,66	0,311
		Post		9,58	2,08	
	Control	Pre	26	10,27	2,74	0,950
		Post		10,23	2,18	
Satisfacción con la vida	Multimedia	Pre	31	2,9	0,65	0,005 ^a
		Post		3,19	0,79	
	En vivo	Pre	29	2,93	0,75	0,110
		Post		3,14	0,79	
	Control	Pre	27	3,15	0,53	1,00
		Post		3,15	0,72	

^aProbabilidades inferiores a 0,05 reflejan cambios significativos entre las 2 condiciones (pre y post).

cimiento satisfactorio, tan sólo se aprecia cambios positivos y significativos en el grupo que ha pasado por el programa multimedia y no en el que pasó por el programa en vivo ni en el grupo control.

Finalmente, como era de esperar, no se han apreciado diferencias en cuanto a la salud por lo que se refiere a la percepción subjetiva de salud ni al número de problemas de salud informados.

En definitiva, si bien hemos de concluir diciendo que el programa «Vivir con vitalidad», tanto en su versión multimedia como en vivo, ha alcanzado sus objetivos relativos a incrementar significativamente los conocimientos en relación con la vejez disminuyendo los estereotipos o imágenes negativas así como incrementando el nivel de actividad. Sin embargo, es importante señalar que tan sólo el curso multimedia logró mejorar los hábitos alimenticios y el ejercicio físico, así como también los sujetos que pasaron por este programa incrementaron significativamente su grado de satisfacción con la vida. En otras palabras, la versión multimedia de «Vivir con vitalidad»® parece ser más eficaz que la versión en vivo. Esta conclusión debe ser tomada como provisional dado que resulta difícil justificar como un programa «en vídeo» puede ser más eficaz que un programa «en vivo». Si esto se avalase en otros estudios ello implicaría la extensión del programa multimedia no sólo por su eficacia sino, también, por su bajo coste relativo y su fácil extensión.

Finalmente, conviene resaltar que se han de tomar estos resultados como provisionales, se requieren nuevos trabajos longitudinales (que estamos ya llevando a cabo) que pongan de relieve el mantenimiento de los efectos del programa a largo plazo así como sus efectos sobre la salud, lo que se consigue solamente con estudios longitudinales de seguimiento. La investigación de la cual informamos es sólo una aproximación a la promoción del envejecimiento activo a escala individual y, concretamente, al impacto del programa «Vivir con vitalidad»® en sus 2 versiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Ballesteros R. Promoción del envejecimiento activo: una perspectiva psicosocial. En: Salvador-Carulla L, Cabo-Soler JR, Cano-Sánchez R, editores. Longevidad: tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
2. World Health Organization. The World health report 2000, n.º 97. Geneva: WHO; 2000.
3. Organización Mundial de la Salud. Active Ageing. Geneva: WHO; 2002.
4. Fries JF. Aging natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med*. 1989;303:130-5.
5. Baltes PB, Baltes MM, editors. Successful aging. New York: Cambridge University Press; 1990.
6. Fernández-Ballesteros R. Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia y a la sociedad. En: Carretero M, Palacios J, Marchesi A, editores. Psicología evolutiva 3. Madrid: Alianza; 1986.
7. Fernández-Ballesteros R. Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 1996.
8. Rowe JW, Khan RL. Successful ageing. New York: Pantheon Books; 1998.
9. Heckhausen J, Schulz R. Optimization by selection and compensation: balancing primary and secondary control in life-span development. *Intern J Behav Develop*. 1993;16:287-303.
10. Gould RL. Ontogeny and phylogeny. Cambridge: Harvard University Press; 1977.
11. Schroots JF. Aging, health and competence. Amsterdam: Elsevier; 1993.
12. World Health Organization. Healthy ageing. Geneva: WHO Regional Publications. European series; 1998.
13. Fernández-Ballesteros R, editor. Vivir con vitalidad. Madrid: Pirámide; 2002.
14. Fernández-Ballesteros R. Envejecimiento satisfactorio. En: Martínez Lage JM, editor. Corazón y cerebro, ecuación crucial de envejecimiento. Madrid: Pfeizer; 2002.
15. Schroots JF. Psychological models of aging. *Can J Aging*. 1995;14:44-67.
16. Schroots JF, Fernández-Ballesteros R, Rudinger G. Aging in Europe: perspectives and prospects. En: Schroots JF, Fernández-Ballesteros R, Rudinger G, editors. Aging in Europe. Amsterdam: IOS Press; 1999.
17. Rowe JW, Khan RL. Successful aging. *Gerontologist*. 1997;37:33-440.
18. Riley MW, Khan R, Foner A. Age and structural lag: society's failure to provide meaningful opportunities in work, family and leisure. New York: John Wiley & Sons; 1994.
19. Ruiz-Vargas JM. Mejore su memoria: siempre hay tiempo. En: Fernández-Ballesteros R, editor. Vivir con vitalidad. Vol. 3. Madrid: Pirámide; 2002.
20. Schaie KW. Intellectual development in adulthood. En: Birren JE, Schaie KV, editors. The handbook of psychology of aging. New York: Academic Press; 1990.
21. Schaie KW, Willis SL. Can decline in adult intellectual functioning be reversed? *Develop Psychol*. 1986;2:223-32.
22. Wilson BA, Evans JJ. Practical management of memory problems. En: Berrios GE, Hodges JR, editors. Memory disorders in psychiatric practice. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 291-310.
23. Floyd M, Scogin F. Effects of memory training on the subjective memory functioning and mental health of older adults: a meta-analysis. *Psychol Aging*. 1997;12:150-61.
24. Colcombe SJ, Erickson KI, Raz N, Webb AG, Cohen NJ, McAuley, et al. Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *J Gerontol*. 2003;58:176-80.
25. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón M, Rudinger G, Schroots JF, Hekkinen E, Drusini A, editores. Assessing competence: the European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology*. En prensa.
26. Lazarus RS. The stress and coping paradigm. En: Bond A, Rosen JC, editors. Primary prevention of psychopathology. Coping and competence during adulthood. Hannover: University Press of New England; 1980. p. 28-74.
27. Klein CW, Bloom M. Successful aging: strategies for healthy living. New York: Plenum Press; 1997.
28. Fernández-Ballesteros R, López Bravo M. Ocio y tiempo libre. En: Fernández-Ballesteros R, editor. Vivir con vitalidad. Vol. 4. Madrid: Pirámide; 2002.
29. Gallagher D, Thompson LW. Cognitive therapy for depression in the elderly: a promising model for treatment and research. En: Breslov L, Hong M, editors. Depression in the elderly. New York: Springer Publishing; 1982.
30. Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. En: Friedman RM, Katz M, editors. The psychology of depression: contemporary theory and research. Washington: Winston Wiley; 1974.
31. Fernández-Ballesteros R, Caprara M, García L. Vivir con vitalidad-M: un programa europeo multimedia. *Intervención Psicosocial*. 2004;13:63-85.
32. Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV. Longevity, increased by positive self-perceptions on aging. *J Personality Social Psychology*. 2002;83:261-70.
33. Levy B, Ashman O, Dror I. To be or not to be: the effects of stereotypes of aging on the will to live. *Journal of Death and Dying*. 2000;40:409-20.