

«Saber envejecer. Prevenir la dependencia.» Un modelo para el diseño de materiales didácticos

M.T. Sancho Castielo^a, J.J. Yanguas Lezaun^b, P. Díaz Veiga^c, P. Rodríguez Rodríguez^d, M. Pérez Salanova^e, P. Serrano Garijo^f, L. Bermejo García^g, P. Mesa Lampre^h, J. Gómez Pavónⁱ, I. Ruipérez Canteraⁱ y B. Gutiérrez^j

^aObservatorio de Personas Mayores. Madrid. España. ^bFundación INGEMA. San Sebastián. Guipúzcoa. España. ^cONCE. Valladolid. España. ^dGerontólogo. Madrid. España. ^eInstituto del Envejecimiento. UAB. Barcelona. España. ^fAyuntamiento de Madrid. España. ^gPedagoga. Cantabria. España. ^hHospital San Jorge. Zaragoza. España. ⁱHospital Central Cruz Roja. ^jHospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Grupo Saber Envejecer-Prevenir la Dependencia de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid. España.

RESUMEN

El presente artículo aborda un proyecto de investigación-acción basado en metodología cualitativa con el propósito de fomentar un envejecimiento activo y exitoso, además de prevenir las situaciones de dependencia. Los objetivos básicos son: procurar información a las personas mayores sobre los aspectos que determinan un envejecimiento activo y saludable; dotar a las personas mayores de las habilidades necesarias para prevenir las situaciones de dependencia y lograr un envejecimiento satisfactorio; promover la autonomía de las personas mayores con discapacidad; facilitar a los profesionales de la salud y los servicios sociales herramientas para conseguir un envejecimiento saludable y prevenir la dependencia, y, finalmente, generar un cambio de actitudes y un pensamiento positivo ante el envejecimiento.

Palabras clave

Empowerment. Envejecimiento activo. Formación. Información. Cambio, actitudes y habilidades.

«Knowing how to age and prevent dependency». A model for the design of didactic materials

ABSTRACT

The present article describes a research-action project based on qualitative methodology, which aims to promote active and successful ageing and prevent dependency. The main goals of the project are: to offer information to older adults on the factors leading to active and successful ageing; to provide elderly people with the skills needed to prevent dependency and achieve satisfactory

Este estudio se ha realizado con el apoyo financiero de Obra Social Caja Madrid.

Correspondencia: M.T. Sancho.
Observatorio de Personas Mayores.
IMSERSO.
Ginzo de Limia, 58 c/Va Avda. de la Ilustración.
28029 Madrid. España.
Correo electrónico: mtsanchoc@nitas.es

ageing; to promote autonomy in elderly people with disabilities; to supply health and social services professionals with tools to achieve successful ageing and prevent dependency; and to change attitudes and generate positive thinking about ageing.

Key words

Empowerment. Active ageing. Training. Information. Change, attitudes, skills.

INTRODUCCIÓN

Todavía con excesiva frecuencia se tiende a asociar las situaciones de dependencia y discapacidad a la edad, como si fueran acompañantes inevitables del proceso de envejecimiento. La evidencia científica y los datos sobre incidencia de la discapacidad demuestran la falsedad de esta corriente de opinión que genera importantes efectos perversos. Sin entrar en el análisis de las cifras de prevalencia, podemos afirmar que la inmensa mayoría de las personas mayores no sufre discapacidad alguna y más del 85% son totalmente independientes y capaces de desarrollar una vida normal y autónoma hasta edades muy avanzadas¹. La discapacidad y la dependencia son consecuencia de factores variados, entre los que destacan muy llamativamente la enfermedad y también la edad, siempre que ésta no se considere de forma aislada e independiente de otros factores. La diferencia es de extraordinaria importancia; la que media entre un hecho inexorable y otro modificable. Efectivamente, las tasas de envejecimiento, tanto en el mundo desarrollado como en países en vías de desarrollo, no hacen sino aumentar y así seguirán haciéndolo, por fortuna, durante los próximos años, con especial relevancia para el grupo de mayores de 80 años, que es el que crece de forma más intensa. Si el número de personas en situación de dependencia fuera irremediablemente proporcional, poco sentido tendría establecer discusión alguna respecto a ello, pero las experiencias conocidas en algunos países como el Reino Unido, Suecia y EE.UU. demuestran que este supuesto incremento unidireccional de la dependencia puede estar experimentando cambios notables que nos permitirían

hablar de un descenso de la prevalencia de la dependencia^{2,3} y, por tanto, del cumplimiento de la teoría de la compresión de la morbilidad⁴. Prueba de ello es que mientras la población mayor estadounidense ha aumentado de 26,9 a 35,3 millones de personas entre 1982 y 1999, la de individuos mayores de 65 años con discapacidades crónicas se ha mantenido estable, alrededor de los 7 millones durante todo el período, cuando las proyecciones efectuadas señalaban una cifra por encima de los 9 millones⁵. Esta disminución real se atribuye a un mejor acceso de la población a la educación, tanto en los aspectos puramente intelectuales como sanitarios, a los mejores estándares de calidad de vida y a la adopción progresiva de actividades, actitudes y estilos de vida más saludables, como la disminución del consumo del tabaco y el aumento de la actividad física. También se consideran importantes los cambios en el entorno en pro de una mejor accesibilidad, las ayudas técnicas, así como los nuevos abordajes de las enfermedades crónicas.

El envejecimiento activo y saludable^{6,7}, a través del proceso de optimización selectiva con compensación⁸⁻¹⁴, está ligado a múltiples variables interrelacionadas. Si bien la salud física ocupa un lugar fundamental en este proceso, no es menor la importancia de otros factores constitutivos del concepto de salud. Los factores psicológicos, tanto cognitivos como emocionales, la capacidad de relacionarse, el nivel de participación social, la autoeficacia, el entorno afectivo y familiar, la estabilidad económica, la seguridad, la visión del futuro, las expectativas vitales, etc., son variables esenciales en la predicción de un envejecimiento saludable¹⁵⁻²⁷.

Progresivamente, las sociedades modernas envejecidas empiezan a disociar cada vez con mayor claridad el binomio edad-dependencia, ante la evidencia de que la etapa de la vida que discurre a partir de los 60 o 65 años se caracteriza por la actividad, la consecución de proyectos nuevos o inacabados y el desarrollo de iniciativas útiles socialmente. Consolidar esta tendencia supone que, tanto desde las administraciones públicas como desde la iniciativa social, se emprendan políticas y programas de envejecimiento activo para promocionar dicha situación

en un doble aspecto: la mejoría de la calidad de vida de quien ya ha alcanzado la edad de jubilación e incluso la avanzada vejez y la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes en las personas más jóvenes que hagan posible la prolongación de la vida activa e independiente hasta su límite máximo. Ambos objetivos pueden ser alcanzables y de amplia rentabilidad social. El primero, porque está demostrado que nunca es demasiado tarde para un cambio de actitud vital que favorezca la salud, como se ha evidenciado en los casos de abandono del hábito tabáquico o alcohólico, o en los efectos de la actividad física a cualquier edad. El segundo, porque es un hecho científico que la forma más segura de garantizar un estado físico, mental y social adecuado en el futuro es el desarrollo durante toda la vida de actitudes positivas y hábitos saludables.

La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) se ha propuesto hacer útil y operativo el conocimiento y los resultados de la investigación sobre el envejecimiento activo y saludable, ofreciendo herramientas de información y aprendizaje a los propios interesados, tanto personas mayores como aquellas con edades próximas a la jubilación, que les ayuden a conseguir tan deseado objetivo: vivir muchos años de forma satisfactoria y autónoma, responsables y dueños de su propia vida y de su futuro, y con altas cotas de compromiso social.

Una de estas iniciativas es el proyecto «Saber envejecer. Prevenir la dependencia», que se describe a continuación y que está contando con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Obra Social Caja Madrid.

El referente conceptual de este proyecto ha sido el documento presentado por la OMS como contribución a la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento (Madrid 2002): «Envejecimiento activo: un marco político». Es un trabajo fruto de un laborioso y participativo proceso de debate y colaboración de expertos procedentes de diferentes disciplinas y lugares del mundo. En este documento se aborda una serie de aspectos clave en relación con el envejecimiento que lo han convertido en referente para la planificación y la toma de decisiones en cualquier ám-

TABLA 1. Los determinantes del envejecimiento activo (Organización Mundial de la Salud, 2002)

Determinantes transversales	Cultura, sexo
Determinantes relacionados con los servicios sanitarios y sociales	Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, servicios curativos, asistencia larga duración, servicios de salud mental
Determinantes conductuales	Tabaquismo, actividad física, alimentación sana, salud bucal, alcohol, medicamentos, cumplimiento terapéutico
Determinantes relacionados con los factores personales	Biología y genética, factores psicológicos
Determinantes relacionados con el entorno físico	Entornos físicos, seguridad en la vivienda, caídas, agua limpia, aire puro y alimentos sanos
Determinantes relacionados con el entorno social	Apoyo social, violencia y abuso, educación y alfabetización
Determinantes económicos	Ingresos, protección social y trabajo

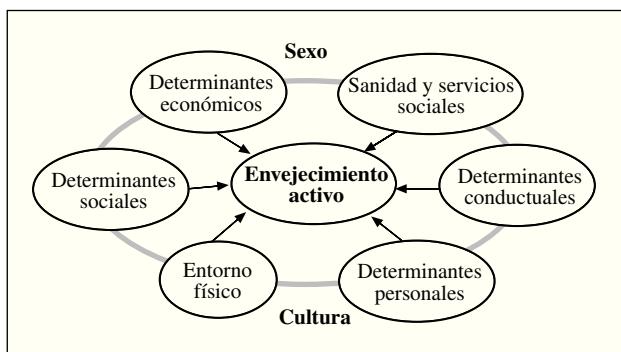


Figura 1. Determinantes de la salud que afectan al proceso de envejecimiento.

bito. En él se define el envejecimiento activo como «el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen». Este concepto se convierte en el paradigma de la participación de los ciudadanos mayores en los procesos sociales y personales como clave de calidad de vida y autonomía, cualquiera que sea la situación de independencia o discapacidad de estas personas.

El afrontamiento del envejecimiento desde el enfoque del ciclo vital lleva implícito el reconocimiento de la diferencia, la diversidad y la falta de homogeneidad del denominado colectivo de personas mayores. Se impone, por tanto, la obligación de diseñar intervenciones y programas adaptados a las diferentes necesidades de este grupo de población y a tener en cuenta los contextos y factores ambientales en que las personas envejecen. El término «envejecimiento activo» fue adoptado por la OMS a finales de los años noventa con el objeto de transmitir un mensaje más completo que el de «envejecimiento saludable» para reconocer así otros factores, además de los sanitarios, como determinantes del envejecimiento²¹.

En el diseño del proyecto que se presenta se ha tenido en cuenta la evidencia empírica disponible sobre los grandes determinantes de la salud que afectan al proceso de envejecimiento (tabla 1, fig. 1)²⁸.

Como se observará posteriormente, la mayoría de estos determinantes se tendrán en cuenta directa o indirectamente para el desarrollo de este proyecto.

EL PROYECTO «SABER ENVEJECER. PREVENIR LA DEPENDENCIA»

A través de este proyecto, se lleva a la práctica el nuevo paradigma del envejecimiento activo haciendo posible que las personas mayores tengan nuevas oportunidades de información y formación y que apoyen el aprendizaje durante toda la vida. Se trata, además, de ofrecer una

imagen del envejecimiento ajustada a la realidad y libre de estereotipos negativos.

Concretamente, los objetivos del proyecto son:

– Procurar información a las personas mayores sobre los aspectos que determinan un envejecimiento activo y saludable.

– Dotar a las personas mayores y de edades previas de las habilidades necesarias para prevenir las situaciones de dependencia y lograr un envejecimiento satisfactorio.

– Promover la autonomía de las personas mayores con discapacidad.

– Facilitar a los profesionales de la salud y los servicios sociales herramientas para conseguir un envejecimiento saludable y prevenir la dependencia.

– Generar un cambio de actitudes y un pensamiento positivo ante el envejecimiento.

La conceptualización teórica de partida conlleva que el proyecto se desarrolle bajo unas premisas que tengan en cuenta las necesidades de las personas mayores, expresadas de manera explícita e implícita a través de su participación en el desarrollo de todo este proceso. Para ello, los criterios que presiden esta iniciativa son:

– Abordaje de los temas desde una perspectiva interdisciplinaria, consustancial a la filosofía del envejecimiento activo y saludable.

– Generar procesos de empowerment entre las personas mayores, a través de materiales didácticos no infantilizados, comprensibles y atractivos.

– Participación de las personas mayores durante todo el proceso de elaboración a través de la utilización de metodología cualitativa de investigación.

– Población diana constituida por las personas que tienen mayores dificultades para acceder a la información: ámbito rural, bajo nivel socioeducativo y económico, población inmigrante mayor, etc.

– Además, el grupo familiar se configura como foco de especial interés de esta iniciativa. El diseño y los contenidos pretenden llegar a cualquier grupo de edad para generar cambios de actitudes hacia el envejecimiento.

A partir de estos objetivos y premisas, el proyecto se concreta en la elaboración de los siguientes materiales didácticos.

– Primera serie de 10 folletos.

– Segunda serie de 11 folletos.

- Guía didáctica para la utilización de los folletos a través de sesiones de trabajo (en proceso de finalización).
- Materiales audiovisuales (en proyecto).

METODOLOGÍA

Conocer las necesidades de la población a la que va dirigido este proyecto, sus expectativas y, muy especialmente, sus representaciones sociales en torno a conceptos como envejecimiento saludable, envejecimiento activo o simplemente envejecer bien ha sido un objetivo central de todo este proceso. Parece obvio, y de hecho es uno de los principios intrínsecos a toda intervención social, pero la realidad, que en este tipo de iniciativas no existen antecedentes, al menos en castellano, de procesos metodológicos similares. La participación de los potenciales usuarios en las investigaciones gerontológicas sigue siendo una práctica escasa.

Éste ha sido el proceso seguido en esta ocasión, señalando desde un principio que esta metodología de trabajo puede generar cierta «incomodidad» a los profesionales puesto que, al menos en nuestro caso, nos hemos encontrado con algunas sorpresas no previstas que demuestran, una vez más, la importancia de preguntar antes de actuar y no utilizar en exceso la presunción de nuestra profesionalidad. Asimismo, nos ha obligado a renunciar en ocasiones a ideas y diseños que no han estado refrendados por los participantes en la investigación. En definitiva, la totalidad del proyecto se ha ido configurando desde una apuesta global e interdisciplinaria, utilizando una metodología cuya base ha sido la implementación de los resultados de una parte en la configuración de la siguiente.

Desde el inicio de esta iniciativa se había previsto la realización de un estudio previo cualitativo como herramienta de gran utilidad para diseñar el contenido del material didáctico. Sin duda, la metodología cualitativa es la más adecuada para afrontar este tipo de investigación, que trata de ahondar y esclarecer el mundo de las vivencias, sentimientos, percepciones y actitudes de grupos sociales concretos, como lo es el de las personas mayores, extraiendo discursos significativos sobre temas y ámbitos de los que ellos mismos son protagonistas, y con una cierta carga de dificultad para ser tratados de manera más directa, o más estructurada, entre otras razones por su amplitud e inconcreción de partida. Específicamente, la técnica cualitativa del grupo focal porque presenta la posibilidad de crear discursos, que desde la individualidad se configuran como colectivos, y que tienen la característica especial de no estar predeterminados. Desde la moderación se lanza la propuesta del tema sobre el que el grupo debe hablar y se controla que se hable de todo lo que tiene referencia con el tema; la visión que cada individuo aporta, el debate que ello suscita y el diálogo que se establece enriquecen profundamente el abordaje de los objetivos, sobre todo cuando se trata de profundizar y evidenciar aspectos

que van más allá de lo obvio. Las técnicas cualitativas, y muy concretamente el grupo de discusión, tienen suficiente entidad como para construir el cuerpo entero de una investigación, tal y como las aborda y señala Ibáñez²⁹ en su libro *Más allá de la Sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica*¹. El grupo de discusión aparece por encima y por delante de la encuesta estadística, por encima porque es mayor su potencia metodológica (lógicamente superior y matemáticamente anterior: la encuesta pertenece al habla, el grupo de discusión a la lengua); por delante, porque se funda en una ruptura epistemológica posterior (la renuncia a la ilusión de transparencia del lenguaje y su consideración como objeto, y no sólo como instrumento de la investigación social, y estos dos aspectos del grupo de discusión son reales).

Etapas del proyecto

En la figura 2 se muestran las etapas de desarrollo del proyecto de confección del material didáctico, simbolizando un proceso en el que la intercomunicación ha sido permanente entre la totalidad del equipo que ha trabajado en la elaboración de estos materiales didácticos: desde quienes han configurado los textos, los contenidos temáticos, los gráficos, la confección del soporte, etc., han tenido como característica su dinamismo, su comunicación, y apertura de miras para trabajar en un proyecto multidisciplinario como éste.

– Investigación cualitativa «Saber envejecer. Prevenir la dependencia». El objetivo de esta primera investigación ha sido la obtención de las líneas básicas de los contenidos del material didáctico, profundizando en las percepciones de las personas mayores, y desde ellas mismas, en sus reflexiones sobre lo que supone envejecer saluda-

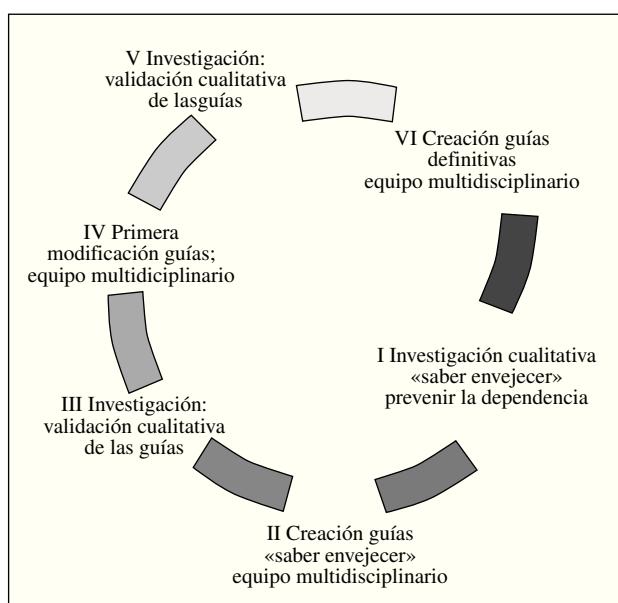


Figura 2. Etapas de la confección del material didáctico.

blemente, qué carencias tienen sus hábitos, conocimientos y habilidades para lograr una vejez satisfactoria, cómo son las representaciones simbólicas del envejecimiento activo, indagando en los atributos, en los estereotipos y en las necesidades que pueden expresarse con una cierta fluidez, o aquellas que están latentes pero no pueden verbalizarse.

– Creación de los primeros folletos «Saber envejecer. Prevenir la dependencia». Como consecuencia, tanto de los conocimientos e investigaciones profesionales y científicas en el ámbito de la vejez como de una parte significativa de las conclusiones de esta investigación sociológica, un equipo multidisciplinario, compuesto por geriatras, gerontólogos/as, psicólogos/as y pedagogos/as, ha diseñado las primeras propuestas para la elaboración de los materiales didácticos, que en esta primera fase se circunscriben a los temas que deben considerarse y cómo deben ser tratados y expuestos. Desde estas directrices este mismo equipo elabora los textos de los primeros folletos y un equipo de creativos confecciona formalmente, de acuerdo con estos textos y criterios, las primeras guías.

– Investigación cualitativa para la validación de los folletos «Saber envejecer. Prevenir la dependencia», primera parte. Se han seleccionado 4 folletos, que responden a los primeros 4 temas abordados, y se someten al juicio de las personas mayores, las mismas de las que se ha obtenido la información para confeccionarlas en la primera investigación. El objetivo de esta fase de la validación se centra fundamentalmente, pero no únicamente, en testar todo lo que afecta a los aspectos formales (formato, fotografía, composición de páginas, textos, etc.), así como en el tono y comprensibilidad de los textos y de sus mensajes.

– Modificación/adaptación de los folletos «Saber envejecer. Prevenir la dependencia». El equipo de profesionales y creativos, con las conclusiones y sugerencias de la primera parte de la validación, ha modificado los 4 folletos testados, y continuado con la creación de los restantes, hasta completar los 10 títulos.

– Investigación cualitativa para la validación de los folletos «Saber envejecer. Prevenir la dependencia», segunda parte. De nuevo se han seleccionado 4 folletos para ser testados; en esta fase de la evaluación el objetivo es validar los cambios formales, pero fundamentalmente el contenido de los folletos en lo que se refiere a los textos: su organización global; los párrafos, las palabras, y, por supuesto, la comprensibilidad global y concreta de los mensajes.

– Confección de los folletos definitivos. Con las conclusiones de esta segunda parte de la validación cualitativa, ha finalizado el proceso de confección definitiva de los 10 folletos, que ha desarrollado el equipo multidisciplinario de profesionales socios de la SEGG, en colaboración con un equipo de diseñadores.

Concreciones metodológicas

Para la investigación cualitativa se ha utilizado la técnica de grupo de discusión o focal como herramienta metodológica. Siguiendo las pautas del proyecto, el público diana han sido las personas mayores y las que están en edades previas o prejubiladas que han participado en un total de 13 grupos. De todas ellas, se pretende llegar de manera prioritaria a las que tienen más dificultades para acceder a la información. En consecuencia, la configuración de los grupos de discusión ha contemplado los siguientes criterios:

- Número total de grupos: 13.
- Cinco en la fase previa explorativa (corresponde a la fase I en la fig. 2).
- Ocho en la segunda fase: 5 para validar los aspectos formales y el lenguaje (corresponde a la fase III en la fig. 2) y 3 para validar el contenido de los textos (corresponde a la fase V en la fig. 2).

Características de los grupos de personas mayores

- Ámbito geográfico: nacional.
- Edad: de 55 a 80 años.
- Sexo: varones y mujeres.
- Estatus socioeconómico: medio, medio-bajo.
- Hábitat: rural, semiurbano y urbano/metropolitano.
- Situación laboral: prejubilados, jubilados, no activos (nunca han desarrollado un trabajo remunerado), activos.
- Situación familiar: convivencia con pareja e hijos, convivencia con pareja, viven solos/as.
- Estado de salud: buen estado de salud/sin discapacidad, problemas de salud sin afectar a la dependencia.
- Número de personas en cada grupo: entre 8 y 10.

En todos los procesos de análisis se han formado 4 grupos de varones, 4 grupos de mujeres y uno mixto. Los lugares de celebración han sido los siguientes: Linares (Andalucía), corona metropolitana de Madrid, Rabal-Celanova (Galicia), Guijuelo (Castilla y León), Ayerbe (Aragón), Arcos de Jalón (Castilla y León) y Alcázar de San Juan (Castilla-La Mancha). En el primer estudio y en la primera fase del segundo estudio, se repitieron los componentes de los 5 grupos de discusión para contrastar si los temas y su tratamiento se correspondían con las propuestas que emanaron de sus discursos. Los últimos grupos realizados en la fase final se configuraron con personas y lugares diferentes.

Todos los grupos de discusión se han desarrollado con un guión-base, que se ha ido adaptando a las características de cada grupo. Su duración aproximada ha sido de 120 min; se ha grabado el contenido de todas las sesiones (las transcripciones están disponibles en la sede de la SEGG).

Guion de los grupos de discusión de personas mayores

- Presentación.
- Qué se entiende por envejecer, ser mayor.
- Percepción de la imagen social de las personas mayores.
- Expectativas vitales: personales, familiares, sociales, en relación con la salud, los hábitos, el uso del tiempo, el mantenimiento de la independencia personal, la prevención, la seguridad, las actividades para aprender, los proyectos.
- Cumplimentación de las expectativas durante el curso de la vida en cada uno de los aspectos señalados en el apartado anterior.
- Qué se entiende por «envejecer saludablemente».
- Carencias percibidas para conseguir un buen envejecer (analizando cada uno de los aspectos reseñados).
- Recomendaciones desde la experiencia acumulada.

Los grupos de profesionales se realizaron en Madrid.

RESULTADOS

El proyecto «Saber envejecer. Prevenir la dependencia» ha tenido 3 tipos de resultados:

1. El conocimiento generado a través de la investigación cualitativa realizada con grupos de personas a partir de los 50 años sobre los siguientes aspectos:
 - Percepciones en torno al envejecimiento.
 - Expectativas vitales en esta etapa de su existencia.
 - Representaciones simbólicas sobre el envejecimiento saludable y las acciones más adecuadas para prevenir la dependencia.
2. Diseño y elaboración de 10 folletos sobre temas diversos, en el marco de un proceso de investigación-acción a través del diseño de materiales didácticos e introducción sucesiva de modificaciones sugeridas por sus potenciales usuarios.

3. Elaboración de otros 11 folletos y de una guía didáctica para su desarrollo y utilización en ámbitos comunitarios (en proceso de finalización).

Investigación cualitativa previa

Percepciones de las personas mayores sobre la vejez

Entender cómo se afronta la vejez requiere profundizar en lo cotidiano, en la utilización del tiempo, en sus deseos y sus aspiraciones, así como en la coherencia con las realidades que viven en cada momento. Todos estos aspectos, que van conformando su existencia, han sido objeto de la primera parte de esta investigación cualitativa. Se resumen, a continuación, los más destacados:

– Qué significa envejecer. Los discursos en torno al significado de envejecer son discursos de la negatividad y de la carencia, de la limitación sin grandes diferencias de sexo, edad o condición social que sistemáticamente aparecen en cualquiera de los otros aspectos analizados.

– La imagen de la vejez desde las personas mayores investigadas se dibuja desde los siguientes parámetros: deterioro general, impotencia ante la pérdida de facultades, limitación del placer y supresión del «exceso», sentimientos de nostalgia y soledad, dependencia y abandono.

Estos elementos cristalizan en un sentimiento de pérdida de utilidad social y, por ello, de marginación social. La imagen que las personas mayores transmiten de sí mismas es «borrosa», «opaca». Estaríamos ante una percepción de invisibilidad social, muy acentuada en las mujeres mayores viudas.

Como se puede observar, este tipo de percepciones sobre la vejez están muy lejos del discurso sobre el envejecimiento activo utilizado en cualquier ámbito profesional^{6,12,13,21}. Parecería que se está produciendo una cierta negación de los sentimientos que tienen los protagonistas en su proceso de envejecimiento, en el que, paradójicamente, no se reconocen, y se disocia las representaciones simbólicas de la vejez y el envejecimiento como dos momentos vitales que en el ámbito de las percepciones no se encuentran casi nunca.

Expectativas vitales ante la vejez

En esta faceta del análisis, el sexo, la edad y la actividad laboral son factores determinantes en la construcción de opiniones y percepciones.

1. Las personas más mayores centran su vida alrededor de las siguientes expectativas:

– Vivir el día a día como un valor: tener la sensación de que estar vivo es un valor en sí mismo nada despreciable; aunque se añoran tiempos pasados, incluso del pasado más reciente, la vida en sí misma es la gran aspiración, sin

grandes planteamientos de futuro y con la máxima continuidad en su trayectoria vital.

– Mantener buena salud, o la mejor salud posible, que permita conservar la independencia, seguir viviendo en su casa y su entorno, con sus vivencias del pasado.

Una vez más, la limitación y la escasez en las expectativas vitales son la nota predominante en este grupo.

– Las personas más jóvenes expresan claramente un sentimiento de exclusión social ante la jubilación anticipada y un cierto rechazo a las demandas familiares que les implican excesivamente en tareas de cuidado, tanto de sus padres como de sus nietos. Obviamente, sus autopercpciones como cuidadores de unos u otros son muy diferentes.

En todos ellos la utilización del tiempo y su asociación con situaciones placenteras aparece con expectativas muy pobres.

El envejecimiento activo y saludable: representaciones simbólicas

Las personas mayores que han participado en este estudio elaboran las líneas generales de lo que entienden por envejecimiento activo, siempre desde su experiencia vital, sus vivencias y sus posibilidades reales que creen puede ofrecerles el entorno en el que transcurren sus vidas. Envejecer activamente significa para ellos mantenerse activo física y mentalmente, constatando continuamente la importancia que tiene vivir en ámbitos rurales o urbanos para lograr este objetivo. En este marco de análisis sus discursos han sido revisados desde 3 ámbitos de intervención:

1. Mantener la autonomía personal. La buena salud física y mental pasa por la toma de conciencia de la necesidad de aprender a cuidarse, que para ellos supone: evitar abusos, dejarse orientar por el médico, tener revisiones periódicas, alimentarse adecuadamente, hacer ejercicio caminando diariamente, tener una vida metódica y activa en lo cotidiano, y cuidar otros aspectos, como la salud bucodental, el oído y la vista.

2. El compromiso personal con la vida. Las actitudes positivas ante el envejecimiento son reconocidas como indispensables para envejecer bien: saber disfrutar del tiempo, utilizar la experiencia vital, apoyar a otros y disfrutar de la vida. En las mujeres solas y viudas, la superación de las barreras sociales que les imponen roles no deseados aparecen como objetivo fundamental que facilitaría su deseo de proyectarse más allá de las tareas del hogar. En el caso de los varones, reconocen la necesidad de «entrar» a compartir estas tareas y manifiestan su preocupación ante la falta de habilidades para realizarlas, lo que compromete su independencia futura.

3. El compromiso social con la vida. Como identidad social, la vinculación activa a la sociedad aparece como

una garantía para un envejecimiento saludable que se concreta en 3 aspectos:

– Una buena convivencia con la pareja, recuperando tiempos perdidos, manteniendo la sexualidad activamente y haciendo un esfuerzo por conocerse mejor.

– Las buenas relaciones sociales como forma de enriquecimiento, proyección y disfrute personal. Se reconoce a las asociaciones como vehículo adecuado para canalizar esta faceta.

– La capacidad para desarrollar proyectos nuevos. Aprender habilidades nunca descubiertas antes o profundizar en otras conocidas y, por qué no, hacer realidad algún sueño.

Como se puede observar, se manifiesta un alto grado de contradicción entre su percepción de la vejez y la expresión de lo que podrían ser sus expectativas de buen envejecer. La ausencia de expectativas no encubre una representación bastante clara de lo que en su opinión debe ser el envejecimiento activo y saludable.

Por todo ello, el diseño de materiales didácticos para estas personas debe responder a este complejo reto y conjugar sentimientos negativos ante un futuro muy próximo o un presente negado, con posibilidades de cambio muy positivas.

Para finalizar este apartado, incidimos una vez más en las grandes diferencias entre los grupos, por razones de sexo, edad y actividad que nos han ayudado a sistematizar su posición ante la información y el uso de materiales didácticos de la siguiente forma:

– Colectivos con mayor necesidad de recibir información y formación y con mayores dificultades para afrontar el futuro inmediato: los varones activos, prejubilados y recién jubilados.

– Colectivos más receptivos a recibir información: mujeres.

– Mejores medios para transmitir la información: servicios sanitarios y sociales de atención primaria.

– Informaciones necesarias: todas las expresadas como «ideales», que no se concretan en acciones estructuradas y cotidianas.

LA ELABORACIÓN DE MATERIALES DIDÁCTICOS. UN PROCESO DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

Los primeros folletos

Las conclusiones extraídas del estudio precedente han sido suficientemente reveladoras para ayudarnos a con-

TABLA 2. Áreas y temas elegidos

<i>Envejecer bien (rojo)</i>	<i>Cuidar la salud (azul)</i>	<i>Sentirse bien (verde)</i>
Como nos cambian los años	Controla tu salud	Ejercicio físico
Buenas relaciones	Alimentarse bien	Cuidar mi casa
Mujeres	Prevenir las caídas	Aprender
Varones		

cretar cuáles serían los primeros temas que se debe abordar, así como a esbozar algunas ideas sobre cómo facilitar su comprensión a través de un diseño atractivo y sencillo, y cómo combinar informaciones tradicionales sobre hábitos saludables con otros temas más relacionados con el desarrollo personal y la generación de procesos de capacitación (*empowerment*). En consecuencia, comenzamos el trabajo de redacción y diseño de los 10 folletos, sistematizados en tres grandes áreas temáticas, que en ocasiones son difícilmente separables, como sucede con el abordaje de cualquier intervención en el ámbito del envejecimiento activo. Las áreas y temas elegidos se enumeran en la tabla 2.

Por último, debemos aclarar que el término investigación-acción fue propuesto por primera vez en 1946 por Kurt Lewin. Se trata de una forma de investigación para enlazar el enfoque experimental de la ciencia social con programas de acción social que respondan a los problemas sociales principales. Mediante la investigación-acción se pretende tratar de forma simultánea conocimientos y cambios sociales, de manera que se unan la teoría y la práctica.

Validación de los materiales didácticos

Una vez elaborados los primeros borradores, se sometieron cuatro de ellos al análisis y evaluación de los grupos de personas mayores.

Como comentario general, hay que señalar que las primeras reacciones espontáneas ante estos folletos han sido claramente positivas. El material se acoge como algo propio, claramente destinado a los interlocutores de los grupos; esta identificación como sujetos destinatarios del material presentado provoca en los participantes de los grupos un alto grado de interés en su análisis. No obstante, esta identificación también provoca, en algunos casos, una considerable dificultad para llevar a cabo un análisis objetivo de sus contenidos alejados del interés y de la problemática personal, a la que permanentemente evocan a lo largo de las dinámicas, aunque no sea sino una manera de constatar que los temas tratados en los folletos son temas «suyos».

Se reflejan a continuación los aspectos más destacables del proceso validación-modificaciones-validación, agrupando todos ellos en las diferentes áreas analizadas.

Fotografía

Especial atención merece al análisis cualitativo de la fotografía, ante la importancia que ha adquirido en este proyecto. La utilización de esta opción visual como forma de transmisión de información y de sensaciones, y como instrumento de motivación en estos materiales didácticos, es esencial y cumple un papel central en personas mayores de la tipología a la que van destinadas, principalmente porque están poco habituadas a la lectura, en beneficio de su familiaridad con el mundo de la imagen a través de



Figuras 3 y 4. Primeras propuestas de fotos para el folleto «ejercicio físico».



Figura 5. Fotografía del primer plano de una cara de señora, con verduras/flores.



Figura 6. Fotografía de señoras echadas en la arena.

los medios de comunicación audiovisual, por ejemplo la televisión, a cuya audiencia son habituales.

El factor de «enganche» con la fotografía está basado en su capacidad de representatividad. Para nuestra sorpresa, con carácter general y en una mirada global del conjunto, la mayoría de las fotografías presentadas son percibidas como bastante representativas de la realidad cotidiana de las personas mayores. No obstante, y partiendo de este hecho, habría que matizar lo siguiente:

– Las imágenes que muestran los aspectos de la vejez menos positivos, como es el deterioro físico, provocan polémica y suscitan cierta incomodidad y rechazo, expresa da inequívocamente en fotografías como las que muestran aquí. Por el contrario para el equipo de profesionales eran fotos desenfadadas, realistas y en algún caso, como en el de las bañistas, con alto grado de ternura (figs. 3 y 4).

– Se constata que mayoritariamente se admite mucho mejor, y por tanto consiguen mejor su objetivo, las imágenes agradables, las que muestran el «ideal» de persona mayor: buen aspecto, agilidad, belleza, bien vestida y arreglada, en una situación deseable: acompañada (no en soledad), realizando actividades agradables, divirtiéndose...

– La identificación, ya sea con la vida real presente o pasada, con los deseos, con las expectativas positivas, o incluso con los mejores sentimientos personales, es definitiva en la aceptación de cada fotografía.

– El contenido simbólico de la fotografía, fundamentalmente la de portada, es importante, hasta el punto de provocar el rechazo o la aceptación de un folleto, con independencia del interés del tema (esto ha sucedido con caídas y ejercicio físico).

Desde estas premisas, veamos algunas de las fotografías presentadas en estos primeros 4 folletos que gustan a la mayoría de los componentes de los grupos (figs. 5 y 6).

– Fotografía del primer plano de la cara de señora, con verduras/flores (fig. 5). Además de evocar la importancia de la buena nutrición para el bienestar general, muestra una imagen de felicidad.

– La fotografía de señoras tumbadas en la arena (fig. 6): fotografía calificada de bonita; transmite relax, tranquilidad; es la imagen de mujeres mayores bien conservadas físicamente, con aspecto agradable.

Por el contrario, cuando las imágenes que se presentan suscitan confusión, o generan contradicciones, no funcionan como soporte de información y la controversia que se produce en torno a ellas suele desembocar en rechazos más o menos explícitos. Veamos un ejemplo: la aceptación de la portada de la figura 7 fue escasa por 3 aspectos percibidos como negativos: el tema en sí mismo, la soledad de su protagonista y el árbol caído.



Figura 7. Propuesta de portada con escasa aceptación.

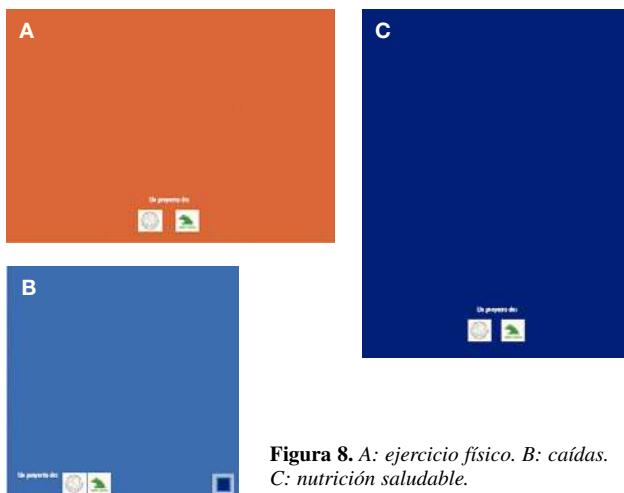


Figura 8. A: ejercicio físico. B: caídas. C: nutrición saludable.

Formato

En cuanto al formato de los folletos, se realizaron 3 propuestas: rectangular o apaisado, cuadrado pequeño y tipo libro, grande (fig. 8A, B y C).

Los dos elementos que se han tenido en cuenta para evaluar el formato de las guías han sido su atractivo y manejabilidad.

Se han emitido opiniones muy variadas; el formato apaisado es el menos atractivo para todos los grupos. El grande, representado por nutrición saludable, ha tenido mucha aceptación entre las personas más mayores y de ámbitos rurales. No debemos olvidar que el modelo utilizado, nutrición, ha sido especialmente sugestivo en este tipo de grupos.

En los grupos con participantes más jóvenes, y de ámbito urbano, se aprecia más el formato cuadrado y pequeño. Es un formato que identifican con material de contenido divulgativo, más vistoso, más manejable y con menos contenido de texto. También algunos hombres de más edad lo consideran más manejable que otros tamaños, más fácil de llevar encima, o de guardar, que el de formato más grande.

Contenidos

Con carácter general, la comprensión del contenido de los textos no presenta problemas relevantes que pongan en duda su validez, a excepción de alguna palabra o expresión concreta, técnica o excesivamente profesional (p. ej., capacidad aeróbica, las endomorfinas, etc.). Destacamos a continuación algunos aspectos relevantes en relación con los contenidos:

– La comprensión es muy elemental, muy inmediata, y se elabora a partir de ideas centrales pero genéricas. Se comprende mejor cualquier idea/recomendación de la

que se ha oído hablar a los prescriptores de actividades o de salud (al médico, en el centro de personas mayores, a los trabajadores sociales, etc.).

– Todas las referencias sencillas, que evocan actividades o actitudes que de alguna manera ya están incorporadas a su cotidianidad, se comprenden con más facilidad ya que incluyen recomendaciones sobre las que reciben constantes indicaciones de médicos, enfermeras, etc. Pero además, se valora especialmente que sus contenidos son abordados desde un punto de vista novedoso, con un enfoque que integra también las relaciones con otras personas y la socialización como hábitos saludables.

– Las dificultades de comprensión surgen cuando se trata de ir más allá de los ejemplos concretos muy cercanos a la realidad cotidiana, y se pide desarrollar un cierto grado de abstracción sobre el contenido de los textos.

– Existe una tendencia general a extraer una serie de ideas centrales generales a todos los folletos. Estas ideas tienen que ver de manera fundamental con la salud y con todo lo que tenga que ver con lo relacional, aspectos de la vida especialmente valorados por los participantes en los grupos. No en vano los ejes centrales de lo que preocupa a las personas mayores son la salud/dependencia y la soledad. En todo caso, la comprensión de los conceptos utilizados es muy elemental, pero probablemente suficiente como para suscitar el interés para leer su contenido.

A modo de síntesis, se puede concluir que el contenido de los materiales didácticos presentados se valora muy positivamente, despierta interés y se afirma que son de gran utilidad para las personas mayores.

Uno de los grandes valores que se adjudican a los textos es su capacidad de motivación. A lo largo del discurso de los grupos se señala, una y otra vez, que los folletos motivan y estimulan para llevar a cabo las recomendaciones que en ellos se señalan. Cumplen, por tanto, el objetivo de servir de estímulo para desarrollar actividades y provocar conductas adecuadas ante determinados aspectos de la vida cotidiana.

«Tono» de los textos

Los grupos no aprecian espontáneamente grandes diferencias en el tono utilizado en los textos; es preciso inducir el tema en todos ellos; una vez planteado, las diferencias se aprecian y se valoran. En general, ninguno de los tonos molesta en exceso, aunque se llega a atribuir a cada tono una función distinta y a considerar la adecuación o inadecuación de cada uno de ellos a situaciones concretas.

– El tono descriptivo se admite bien, es «correcto». Se entiende que se utiliza para desarrollar un «relato» de lo que es oportuno hacer en cada ocasión; es impersonal, no se dirige al lector en concreto y, por tanto, no le implica directamente. Sirve para informar.

– El tono persuasivo (primera persona) es el que más gusta. Es valorado muy positivamente: se dirige directamente al lector, le implica, le estimula, tiene capacidad de persuasión. Pero además, no sólo gusta más que los otros porque provoca mayor identificación entre el lector y el texto; algunos aprecian que cuando el texto está en primera persona se produce un efecto positivo de responsabilización del propio lector, porque le otorga el papel de sujeto central.

En cuanto a la utilización de distintos sujetos verbales que enuncian los textos de los folletos, las diferencias parecen estar relacionadas con la comprensión. Es decir, todos los textos se comprenden bien: el descriptivo, el persuasivo y el imperativo, ya que las personas de los grupos están habituadas a todas estas formas de expresión. Más que de comprensión, sería preciso hablar de impacto, de la forma en que llegan mejor los mensajes al lector, con independencia de las preferencias.

Palabras clave para generar empowerment

Se ha incorporado a los textos una frase/mensaje común y reiterado en todos los folletos: «eres capaz», «me-

rece la pena»; estas frases aparecen escritas en otro color para ser resaltadas, y expresan literalmente uno de los objetivos de los folletos: fomentar e incidir directamente en un cambio de actitud ante el hecho de «hacerse mayor», suscitando motivaciones y actitudes positivas, de compromiso personal y social con la vida. En definitiva, se trataba de inducir de la forma más directa posible, el necesario *empowerment* entre los lectores de estos materiales. La realidad es que en los textos no llaman especialmente la atención; nadie espontáneamente se refiere a ellas, y, más aún, una vez sugeridas, tampoco se perciben como un llamamiento especial en el contexto del párrafo en el que están insertas.

Párrafos y gráficos

La buena relación entre los aspectos formales y el contenido ayuda a comprender y apreciar con mayor celeridad el conjunto de informaciones y recomendaciones que se transmiten. Durante esta investigación se ha profundizado en múltiples aspectos formales: tipografía, tamaño, títulos y subtítulos, organización del texto, color, etc. A modo de ejemplo, destacamos dos comentarios sobre párrafos y gráficos (figs. 9 y 10).



Figura 9. Primera propuesta.



Figura 10. Segunda propuesta.

– Los párrafos cortos facilitan la fluidez de la lectura y la comprensión del texto; por el contrario, los párrafos más extensos, dificultan la lectura porque producen cansancio visual. En este contexto, los párrafos largos se equiparan en incomodidad a la letra de tamaño excesivamente pequeño. La conjunción de párrafos cortos, convenientemente señalados/separados por apartados/temas, etc., es la mejor opción de maqueta, porque hace el texto más atractivo, legible, impactante, comprensible, y permite «descansar» entre párrafo y párrafo. En definitiva, evita el estrés en el proceso de lectura en una población con escasos hábitos de lectura.

– Algo parecido ha sucedido con los gráficos, cuyo grado de comprensión ha sido francamente escaso, en unos casos por la ilustración y en otros por su contenido, lo que nos ha llevado a introducir cambios prácticamente en su totalidad.

Pasar a la acción. Introducir modificaciones

En este proceso de investigación-acción, la totalidad del proyecto se ha ido configurando desde un acercamiento interdisciplinario y participado por las opiniones de sus potenciales usuarios. En coherencia con esta metodología, se realizaron modificaciones en casi la totalidad de los materiales didácticos elaborados, algunos de los cuales se reflejan a continuación.

Aspectos formales

Se ha adoptado un modelo único para los 10 folletos:

- Tamaño pequeño, cuadrado.
- Una primera página explicativa del contenido, con un índice numerado, que introduce la frase: «En este folleto vamos a hablar sobre...».
- Utilización de títulos para introducir el contenido de cada página.
- Separación de párrafos.
- Señalización, mediante símbolos más visibles, de los párrafos que indican el núcleo importante de la información, recomendaciones/actividades.
- Cambio de un importante número de fotografías. Las opiniones de las personas mayores sobre este aspecto han motivado un replanteamiento de las ideas preconcebidas del equipo que hemos realizado este trabajo, proclives desde un principio a insertar imágenes mucho más «reales» de este colectivo, más rurales, menos dulcificadas. Sin embargo, sus opiniones nos llevan a revisar nuestra postura y a pensar si estamos reproduciendo una imagen excesivamente estereotipada de las personas mayores, que cada día se parecen e identifican más con las que se presentan como «ideales» en los medios de comunicación.

Contenidos

Se ha intentado adoptar criterios de homogeneidad en el desarrollo del texto de cada folleto, teniendo en cuenta las siguientes percepciones:

– Los textos excesivamente conceptuales, que requieren un hábito de abstracción para ser entendidos, son peor aceptados.

– Los mensajes comunes a todos los folletos, que tienen como objetivo funcionar a modo de «idea-fuerza», son tratados de forma homogénea en la totalidad del material didáctico; se evita utilizarlos, por ejemplo, como títulos de capítulos concretos, porque se difumina su función global.

– En los textos se intenta aportar soluciones, actividades, propuestas concretas y ligadas a la cotidianidad de las personas mayores.

– El tono de los textos cuida especialmente la ironía, el humor, la utilización de figuras literarias ajenas o lejanas al mundo de las personas mayores, que pueden llegar a producir un efecto contrario al que se pretende.

– Todos los materiales didácticos tienen como objeto suscitar la curiosidad, la motivación, pero también especialmente no generar frustraciones entre los lectores ante la imposibilidad de llevar a la práctica las recomendaciones que se hacen; es importante «guiar» y dar luz sobre las soluciones para desarrollar todo aquello que se relata. El discurso de los grupos ha verbalizado con mucha frecuencia frases como: «Esto está muy bien, pero ¿cómo se hace? ¿Qué hago yo ahora? ¿Dónde tengo que ir?».

– Los textos más conceptuales, que describen procesos vitales desde un mundo de sensaciones y sentimientos, deben cuidar especialmente el lenguaje, porque la utilización de una sintaxis más rebuscada o un vocabulario más culto puede generar un texto mejor construido, pero también menos comprensible para los destinatarios.

En las figuras 11 y 12 se aprecian algunos cambios realizados.

Elaboración de 11 folletos nuevos

La riqueza de contenidos de todo este proceso de trabajo en el que se han unido los conocimientos de un grupo multidisciplinario de profesionales con las aportaciones procedentes del análisis de los discursos de las personas mayores, nos ha aportado suficiente información para hacer frente al abordaje de 11 temas nuevos, que durante el anterior proceso habían ido apareciendo, bien por su importancia o por la carencia de materiales didácticos sobre ellos. Los temas se detallan en la tabla 3.



Figura 11. A: primer diseño. B: diseño definitivo.

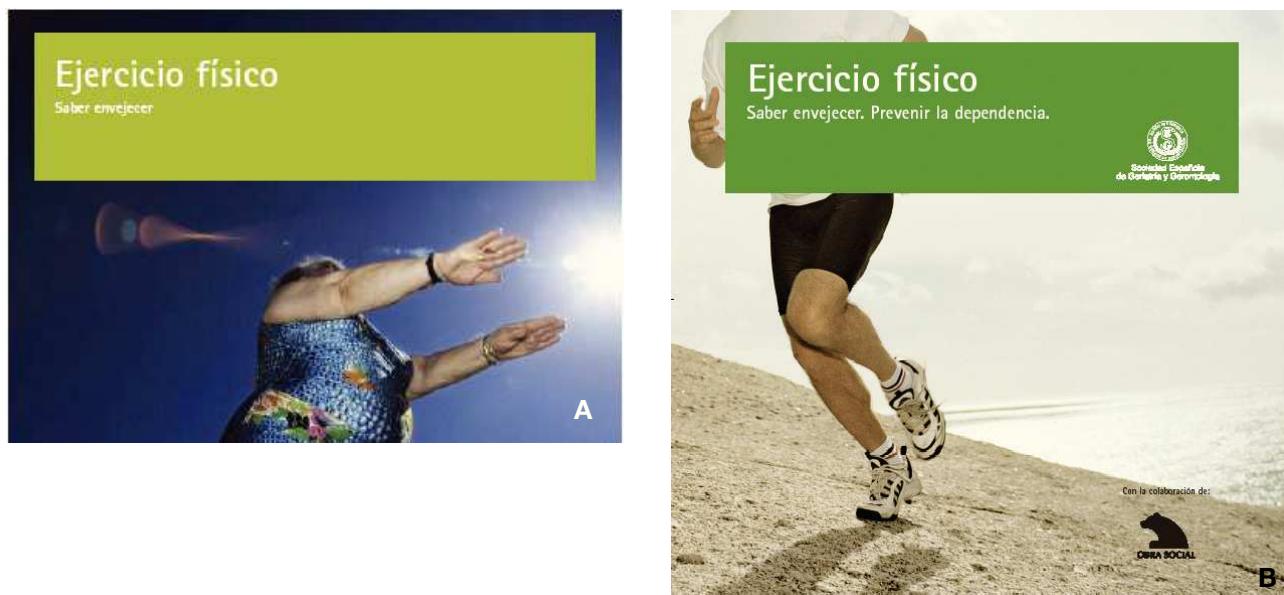


Figura 12. A: primer diseño. B: diseño definitivo.

TABLA 3. Temas de los 11 folletos nuevos

<i>Envejecer bien</i>	<i>Cuidar la salud</i>	<i>Sentirse bien</i>
Cuidar nuestro cuerpo Mente en forma Cuando falta tu pareja Familia	Depresión, no gracias Cuidar la vista y el oído Dormir es salud	Tomar decisiones Por favor, tráteme bien Relaciones sexuales Participar es vivir

Sin analizar esta segunda parte del proyecto, hemos de señalar que su proceso de elaboración ha sido complejo, especialmente en sus contenidos, más abstractos que en la primera ocasión y, por tanto, también más «subjetivos». Esperamos obtener valoraciones sobre ellos, ya que pueden analizarlos como documentación adjunta a este trabajo.

CONCLUSIONES

Hasta el momento se han distribuido 500.000 ejemplares de estos folletos, con una demanda constante que procede, sobre todo, de los ámbitos comunitarios de los servicios sociales y del mundo asociativo. Como consecuencia de esta demanda, la SEGG y la Obra Social Caja Madrid han cedido los derechos de edición al IMSERSO, que ha realizado una amplia reimpresión de este material didáctico.

Somos conscientes de que una colección de folletos no cambia la vida de las personas. Sin embargo, estamos convencidos de que pueden ser excelentes herramientas para abrir procesos de cambio. La primera parte del proyecto ha sido, seguramente, la más compleja y laboriosa al intentar cumplir con rigor uno de los objetivos metodológicos más importantes de esta iniciativa: conocer las opiniones y las percepciones de las personas mayores sobre el trabajo que estábamos realizando. Sin duda, ha sido un proceso enriquecedor, a veces sorprendente y en el que los profesionales que estamos implicados en esta idea hemos aprendido mucho, desmontado estereotipos y valorado la riqueza del trabajo interdisciplinario.

Estamos convencidos de que la investigación cualitativa, por su novedad y amplitud, servirá de guía para la elaboración de otros materiales didácticos: más folletos, recomendaciones sobre temas específicos, materiales audiovisuales, etc. Además, se está finalizando una guía en la que se desarrollan fichas didácticas, correspondientes a los contenidos de los 21 folletos que integran el proyecto y que constituirán un buen instrumento para ayudar al desarrollo de acciones socioeducativas dirigidas al fomento de estilos de vida saludables, activos y preventivos de las situaciones de dependencia. Merece la pena, ¿seremos capaces?

AGRADECIMIENTOS

En este, más que en cualquier otro proyecto, es de justicia decir gracias, asumiendo el riesgo de que alguien no sea citado y rogándole desde aquí que nos disculpe por ello: a la Obra Social Caja Madrid por su apoyo, no sólo financiero, sino también profesional y afectivo durante este proceso; a la OMS y en especial a Alexander Kalache, por su continuo entusiasmo, apoyo y difusión de nuestras iniciativas, pero, sobre todo, por su empeño en que el paradigma envejecimiento activo se convierta en realidad; a

todas las personas que han participado en los grupos de discusión, con ilusión, entusiasmo y responsabilidad, activando su capacidad de imaginación, abstracción y trabajo. También a todas aquellas personas que nos han prestado su imagen y que han participado con entusiasmo en las sesiones fotográficas; a Mayte Aranda, responsable de los estudios cualitativos, que con paciencia ha ido incorporando sugerencias, propuestas y cambios de opinión de todo el equipo; a Marian y Sergio, creativos de Tumbao, que han puesto muchas energías en este proyecto y aceptado sugerencias hasta fuera de tiempo, y sobre a todo a ti, Joaquín Midón, vicepresidente de la SEGG, que nos has dejado demasiado pronto y que tanta ilusión y trabajo pusiste en la redacción de este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud; 1999.
2. Cutler D. Declining Disability Among The Elderly. *Health Affairs*. 2001; 20:11-27.
3. Organización Mundial de la Salud. Global Burden of Disease. Review. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
4. Fries JF. Aging, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med*. 1980;303:130-5.
5. Manton K, Gu X. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2001;98:6354-9.
6. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist*. 1997;37:433-40.
7. Organización Mundial de la Salud. Growing older. Staying Well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life. Preparado por Heikkinen RL. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
8. Baltes P, Dittmann-Kohli F, Dixon R. New perspectives on the development of intelligence in adulthood: Toward a dual-process conception and a model of selective optimization with compensation. En: Baltes PB, Brim OG Jr, editores. *Life-span development and behaviour*. New York: Academic Press; 1984. p. 33-76.
9. Baltes P, Baltes M. Selective optimization with compensation-a psychological model of successful aging. *Zeitschrift Pädagogik*. 1989;35:85-105.
10. Baltes P, Baltes M, editors. *Successful aging*. New York: Cambridge University Press; 1990.
11. Baltes P, Staudinger U. Interactive minds in a life-span perspective: Prologue. En: Baltes PB, Staudinger UM, editors. *Interactive minds: Life-span perspectives on the social foundation of cognition*. New York: Cambridge University Press; 1996. p. 1-32.
12. Baltes P. On the incomplete architecture of human ontogenesis: Selection, optimization, and compensation as foundations of developmental theory. *American Psychologist*. 1997;52:366-80.
13. Baltes M, Cartensen L. The process of successful aging. *Aging and Society*. 1996;16:397-422.
14. Baltes PB, Lindenberger U, Staudinger UM. Life-span theory in developmental psychology. En: Lerner RN, editor. *Handbook of child psychology: theoretical models of human development*. New York: Wiley; 1998.
15. Everard KM, Lach HW, Fisher EB, Baum MC. Relationship of Activity and Social Support to the Functional Health of Older Adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 2000;55:208-12.
16. Bandura A. *Self efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press; 1995.
17. Berkman L. The role of social relation in health promotion. *Psychosomatic Medicine*. 1995;57:245-54.
18. Bleeker J, Lamers L, Leensers I, Kruyssen D. Psychological and knowledge factors related to delay of help-seeking by patients with acute myocardial infarction. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1995;63:151-8.
19. Bloom J. The relationship of social support and health. *Social Science and Medicine*. 1990;30:635-7.
20. Fernández-Ballesteros R, Calero M. Training effects on intelligence of older persons. *Arch Gerontol Geriatr*. 1995;20:135-48.

21. Kalache A, Kicbusch I. A global strategy for healthy ageing. *World Health.* 1997;4:4-5.
22. Lang FR, Rieckmann N, Baltes M. Adapting to Aging Losses: Do Resources Facilitate Strategies of Selection, Compensation, and Optimisation in Everyday Functioning? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences.* 2002;57B:501-9.
23. Organización Mundial de la Salud. *Health Systems: Improving Performance (World Health Report).* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
24. Seeman T. Social ties and health. *Ann Epidemiol.* 1996;6:442-51.
25. Thoits P. Stress, coping and social support processes: where are we? What next? *J Health Soc Behav.* 1995;36:53-79.
26. Uchino B, Cacioppo J, Kiecolt-Glaser J. The relationship between social support and psychological processes: a review with emphasis on underlying mechanism and implication for health. *Psychol Bull.* 1996;119:488-531.
27. Yanguas J, Buiza C, Etxeberria I, Galdona N, González M, Arriola E, et al. *Estudio Longitudinal Donostia de enfermedad de Alzheimer.* Salamanca: Ediciones Témpora; 2005.
28. Organización Mundial de la Salud. *Envejecimiento activo: un marco político.* REGG. 2002;37:74-105.
29. Ibáñez J. *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica.* Madrid: Siglo xxi; 2002.