

Víctor Ramón Lisón Loriente

Diseño, implementación y
evaluación de un programa
enriquecido en promoción de la
actividad física para la mejora de
la calidad de vida en adultos
mayores

Director/es

Murillo Pardo, Berta
García Bengoechea, Enrique

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE
UN PROGRAMA ENRIQUECIDO EN PROMOCIÓN
DE LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA MEJORA DE
LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

Autor

Víctor Ramón Lisón Loriente

Director/es

Murillo Pardo, Berta
García Bengoechea, Enrique

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Escuela de Doctorado

Programa de Doctorado en Educación

2020



**Universidad
Zaragoza**

**DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN
PROGRAMA ENRIQUECIDO EN PROMOCIÓN DE LA
ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD
DE VIDA EN ADULTOS MAYORES**

Autor:

Víctor Ramón Lisón Lorient

Directores:

Dra. Berta Murillo Pardo

Dr. Enrique García Bengoechea

2020

Facultad de Educación

Departamento de Expresión Musical, Plástica y Corporal

Tesis Doctoral



Universidad
Zaragoza

**DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN
PROGRAMA ENRIQUECIDO EN PROMOCIÓN DE LA
ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD
DE VIDA EN ADULTOS MAYORES**

Autor:

Víctor Ramón Lisón Lorient

Directores:

Dra. Berta Murillo Pardo

Dr. Enrique García Bengoechea

Zaragoza, 2020

Facultad de Educación

Departamento de Expresión Musical, Plástica y Corporal

Tesis Doctoral

“Si un motivo me ha motivado a escribir este volumen, es reforzar a aquellos que ya están trabajando: despertar ideas en las mentes de aquellos colegas que comparten conmigo el encanto del misterio de la salud” Antonovsky (1987).

AGRADECIMIENTOS

En estas líneas quiero agradecer a todos los que han contribuido al logro de esta tesis. Obviamente, hace ya varios años que empezó este proyecto, por lo que son muchas las personas que me han ayudado en todos los aspectos al logro de su consecución, desde amistades que se interesaron con una pregunta sobre cómo va tu tesis, hasta los que han elaborado junto a mí gran parte de este trabajo, pasando por las personas que han compartido este tiempo conmigo y, en algunas ocasiones, han sido igual o más consistentes que yo, **GRACIAS A TODOS DE CORAZÓN.**

Voy a nombrar a algunos de ellos y perdonad si me dejo a alguien, pero en mi mente y mi corazón yo sé que habéis estado conmigo.

Quisiera empezar nombrando a vosotros, los **adultos mayores** de los pueblos de mi Mancomunidad, sí, vosotros sois quienes cuando yo empecé a ser monitor deportivo allá por el 2002 en los pueblos de mi comarca (La Puebla de Alfindén, Alfajarín, Nuez de Ebro, Pastríz, Villafranca) siempre estabais presentes en todas las clases, con frío, lluvia, nieve a veces, calor, pero siempre veníais a clase, no fallabais nunca, siempre con una sonrisa y con mucho ánimo de participar en las sesiones. Fue ahí cuando me di cuenta de la importancia de la actividad física para vosotros y de lo que suponía en vuestros cuerpos y mentes y, desde ese instante, tuve el interés de conocer más sobre la influencia de la actividad física en vuestro colectivo.

Tras muchos años compaginando la docencia y las actividades deportivas como técnico deportivo e iniciar una nueva etapa de mi vida llegando al altar..., decidí seguir formándome en el Master Universitario de Innovación e Investigación en Educación para poder acceder, posteriormente, al Doctorado de Educación de la Universidad de Zaragoza. En este master tuve el honor y el placer de contar con la ayuda de una eminencia, la **catedrática Dña. Gloria Pérez Serrano**, ella dirigió mi trabajo fin de Master y logró que yo aumentara más

esa incertidumbre sobre los beneficios de la actividad física en las personas mayores, concretamente en su calidad de vida.

Una vez que acabé el Master tuve otra gran suerte, al matricularme en la Universidad de Zaragoza en el programa de Doctorado de la Facultad de Educación me asignaron como tutor a otra grandísima eminencia, **Dr. D. Eduardo Generelo Lanaspá**. Lo cierto es que hablar de él me genera vergüenza porque no soy nadie a su lado, alguien que desarrolla su labor con su entusiasmo y dedicación es un verdadero ejemplo para todos los que nos iniciamos en este campo. Recordaré siempre ese primer día, esa primera reunión en su despacho en Huesca, ya me estaba esperando ansioso y con interés: tenía bibliografía y literatura para que fuera iniciando el trabajo, me dio consejos, pautas, ideas ante todo el trabajo que tenía por delante sobre datos, libros, población del estudio, modelo teórico donde fundamentarme. La verdad es que salí de allí trastocado porque me pareció otro mundo, pero con su ayuda y la decisión de quien iba a dirigir mi tesis, se comenzaron a crear los cimientos de este proyecto.

Y ahí llegó ese momento, cuando Eduardo me propuso como directora de mi tesis a la **Dra. Dña. Berta Murillo Pardo**. Yo no sabía quién era, desconocía su perfil profesional, académico y su experiencia (recuerdo haberla buscado en las redes y descubrir que se había licenciado consiguiendo el premio extraordinario en CAFD en el Campus de Huesca). El primer día que quedamos al encontrarme a una chica jovencísima, mi pensamiento fue: *“pero si le saco 10 años o más; si no va a poder ayudarme; que sabrá ella de esto”*, que equivocado estaba. Esta tesis es tanto mía como suya, cientos de mails, reuniones presenciales y online, ideas para publicar artículos, consejos, rectificaciones, reconducciones, propuestas, etc. Lo mío no ha sido suerte, ha sido un milagro porque gracias a ti, Berta, este proyecto ha sido así, sino casi nada de lo diseñado se habría conseguido. Debo decir que además de su gran ayuda en mi tesis, puedo afirmar que es una impresionante profesional,

siempre formándose, aplicando, innovando, creando y, aunque no suele usarse en estos términos, de joven me encantaría ser como tú. Eminencia.

Otra de las decisiones que, tan acertadamente tomó Berta, fue contar con otra segunda persona que dirigiera conjuntamente la tesis con ella, cuatro ojos ven más que dos, así que seis aún mejor. Su propuesta de codirector al **Dr. D. Enrique García Bengoechea** fue un nuevo impulso y apoyo al proyecto, su impresionante experiencia, su templanza, sus conocimientos, han hecho que este trabajo en su fase final haya sido más exacto, robusto, preciso y, ha permitido un mejor desarrollo del mismo. Como él mismo dijo en una de las reuniones: *“vamos a intentar ser de la Champions”*. Espero poder seguir aprendiendo más de ti por muchos años, otra eminencia.

No puedo olvidarme de otra persona que para mí fue fundamental cuando accedí en su día a la Escuela de Doctorado y, posteriormente, durante cuatro cursos más, su coordinador, **Ángel Luis Cortés Gracia**, han sido muchas las veces que como estudiante he necesitado de información para trámites, datos, permisos, etc., y siempre ha estado ahí, muy amable, atento, cordial, entregado, funcional, efectivo. Gracias por solucionar siempre mis inquietudes y dudas.

Mi siguiente agradecimiento es al **Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA)** por aceptar mi investigación y orientar en su informe para que el diseño, desarrollo y evaluación fueran más satisfactorios.

A continuación, dos grandes profesionales: los responsables del área de Deportes de Utebo, **Juan Luis Felipe Moreno** como director-gerente y **Eva Vincelle Pérez** como coordinadora. Los conocí años atrás al hacer uso de las instalaciones deportivas siendo profesor de secundaria en la localidad y desde entonces me demostraron su implicación, entusiasmo y dedicación en el trabajo. Ellos aceptaron formar parte del estudio como grupo experimental de la intervención, porque siempre están haciendo su trabajo con el mayor

empeño y buscando aumentar las buenas prácticas de los usuarios del área de Deportes del municipio.

Por otro lado, tengo que nombrar a **Sergio Blasco**, coordinador de la Mancomunidad Ribera Izquierda del Ebro, nos conocemos desde nuestros tiempos durante los estudios universitarios, fuimos compañeros de fatigas por esos lares. Fuiste mi jefe muchos años y siempre estas fomentando la práctica deportiva a todos los vecinos de los pueblos que diriges. Gracias por ayudarme en este proyecto, colaborar en su difusión y hacer partícipes a los Adultos Mayores y a los técnicos deportivos.

Juan Carlos, Pilar y Yolanda, técnicos deportivos de Utebo, y **Alfonso, Alberto y Luis**, alumnos en prácticas, que puedo decir de todo lo que habéis hecho por este trabajo que aquí se expone, no tengo palabras para agradecer los dos años que hemos compartido de trabajo de campo con los adultos mayores, sin vosotros, sin vuestro día a día, vuestras aportaciones, propuestas, reflexiones, acciones, esto no hubiera sido posible, parte de esta tesis es más vuestra que mía, mil gracias.

Susana, Lorena, Kiko, Esther, técnicos deportivos de la Mancomunidad Ribera Izquierda del Ebro, y no solo eso, fuisteis mis compañeros de trabajo durante muchos años, nos une ese vínculo desde entonces y eso ayuda, vuestra labor ha sido crucial para la investigación y os lo agradeceré eternamente.

Al poco de comenzar el trabajo de investigación hubo una persona que me ayudó enormemente y facilitó mi labor de identificación de activos de salud, más que nada porque ella ya llevaba unos años haciendo esa tarea en el municipio de Utebo y no tuvo ningún inconveniente en compartir todo su trabajo conmigo, este hecho hizo que mi labor inicial tuviera un importante avance, gracias **Ángela Castellón**.

Carlos Martín, director de varios Centros de Mayores que participaron en la muestra del estudio fue un gran colaborador y facilitó la inclusión de sus usuarios, un gran profesional que espero siga manteniendo ese entusiasmo siempre.

Cuando empezamos a extraer los datos cualitativos de la evaluación diagnóstica tuve la suerte de contar con otra estudiante que ya dominaba la interpretación de esos datos, **María Sanz**, tú fuiste una luz importante en ese horizonte que se asomaba y facilitaste mucho mi tarea en ese camino, sin ti no hubiera sido tan fácil recorrerlo, espero que sigas siempre con tu gran talento y tu disponibilidad, llegarás lejos.

Para el diseño y desarrollo de los retos necesitamos la colaboración de diferentes profesionales, entidades, instituciones que a continuación quiero agradecer:

- Los clubs de Atletismo de Utebo, **Octavus Triatlón y Club Atletismo Utebo**, ambos clubs llevan varios años organizando las Millas Romanas por el municipio y aceptaron la participación de nuestro grupo en el evento, adaptando la prueba y permitiendo que los adultos mayores disfrutaran de la misma, un éxito gracias a vosotros.
- Uno de los activos que más demandaron los adultos mayores fue tener conocimientos de alimentación y tuve la suerte de poder contar con una experta, además de amiga y vecina de la Puebla de Alfindén, la naturópata **Inma Moliné**, ella nos dio sorprendentes visiones de la alimentación saludable en la 3ª edad y algunas pautas para vivir más sanamente. Gracias.
- A su vez, decidimos el equipo de trabajo contar con otro activo, **las bibliotecas municipales**. Gracias a todas las empleadas y directoras de ambas bibliotecas por dar nuevas oportunidades de ocio a los adultos mayores a través de la lectura y la escritura.
- Otras dos personas que tengo que agradecer su colaboración son **Esteban y Ana**, nos mostraron otra gran actividad que fue un éxito tremendo, dos profesionales del **Chi-kung** que a pesar de su complicada agenda por lo buenos que son y la gran demanda que tienen,

pudieron ofrecer esta actividad a los Adultos Mayores, consiguiendo hacerles partícipes de otra manera de entender la actividad física.

- **D. Ángel María Benito**, Don, así es, compañero, colega, amigo, muy amigo y, además, un profesional de valor incalculable, millones de gracias por colaborar y ayudarme en mi proyecto, pero, sobre todo, por ser la persona que eres, hacen falta en el mundo más personas como tú.

- **Chusmi y Mayte**, compañeros de trabajo, profesores de secundaria de Educación Física, siempre voluntariosos, que gran suerte tuve al estar ellos impartiendo su docencia en el **IES Torre de los Espejos** de la localidad de Utebo en el momento de la implantación de la intervención. Gracias por apoyar este proyecto y animar a los adolescentes a compartir una jornada intergeneracional con los adultos mayores, todo un éxito y un reflejo para todos, el aprendizaje logrado por cada una de las generaciones.

- El **Colegio de Primaria Infanta Elena** también presto su ayuda a que sus alumnos pudieran participar en una jornada de juegos tradicionales organizada por los adultos mayores. Esta jornada fue un gran éxito y años después, los niños, padres y madres y los propios adultos mayores siguen recordando ese día y por ese mismo motivo, lo siguen manteniendo.

- **Protección Civil de Utebo**, solo tengo palabras de agradecimiento a todo el equipo, pero en especial a **Miguel**, su coordinador, impresionante su cercanía, su trato, su educación, su disponibilidad, fueron todo facilidades por su parte para poder hacer los talleres de primeros auxilios a los adultos mayores. Hacéis una gran labor en el municipio y desde estas líneas os lo quiero agradecer.

- Otro de los activos que usamos como reto y actividad para los adultos mayores fue con el área de **Medio Ambiente** de Utebo. Ahí es donde intervino **Nacho**. Él es responsable del área y una persona, tremendamente, enérgica y trabajadora, impulsor de grandes

proyectos para el municipio y al que tengo que agradecer su organización y esfuerzo en la participación de este proyecto.

Una de las mejores noticias que tuvimos para nuestro equipo de trabajo es que en Utebo, mensualmente, se reúne la **Mesa Intersectorial de Salud**, en ella concejales, médicos, enfermeros, fisioterapeutas, técnicos deportivos, asociaciones, organizaciones exponían sus proyectos, actividades, propuestas de salud. De esa manera, pudimos mostrar a otros sectores municipales nuestro proyecto y conocer el de otros que podrían servirnos de colaboración mutua. Gracias a todos los que estáis ahí, esta organización debería existir en todos los municipios, es fundamental para lograr entre todos grandes beneficios en la ciudadanía.

Acabo por nombrar en este primer grupo de agradecimiento de colaboradores y participantes de esta investigación a los verdaderos protagonistas de la misma, los **ADULTOS MAYORES de Utebo y su barrio Malpica**, es obvio que sin vosotros todo esto no habría existido, vosotros habéis logrado diseñar, crear, participar, empoderar, retar, superar y un largo etcétera de éxitos. Se ha visto lo grandes que sois y lo mucho que aportáis al resto de la sociedad, GRACIAS Y MILLONES DE GRACIAS.

Son muchos los amigos que en estos cuatro años se han interesado por cómo iba avanzando en este proyecto y animándome a seguir adelante (seguramente, me deje a muchos así que, disculpadme). **La Peña Inhumanos, las “amis”, el grupo EFYPAF, compañeros de secundaria, de inglés, Andrés, Fran, Jorge, Nuria, Cristina, Yolanda, Emilio, Isra, Marcela, Ana Belén**, y especialmente, **Víctor**, eres un gran amigo y has sido un gran apoyo, dando fuerzas y ánimos a diario con tus mensajes a las 4 o 5 de la mañana, despertarme y leerte hacía que me sintiera orgulloso de ti por cómo eres (amigo, persona, padre, deportista, maestro) eres un crack en todo, nunca podré agradecerte nuestra amistad desde hace muchos años y los que nos quedan.

Y, por último, pero no menos importante quiero citar a mi familia, **primos, sobrinos, tíos**, de mi propia familia y de la política, mención especial a mis **suegros, Pili y Baltasar**, habéis sido un apoyo importante al interesaros por cómo iba mi tesis y esperando que pudiera acabarla pronto, gracias a todos.

A mi hermana **Alma**, por ser tan paciente conmigo durante nuestra infancia y aguantar todos mis enredos y gamberradas. Como ambos somos muy cabezotas y cuadriculados tenemos nuestras diferencias, pero eres una mujer y madre increíble que luchas con tesón a diario por hacerlo todo perfecto y, aunque eso es difícil, siempre intentas alcanzarlo, lograrás todo que te propongas gracias a esa constancia tuya.

A mi padre **Ramón**, sin yo ser consciente en su momento, sacrificaste tu vida durante muchos años para que yo pudiera alcanzar mis deseos de estudiar una carrera fuera de casa. Ver la dureza de tu profesión hizo que me planteara no seguir ese camino, jeje, siempre trabajaste con empeño y sin descanso durante épocas muy duras y después, en otras más recientes, con delicadeza y precisión. Por eso hoy, recoges tus frutos y puedes disfrutar de tu nueva etapa de vida más relajada. Tu personalidad de saber estar, templanza, buenas palabras y consejos me han dado unos valores que a veces no te he correspondido, soy tu sangre y solo espero llegar algún día a ser tan buen padre como tú lo has sido para mí, eres mi ejemplo a seguir. TE QUIERO.

Angelines, madre no hay más que una, y qué madre la mía, podría dedicar tantas palabras que quizás sería otra tesis. Eres un caso aparte, si por cada vez que te oí decirme “estudia” hubiera guardado un euro, ahora mismo, sería el hombre más rico del mundo. No obstante, sin contar con el dinero, soy igual de rico al tenerte como madre, tu insistencia constante hizo en su día que estudiará la carrera que deseaba, posteriormente, hizo que acabará el Título de Profesor de Trompeta, después el Master, y ahora, ha hecho que esta tesis doctoral sea factible. Aún nos quedan más tareas, ¿verdad? Eres incansable, enérgica, motivadora, a

veces, cansina eso sí, pero desde el fondo del corazón siempre con buenas intenciones, así eres con todo y contigo misma, no paras, ni pararás hasta tu último día. Gracias por ser así, espero que una parte de mi sea algo de la gran madre que eres. **TE QUIERO.**

Sandra, mi gran amor, mi mujer, mi esposa, mi compañera de viaje existencial y de viajes turísticos también, jeje. Yo deambulaba errante por el mundo, sin rumbo fijo, sin retos, sin motivaciones, sin ambición en la vida y entonces, llegó el día de la anchoa. Ese día marcó nuestro inicio, aunque mis extravagancias y peculiaridades te hacían permanecer a la defensiva decidiste darme un voto de confianza y unirte a mí en la vida. No solo te convertiste en mi mujer, sino que para mí eres amiga, amante, consejera, escritora, bloguera, compañera de estudios y viajes y recientemente, madre, todo esto hace que sea muy feliz. Sin ti, jamás hubiera iniciado el Master, tu comenzaste a estudiar a distancia y me animaste a ello, cantidades de tardes y noches, frente a frente, pasando los días entre libros, apuntes, trabajos, blogs, exámenes, gracias por todo lo que me diste, me das y me seguirás aportando en la vida. **TE QUIERO.**

Y el último que llegaste fuiste tú, **Noé**, mi príncipe, mi luz, mi vida, mi hijo, como se puede sentir tanto, quién me lo iba a decir a mí con lo escéptico que era a tener hijos. Es indescriptible, no hay palabras para expresar tanto sentimiento. Aun siendo tan pequeñito con tus tres añitos, no solo tengo que agradecerte todo ese amor, sino que gracias a ti he tenido muchas noches de despertar temprano y he podido dedicar horas de trabajo durante la madrugada a trabajar en este proyecto para después, aprovechar mucho más el tiempo durante el día y dedicarlo a ti. Espero poder seguir compensando todo ese amor dándote todo lo que te merezcas y ayudándote a alcanzar tus sueños como mis padres han logrado con los míos. **TE QUIERO CON LOCURA.**

LISTA DE CONTENIDOS

Lista de Contenidos

Agradecimientos	7
Consideraciones preliminares	27
Abreviaturas	29
INTRODUCCIÓN	31
Justificación de la Investigación	32
Objetivos e Hipótesis de la Investigación	35
Estructura de la Investigación	36
Resumen y Abstract	38
CAPITULO I. MARCO CONCEPTUAL	57
1. Promoción de la Calidad de Vida Relacionada con el Envejecimiento Activo	59
<i>1.1. Envejecimiento: evolución, concepto y tipos</i>	<i>59</i>
<i>1.2. Calidad de vida relacionada con la salud: evolución y concepto</i>	<i>66</i>
<i>1.3. Promoción de la Salud</i>	<i>72</i>
1.3.1. Teoría de la Salutogénesis	73
1.3.2. Activos de salud	77
2. Importancia de la Educación del Ocio para la Mejora de la Calidad de Vida	84
<i>2.1. Educación para el ocio</i>	<i>84</i>
<i>2.2. Recomendaciones internacionales de actividad física y su contribución a la promoción de la calidad de vida como oportunidad de ocio</i>	<i>90</i>
3. El Modelo Bio-Social-Ecológico y el Modelo de Activos de Salud para la Promoción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores	97
<i>3.1. Modelo bio-social-ecológico de Bronfenbrenner</i>	<i>98</i>
<i>3.2. Modelo de Activos de Salud</i>	<i>102</i>

4. Pautas y Estrategias de Intervención Eficaces Basadas en la Educación del Ocio para Aumentar la Calidad de Vida de los Adultos Mayores	108
<i>4.1. La participación como “medio” y como “fin”</i>	<i>110</i>
<i>4.2. Promover la Teoría de la Autodeterminación</i>	<i>114</i>
<i>4.3. Fomentar el empoderamiento de los adultos mayores</i>	<i>116</i>
<i>4.4. Aumentar el apoyo y la cohesión social</i>	<i>123</i>
<i>4.5. Desarrollar la autonomía en los adultos mayores</i>	<i>125</i>
5. Conclusiones del Marco Conceptual	128
CAPÍTULO II. ESTUDIO I: EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES	131
1. Introducción, Objetivo del Estudio e Hipótesis	133
2. Metodología	138
<i>2.1. Diseño del estudio</i>	<i>138</i>
<i>2.2. Participantes del estudio</i>	<i>138</i>
<i>2.3. Variables e instrumentos del estudio</i>	<i>140</i>
<i>2.4. Procedimiento desarrollado en el estudio</i>	<i>142</i>
2.4.1. Consideraciones éticas	142
2.4.2. Procedimiento de recogida de datos	143
2.4.3. Fases temporales del estudio	144
<i>2.5. Proceso de análisis de datos</i>	<i>146</i>
3. Resultados	148
<i>3.1. Relación de resultados diferenciados por grupos de edad</i>	<i>149</i>
<i>3.2. Relación de resultados diferenciados por género</i>	<i>152</i>
4. Discusión	154

CAPÍTULO III. ESTUDIO II: ¿CÓMO ENRIQUECER UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA MEJORA DE CALIDAD DE VIDA? PERSPECTIVA DE LOS ADULTOS MAYORES	161
1. Introducción, Objetivo del Estudio y Objetivos Específicos	163
2. Metodología	167
<i>2.1. Diseño del estudio</i>	<i>167</i>
<i>2.2. Participantes del estudio</i>	<i>167</i>
<i>2.3. Procedimiento desarrollado en el estudio</i>	<i>168</i>
<i>2.4. Proceso de análisis de datos</i>	<i>170</i>
3. Resultados	172
<i>3.1. Identificamos nuestros propios activos de salud</i>	<i>172</i>
<i>3.2. Importancia de la calidad de vida en el día a día</i>	<i>177</i>
<i>3.3. La educación del ocio como punto de partida hacia el envejecimiento activo</i>	<i>178</i>
4. Discusión	180
CAPÍTULO IV. ESTUDIO III. EFECTO DE LA INTERVENCIÓN ENRIQUECIDA DESARROLLADA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES	185
1. Introducción, Objetivos del Estudio e Hipótesis	188
2. Metodología	194
<i>2.1. Diseño del estudio</i>	<i>194</i>
<i>2.2. Participantes del estudio</i>	<i>194</i>
2.2.1. Adultos mayores	194
2.2.2. Técnicos y coordinadores deportivos	197
<i>2.3. Variables del estudio</i>	<i>197</i>
2.3.1. Variable dependiente	197

2.3.2. Variable independiente: Programa de intervención	198
<i>2.3.2.1. Componentes del programa enriquecido y su relación con el modelo bio-social-ecológico</i>	<i>199</i>
2.4. Procedimiento desarrollado en el estudio	207
2.4.1. Consideraciones éticas	207
2.4.2. Aplicación del programa de intervención	208
<i>2.4.2.1. Procedimiento en cada componente del programa enriquecido.</i>	
<i>Distribución de retos, estrategias y acciones</i>	<i>208</i>
<i>2.4.2.2. Procedimiento de administración del cuestionario SF-36</i>	<i>233</i>
<i>2.4.2.3. Evaluación y seguimiento del programa</i>	<i>233</i>
<i>2.4.2.4. Temporalización de las fases del estudio</i>	<i>237</i>
2.5. Proceso de análisis de datos	240
3. Resultados	244
3.1. Resultados del diseño y aplicación del programa de intervención	244
3.2. Resultados del efecto del programa de intervención	246
3.2.1. Resultados descriptivos según grupos de estudio	247
3.2.2. Diferencias en medias ajustadas por grupos de estudio	250
3.2.3. Cambio a lo largo del tiempo en función del grupo de estudio	254
4. Discusión	257
CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES FINALES DE LA INVESTIGACIÓN	271
1. Limitaciones	273
2. Conclusiones	275
3. Propuestas de Futuro	278
CAPÍTULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	279
APÉNDICE	362

ÍNDICE DE TABLAS

Listado de Tablas

CAPITULO I. MARCO CONCEPTUAL	PÁGINA
Tabla 1. <i>Tipos de envejecimiento y características de los mismos</i>	62
Tabla 2. <i>Componentes de la perspectiva ecológica</i>	99
Tabla 3. <i>Objetivos y potencialidades de técnicas y herramientas para promover la participación</i>	112
Tabla 4. <i>Estrategias para promover la Teoría de la Autodeterminación</i>	115
Tabla 5. <i>Tipos de empoderamiento</i>	119
CAPITULO II. ESTUDIO I.	PÁGINA
Tabla 6. <i>Temporalización de las fases del estudio</i>	144
Tabla 7. <i>Valores de fiabilidad del cuestionario sf-36</i>	146
Tabla 8. <i>Valores descriptivos de la muestra</i>	148
Tabla 9. <i>Valores medios, desviación estándar y análisis H de Kruskal-Wallis por grupos de edad</i>	151
Tabla 10. <i>Valores medios y desviación estándar y análisis U de Mann-Whitney por género</i>	153
CAPITULO III. ESTUDIO II.	PÁGINA
Tabla 11. <i>Temporalización de las fases del estudio</i>	169
Tabla 12. <i>Dimensión, categorías e indicadores del grupo focal</i>	171
Tabla 13. <i>Número de referencias surgidas en las categorías</i>	172
CAPITULO IV. ESTUDIO III.	PÁGINA
Tabla 14. <i>Participantes a lo largo del estudio en grupo experimental según edad y sexo</i>	196
Tabla 15. <i>Participantes a lo largo del estudio en grupo control según edad y sexo</i>	196
Tabla 16. <i>Componentes, elementos, retos, estrategias y acciones del programa de enriquecimiento “Ser Mayor, RETA”</i>	210
Tabla 17. <i>Temporalización del componente Microsistema</i>	213

Tabla 18. <i>Temporalización del componente Mesosistema</i>	223
Tabla 19. <i>Temporalización del componente Exosistema</i>	227
Tabla 20. <i>Temporalización del componente Macrosistema</i>	230
Tabla 21. <i>Cronología de los retos, estrategias y acciones según componentes durante el primer año de la intervención</i>	231
Tabla 22. <i>Criterios de seguimiento y evaluación y ejemplos de preguntas</i>	235
Tabla 23. <i>Cronología de las acciones realizadas durante el seguimiento del estudio</i>	237
Tabla 24. <i>Temporalización de las fases del estudio</i>	238
Tabla 25. <i>Valores de fiabilidad del cuestionario sf-36</i>	240
Tabla 26. <i>Análisis descriptivos (media y desviación estándar) en los grupos de estudio en los cuatro momentos de medición</i>	249
Tabla 27. <i>Contraste de medias ajustadas por grupo de estudio</i>	253
Tabla 28. <i>Cambio a lo largo del tiempo en las variables relacionadas con la calidad de vida</i>	255

ÍNDICE DE FIGURAS

Listado de Figuras

CAPITULO I. MARCO CONCEPTUAL	PÁGINA
Figura 1. <i>Representación gráfica sobre la salud en el río de la vida</i>	76
Figura 2. <i>Mapeo de activos</i>	80
Figura 3. <i>Esquema de las dimensiones del modelo bio-social-ecológico</i>	101
Figura 4. <i>Modelo de Activos</i>	103
Figura 5. <i>Esquema hacia un envejecimiento activo</i>	109
Figura 6. <i>Tipos de participación social</i>	112
Figura 7. <i>Caminos desde el empoderamiento y la participación comunitaria a la mejora de la salud</i>	120
Figura 8. <i>Actuaciones de éxito para aumentar la cohesión de grupo</i>	125
CAPITULO II. ESTUDIO I.	PÁGINA
Figura 9. <i>Participantes en el estudio</i>	139
CAPITULO IV. ESTUDIO III.	PÁGINA
Figura 10. <i>Diseño del programa “Ser Mayor, RETA”.</i>	200
Figura 11. <i>Niveles del modelo Bio-social-ecológico y relación con los objetivos de las áreas o componentes del programa de intervención</i>	204
Figura 12. <i>Niveles de actuación del programa enriquecido “Ser Mayor, RETA”</i>	208
Figura 13. <i>Ficha de seguimiento para los técnicos deportivos</i>	236

CONSIDERACIONES PREVIAS

Consideraciones Previas

Esta investigación pretende diseñar, aplicar y evaluar un programa de intervención en una muestra de adultos mayores que participan en actividades físicas y deportivas, con la finalidad de mejorar la calidad de vida relacionada con la salud mediante el enriquecimiento de una nueva intervención que busca la identificación y el uso de activos de salud, la promoción de la actividad física y la educación del ocio.

A lo largo de la redacción de este informe de tesis la terminología utilizada es genérica, excepto cuando se especifica en momentos concretos de la redacción de la misma en alguna parte de la investigación. Para conseguir un texto más fluido y una mayor economía del lenguaje, y como así mismo determina la RAE, hablaremos en género plural de forma que englobamos a ambos géneros.

Para la bibliografía y el formato de las tablas y texto, se ha tomado como referencia la 7ª Edición del presente año 2020 de las normas de las Asociación Psicológica Americana (APA).

ABREVIATURAS

Relación de Abreviaturas

A continuación, se detallan las abreviaturas de algunas palabras que se repiten con frecuencia a lo largo del presente texto, se pretende facilitar una mejor comprensión de la tesis doctoral.

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
AF	Actividad Física
CEICA	Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón
CV	Calidad de Vida
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DC	Dolor Corporal
FF	Función Física
FS	Función Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
CSF	Componente sumario físico
CSM	Componente sumario mental
RE	Rol Emocional
RF	Rol Físico
SF	Senior Fitness
SG	Salud General
SM	Salud Mental
TAD	Teoría de la Autodeterminación
VT	Vitalidad

INTRODUCCIÓN

Justificación de la Investigación

La vida pasa, avanza, se van consumiendo los momentos, hemos visto el transcurso del tiempo, vivido las diferentes etapas de nuestra vida, intentando disfrutarlas, experimentando los acontecimientos propios de cada una de esas fases. Y al llegar a la tercera edad hemos de tener presente que las cosas son más difíciles de ejecutar y se sufren una serie de condicionantes: sedentarismo, carencia o descenso de actividad física (AF), ausencia de motivaciones o retos profesionales, descontrol nutricional, avance de enfermedades, etc. Pero también, debemos ser conscientes que las podemos realizar, eso sí, en menor medida, con menor frecuencia y ritmo, con más dificultad, aún así, somos personas válidas capaces de disfrutar de los últimos años de nuestra vida con calidad, fuerza y alegría.

Nuestro cuerpo está diseñado de tal forma que la carencia de movimiento nos dañará a largo plazo y reducirá nuestra calidad de vida. Por ello, la AF tiene una gran importancia y debe tener su sitio en el día a día de cualquier persona (sin importar la edad, sexo, estado de salud, etc.). La práctica de AF de forma regular mejora nuestra salud y bienestar.

La sociedad actual se caracteriza por una población envejecida, de hecho, la esperanza de vida a partir de los 65 años ha aumentado constantemente en la mayoría de los países desarrollados para alcanzar los niveles actuales de unos 20 años adicionales para las mujeres y 15 años para los hombres (WHO, 2015). El descenso de la natalidad, los avances tecnológicos, sanitarios y la mejora de las condiciones de vida han hecho posible este aumento de la esperanza de vida.

Además, la OMS (2015) hace hincapié en las siguientes ideas: *“la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando y el envejecimiento de la población, puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública, pero también constituye un reto para la sociedad”*.

Sin embargo, el hecho de vivir más tiempo no significa que estos últimos años de vida se desarrollen en condiciones de salud óptimas. Tras revisar diferentes estudios, investigaciones y teorías, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores se ha valorado empleando medidas de resultado y estadísticas correspondientes a la morbimortalidad y a la expectativa de vida. Por el contrario, se desconocen otros aspectos involucrados en ésta, como la percepción sobre su salud y el estado de salud desde la propia calidad de vida.

Por ello, en el planteamiento del presente trabajo, se va a usar uno de los instrumentos genéricos más utilizados, tanto a nivel descriptivo, que mide el impacto sobre la CVRS en distintas poblaciones de pacientes, como para la evaluación de intervenciones terapéuticas. Se trata del Cuestionario de Salud Senior Fitness (SF-36). Este cuestionario mide la salud bio-psico-social percibida mediante las ocho siguientes dimensiones: Función física (FF), Rol físico (RF), Dolor corporal (DC), Salud general (SG), Vitalidad (VT), Función social (FS), Rol emocional (RE) y Salud mental (SM). A su vez, calcula dos componentes sumarios, físico (CSF) y mental (CSM), multiplicando un porcentaje a cada una de las dimensiones en función del que se quiere obtener. La principal ventaja del SF-36 es que permite obtener un perfil general sobre la opinión percibida acerca de la CVRS de los diferentes individuos o grupos poblacionales, mediante la aplicación personal y directa del cuestionario para su posterior valoración, lo cual es de utilidad para la planificación sanitaria y el establecimiento de políticas sociales dirigidas a nuestro grupo poblacional. Vilagut et al. (2005) al evaluar los 10 años de experiencia acumulada en España con el SF-36 ilustran la madurez que ha alcanzado en el entorno nacional la medición y el estudio de la CVRS, al igual que posteriores autores (Mejía et al., 2007; Schmidt et al., 2012; Vilagut et al., 2008).

Las distintas instituciones y municipios ya están trabajando hace años en el tema de la política social de los adultos mayores, elaborando programas en la educación del ocio con el fin de favorecer la inclusión del envejecimiento y la vejez como aspectos de una política de desarrollo social.

Sin embargo, a pesar de que se trabajan distintos aspectos puntuales, como se puede ver en los programas de actividades físicas planteados, incluso relacionados con otros programas de centros de día, de bienestar, de servicios sociales, se hace necesario indagar en algunas perspectivas teóricas de la calidad de vida relacionada con la salud y en algunos recursos o activos de salud que están relacionados con el bienestar. Estos nuevos enfoques e intervenciones podrán orientar a las autoridades administrativas a definir, diseñar y difundir buenas prácticas para facilitar la definición de estrategias, el diseño de normas y de programas de atención e intervención.

Finalmente, es importante tener en cuenta que la calidad de vida es un factor constitutivo del desarrollo humano de las personas y de los pueblos, se va construyendo y la tenemos que ir cuidando de manera continuada, por lo tanto, es necesario propiciarla de forma continua, progresiva y efectiva.

Objetivos e Hipótesis de la Investigación

Introducidos en el campo de investigación que se va a desarrollar, los objetivos de este trabajo van a ser:

1°.- Describir y analizar la calidad de vida y la forma de promocionarla desde la educación del ocio.

2°.- Diseñar y aplicar un programa de intervención enriquecido con estrategias basadas en los modelos Bio-social-ecológico y de Activos de salud buscando un proceso de empoderamiento de los agentes y actores para la promoción de la actividad física en los adultos mayores.

3°.- Evaluar el efecto de la intervención enriquecida desarrollada sobre la calidad de vida en los adultos mayores.

Estos objetivos se desarrollan a lo largo de los tres estudios de la investigación con sus hipótesis correspondientes.

Inicialmente, se plantea una hipótesis de partida:

1.- Enriquecer un programa de intervención con estrategias basadas en los modelos Bio-social-ecológico y de Activos de salud, buscando un proceso de empoderamiento de los agentes y actores a través de la promoción de la actividad física influirá en la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores participantes en el programa.

Estructura de la Investigación

Este trabajo comienza con los agradecimientos, le sigue el índice de contenido, tablas y figuras, posteriormente, unas consideraciones previas y las abreviaturas utilizadas en la redacción de la tesis. A continuación, se presenta esta introducción y el resumen de la investigación con su correspondiente abstract. La investigación en sí, que sigue al resumen, ocupa seis capítulos. Por último, se muestran los apéndices, donde se incluyen todos los materiales desarrollados durante el programa de intervención, así como los instrumentos de medida y protocolos empleados.

En los primeros apartados del documento, se explica el origen y el motivo por el que se elige esta investigación: la importancia que tiene la promoción de la AF regular en los adultos mayores para un estilo de vida activo y saludable, fomentando dicha promoción de la salud mediante una educación del ocio a través del uso de activos de salud. Después, se expone un breve resumen del trabajo de investigación en español y en inglés.

En el primer capítulo, el marco conceptual, se encuentran los conocimientos teóricos imprescindibles para comprender el trabajo de investigación. Primeramente, se presenta la calidad de vida relacionada con el envejecimiento activo, en este apartado se definen ambos conceptos tan importantes en nuestra investigación y su relación con la salud y el ocio. Igualmente, se entra en el campo de la promoción de la salud teniendo en cuenta la Teoría de la Salutogénesis y su relación con los Activos de salud. A continuación, el segundo apartado, se desarrolla la importancia de la educación del ocio para unos hábitos de vida saludables y para ello, se tiene en cuenta la contribución de la AF al ocio y a la calidad de vida tras una extensa revisión literaria. El siguiente apartado de este primer capítulo desarrolla los modelos teóricos del estudio, el modelo Bio-social-ecológico y el modelo de Activos de salud para la mejora de la calidad de vida en los adultos mayores. El apartado cuarto y final de este primer capítulo expone pautas y estrategias de intervención eficaces basadas en la educación del ocio

para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores dando orientaciones para mejorar la participación de los adultos mayores en la intervención basándonos en conceptos como la Teoría de la Autodeterminación, la autonomía, la participación, el apoyo y cohesión social y el empoderamiento. El capítulo primero finaliza con unas breves conclusiones sobre todo lo expuesto, anteriormente, en el marco teórico del informe de tesis.

El segundo capítulo expone la evaluación diagnóstica de los niveles de la calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores, medidas obtenidas a través del cuestionario SF-36, con el objeto de conocer los valores iniciales de la CVRS viendo si existen diferencias significativas en género y edad en el total de la muestra.

El tercer capítulo completa la evaluación diagnóstica con un diseño cualitativo donde se recogen las percepciones y opiniones de los adultos mayores a través de un grupo focal realizado al inicio de la investigación con la finalidad de diseñar las líneas de actuación prioritarias de un programa enriquecido.

El cuarto capítulo de la tesis explica, detalladamente, el programa enriquecido llevado a cabo con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Este programa está relacionado con el marco teórico elaborado en el primer capítulo y fundamentado en base a los estudios anteriores realizados en la evaluación diagnóstica que se desarrollan en los capítulos segundo y tercero.

En el quinto capítulo se han redactado las consideraciones finales de la investigación que incluyen las limitaciones encontradas en la realización de la misma, las conclusiones obtenidas según los objetivos e hipótesis planteados al comienzo, y las propuestas de futuro de cara a ampliar el estudio.

Finalmente, el último capítulo, el sexto, aporta las referencias bibliográficas que han ayudado a la realización de la tesis. Se completa este trabajo con los apéndices que muestran, de manera gráfica, las actuaciones desarrolladas a lo largo de toda la investigación.

RESUMEN Y ABSTRACT

Resumen

El envejecimiento de la población mundial es imparable, las estadísticas futuras pronostican que en 2030 uno de cada cinco habitantes tendrá más de 60 años y estos datos seguirán aumentando (INE, 2014). Diversos motivos marcan esta tendencia (descenso de la natalidad, mejores condiciones de vida, servicios sanitarios más avanzados, mayor difusión en el mundo de medicamentos, etc.), pero un factor resulta fundamental, la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores (OMS, 2015).

Pero es importante destacar que los adultos mayores parten en desventaja con el resto de la población. Su situación profesional o laboral se ha extinguido y se encuentran en un mundo desconocido de tiempo libre al que no se han preparado durante otras etapas de la vida (Imsero, 2008). Igualmente, en muchas ocasiones surgen o empiezan a surgir condicionantes físicos, fisiológicos, mentales, funcionales que provocan un cambio de vida importante en estas edades avanzadas. Así mismo, su situación personal, familiar o social suele tener alteraciones que afectan a la personalidad de los adultos mayores (Imsero, 2008).

Ante esta problemática y antes de poder intervenir sobre los adultos mayores, se debe conocer qué características influyen sobre la calidad de vida, para ello, se ha elaborado un primer capítulo con el marco teórico que engloba conceptos importantes sobre esta temática: envejecimiento (concepto, tipologías, evolución), la calidad de vida (concepto, factores de influencia, su relación con la salud), promoción de la salud (Teoría de la Salutogénesis, activos de salud), educación del ocio (concepto, promoción de la AF como oportunidad de ocio). Igualmente, se han expuesto los modelos teóricos que mejor se consideran pueden intervenir sobre este grupo poblacional, el modelo Bio-social-ecológico (Bronfenbrenner, 1979) y el modelo de Activos de salud (Morgan & Ziglio, 2007), junto con la Teoría de la Salutogénesis (Antonovsky, 1979), concepción de la salud, relativamente reciente, creada por Antonovsky en los años 70, pero cuya implementación en programas de salud empieza a

realizarse en la última década. Finalmente, siguiendo diversos estudios en la línea de la que se pretendía aplicar (Cassetti et al., 2018; Herrera, 2015; López-Sánchez et al., 2018; Martínez & Mosquera, 2007; Ojala & Padrós, 2012; Pardo, 2016; Popay, 2007) se han elaborado cinco pautas de intervención: 1) participación como “medio” y como “fin”, 2) promoción de la Teoría de la Autodeterminación, c) fomento del empoderamiento de los adultos mayores, d) aumento del apoyo y la cohesión social y 5) desarrollo de la autonomía en los adultos mayores.

En base al marco teórico y a los estudios previos, los objetivos de esta investigación, desarrollados en tres estudios, son:

1°.- Describir y analizar la calidad de vida y la forma de promocionarla desde la educación del ocio.

2°.- Diseñar y aplicar un programa de intervención enriquecido con estrategias basadas en los modelos Bio-social-ecológico y de Activos de salud buscando un proceso de empoderamiento de los agentes y actores para la promoción de la actividad física en los adultos mayores.

3°.- Evaluar el efecto de la intervención enriquecida desarrollada sobre la calidad de vida en los adultos mayores.

De manera paralela, teniendo en cuenta los adultos mayores sobre los que se ha llevado a cabo el estudio, se planteó como hipótesis de partida que: “enriquecer un programa de intervención con estrategias basadas en los modelos Bio-social-ecológico y de Activos de salud, buscando un proceso de empoderamiento de los agentes y actores a través de la promoción de la actividad física influirá en la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores participantes en el programa”.

Antes de enriquecer la intervención, un aspecto fundamental era conocer, diseñar y preparar dicha intervención de manera que diera resultados positivos, para ello, se realizó una evaluación diagnóstica (estudio I y II).

El estudio I ha contemplado la evaluación diagnóstica de manera cuantitativa, para realizarla nos hemos marcado dar respuesta al primer objetivo general de la investigación, “conocer y analizar los valores de la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores”. A través de un diseño de corte transversal se evaluó de forma puntual, con una única medida mediante el cuestionario SF-36, los niveles de calidad de vida relacionada con la salud como variable dependiente y las variables independientes fueron la edad y el sexo. 213 adultos mayores (87,8 % mujeres) participaron en esta evaluación diagnóstica. Los resultados de la misma indicaron que las dimensiones más bajas en puntuación fueron Rol físico y Salud general, al igual que el Componente Sumario Físico (CSF). Por el contrario, la Función social y la Salud mental fueron las dimensiones con los resultados más altos. A su vez, también pareció reseñable destacar la importante diferencia que se dio entre los valores que se obtuvieron en los componentes físico y mental.

Por género, de manera general son mejores los valores en hombres que en mujeres, y con respecto a la edad, la tendencia marcaba que cuanto más edad, peores resultados se obtenían en el cuestionario y, con menor edad, es decir el grupo de 60-64, los resultados eran mejores. No obstante, el último grupo de edad (+80) reflejó valores en el Componente Sumario Mental (CSM) más altos que el resto.

El estudio II expone de manera cualitativa (enfoque descriptivo e interpretativo) las percepciones y opiniones extraídas tras utilizar un grupo focal con algunos representantes de los adultos mayores que iban a participar en la intervención (11 mujeres y 3 hombres).

Este diseño ha servido para completar la evaluación diagnóstica y dar respuesta, nuevamente, al primer objetivo general de la investigación, “conocer y analizar los valores de

la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores” y obtener unas líneas básicas de actuación que nos permitieran enriquecer la intervención.

Los resultados marcaron la importancia de tres categorías, “Activos de salud” (128 citas), “Calidad de vida” (134 citas) y “Educación del ocio” (45 citas).

Primeramente, en el uso de los activos de salud dieron especial relevancia a realizar actividades con su entorno social más cercano: *“la relación con otras gentes o personas, porque siempre se aprende de quien menos te esperas, siempre aprendes algo del que menos piensas, el poder ayudar a los demás, el convivir con los demás, yo para mí de verdad, ya estoy encantada” (Mujer)*, y con el entorno físico: *“pasear por los campos, ir hasta la ribera del Ebro” (Varón)*. También argumentaron que era muy importante que el programa enriquecido contara con su implicación en el propio diseño y consideraron imprescindibles a los técnicos deportivos en su motivación y participación en las clases: *“a mí estaba todo el día diciéndome (en referencia a uno de los técnicos deportivos), Nino que te estoy viendo, y es que me costaba, pasé un año malo, pero me fui animando y a raíz de ella (técnico deportivo) y las que están aquí (otros participantes) pues te animan, sales adelante” (Varón)*.

Los adultos mayores opinaron que la AF y la salud son fundamentales para mejorar su calidad de vida, por ejemplo: *“la calidad de vida más bien es hacer ejercicios, hacer cosas que te pueden orientar, positivamente, en la vida con actividades o algo, en vez de que luego la cabeza se te vaya para otro lado, y al hacer ejercicio también pues enfermedades como el Alzheimer o demencia senil de momento se frenan” (Varón)*; *“pues sí, estar bien, comer bien, hacer deporte y tener calidad de vida es algo que llevamos dentro de nosotros, el que quiere hacer cosas y las hace y el que no ...” (Mujer)*.

Con respecto a la educación del ocio, los participantes del grupo focal expresaron la importancia de ocupar su tiempo libre con la práctica de AF y su relación con el envejecimiento activo: *“ocupar mi tiempo libre con AF me ayuda mucho, física y*

mentalmente, muchas veces tienes ese momento de pereza, ese momento por la mañana que te cuesta, que no tienes ganas, no estás motivado, pero que te pones el chándal y ya la mente te cambia, te activas, te motivas” (Mujer).

Por tanto, una vez conocidos los datos iniciales mediante la evaluación diagnóstica solo quedaba pasar a la acción. En el estudio III se tuvieron como finalidad los dos objetivos últimos de la investigación: “diseñar y aplicar un programa de intervención enriquecido con estrategias basadas en los modelos Bio-social-ecológico y de Activos de salud buscando un proceso de empoderamiento de los agentes y actores para la promoción de la actividad física en los adultos mayores” y “evaluar el efecto de la intervención enriquecida desarrollada sobre la calidad de vida en los adultos mayores”. Mediante un diseño cuasi experimental longitudinal se compararon los resultados en dos grupos, control (Mancomunidad Ribera Izquierda del Ebro, n=93) y experimental (Utebo y su barrio Malpica, n=120).

Este estudio muestra un diseño enriquecido en promoción de la AF que engloba las 4 áreas de intervención del modelo Bio-social-ecológico a través de varios niveles de actuación (acciones, estrategias y retos) y evalúa los efectos de la aplicación del programa de intervención “*Ser Mayor, RETA*” (variable independiente) en los valores de calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores (variable dependiente). Para ello, se realizó un análisis lineal generalizado mixto de la muestra separada por grupos de estudio (experimental y control) entre las diferentes mediciones con respecto a la medición inicial (Línea base-T0).

Los resultados de las medias ajustadas reflejaron entre ambos grupos de estudio diferencias significativas, en la dimensión de Función física en la interacción tempral (T0-T1); entre los inicios de cada año (T0-T2) las diferencias estadísticas se dieron en Rol físico, Rol emocional, Función física y en el global Calidad de vida. Por último, en la interacción desde el inicio del programa enriquecido hasta su consecución (T0-T3) se alcanzaron las

diferencias significativas, en Rol físico, Rol emocional, Función física, Salud general y en la Calidad de vida. Estos datos indican que el efecto positivo de la intervención se generaliza o se vuelve más homogéneo entre los participantes del grupo experimental a medida que avanza el tiempo. Igualmente, el hecho de que las diferencias significativas tienden a aparecer a partir del final de la intervención, demuestra la sostenibilidad y apropiación del programa por los técnicos deportivos.

Además, en este estudio III se exponen algunos de los resultados derivados del diseño y aplicación del programa enriquecido: la necesidad de un programa multinivel que contó con la participación e implicación de los propios adultos mayores; el codiseño de los técnicos profesionales; la participación en una mesa intersectorial de salud, que permitió la expansión de la intervención por toda la comunidad; la difusión del programa de intervención en distintas redes sociales (Facebook, Twitter y Wordpress); el seguimiento exhaustivo a través de reuniones periódicas del equipo de trabajo, de la difusión en redes sociales, de las colaboraciones de los estudiantes en prácticas y de las fichas de seguimiento para los técnicos deportivos.

Como conclusiones principales de los diferentes estudios se pueden indicar:

En el estudio I, los resultados fueron altos, excepto en las dimensiones de Rol físico, Salud general y Rol emocional, pero no se podían centrar las tareas exclusivamente sobre ellas, sino que se debía realizar un trabajo global de conjunto, tal y como diversos autores afirman (Acree et al., 2006; Chaves et al., 2017; Diegelmann et al., 2018; Millones & Zapata, 2019). Ya que esta globalidad es un elemento característico del concepto de calidad de vida por los diversos factores (sociales, económicos, físicos, afectivos) que la conforman (Fernández Ballesteros, 2009; Lima et al., 2009).

Igualmente, los adultos mayores se ven influenciados por algunos condicionantes: estado de ánimo y autoestima (Bohórquez, Lorenzo & García, 2014; Calero et al., 2016; Sáenz &

Arciniegas, 2019); depresión, ansiedad y estrés de la vida cotidiana (Dantas et al., 2020; Kravitz, 2007; Jiménez, Martínez, Miró & Sánchez, 2008; Palmer et al., 2005; Park, Han & Kang, 2014); interacción social, convivencia y socialización (Barceló, 2015; Justine, 2010; Madrigal, 2010) que pueden ser superados con intervenciones en especial desde el ámbito de la AF (Battaglia et al., 2016; Blom et al., 2019; Chakravarty, Hubert, Lingala & Fies, 2008; De Lira et al., 2018; De Oliveira et al., 2019).

En el estudio II, con objeto de lograr una mejor interpretación de las aportaciones generadas en el grupo focal por los adultos mayores participantes, con respecto a los indicadores de los activos de salud, todos aportaron un significado importante, sean del tipo que sean. Para los adultos mayores son fundamentales en cuanto a su utilización para mejorar su bienestar físico, psicológico y social, al igual que detallaron otros estudios (Cofiño et al., 2016; Hernán, Morgan & Mena, 2013; Hernán, Cardo & Barranco, 2018; Hernán et al., 2019; Morgan & Hernán, 2015); y, por consiguiente, para la mejora de la salud y de la calidad de vida (Cofiño et al., 2005; Eriksson & Lindström, 2008; Granizo & Gállego, 2007; OMS, 1986; Rivera et al., 2011).

Los adultos mayores también afirmaron la importancia de la práctica de AF para mejorar la calidad de vida, al igual que la indican otros investigadores (Battaglia et al., 2016; Bendikova & Bartik, 2015; Clarke et al., 2017; Dantas et al., 2020; De Oliveira et al., 2019; Froment & García, 2018; Pinillos, 2016).

Estas afirmaciones, tanto de los participantes en el grupo focal como de otros investigadores de la literatura, resultarán fundamentales para intervenir en fomentar la práctica de la AF enriquecida con otras actividades que ayudan a complementarlo (Cuadra-Peralta et al., 2016; Gañán & Villafruela, 2015; Teri et al., 2011; Vivaldi, 2012).

Igualmente, los adultos mayores consideraron que ocupar su tiempo de ocio a través del envejecimiento activo con la participación en programas de AF les reporta mayor satisfacción

con la vida, bienestar psicológico, salud general mejorada y una sensación de crecimiento personal, propósito y aprendizaje, como afirman otros autores (Cuenca, 2007; Liechty et al., 2012; Lund & Engelsrud, 2008; Monteagudo, 2004; Netz et al., 2005; Nimrod & Janke, 2012).

La evaluación diagnóstica resultó un proceso fundamental para poder adaptar el diseño de la intervención al contexto de aplicación específico de la misma, como otros estudios reflejaron (Corella, 2018; Murillo et al., 2014; Pinoargote, 2013; Sallis, Owen & Fisher, 2015; Sanchís, 2017; Sevil, 2018; Universidad de Deusto, 2013).

Por último, en el estudio III, con respecto al diseño del programa enriquecido se extraen las siguientes conclusiones: un programa de intervención enriquecido multinivel, la implicación de los adultos mayores, los técnicos deportivos y el área de deportes, la colaboración con la mesa intersectorial, la facilitación a través de nuevos activos (personas, instalaciones, organizaciones, etc.), la utilización de mecanismos de difusión, seguimiento y evaluación y, finalmente, la creación de materiales y recursos para los técnicos deportivos, como características de la intervención siguiendo las premisas del modelo Bio-social-ecológico y la Salutogénesis, aumentan los niveles de calidad de vida de manera importante y significativa, al igual que lo plantean en otros estudios (Aviñó et al., 2014; Blom et al., 2019; Cofiño et al., 2016; Cuadra-Peralta, et al., 2016; Sims-Gould et al., 2020; Titze et al., 2019; Tkatch et al., 2017).

Con respecto al efecto del programa enriquecido se concluye:

- la intervención tiene un efecto importante y positivo sobre los niveles de calidad de vida en todos los adultos mayores gracias a la participación en el programa de AF enriquecida, al igual que sucede en otros estudios (Chittrakul et al., 2020; Karahan et al., 2015; León-Olivares et al., 2019; Rivera et al., 2017; Sadjapong et al., 2020; Stephens et al., 2019; Theodoropoulou, Stavrou & Karteroliotis, 2017; Tizte et al., 2020).

- se consiguen diferencias significativas en los niveles de calidad de vida de los adultos mayores que han realizado el programa de intervención enriquecido y estas diferencias ganan significatividad durante el segundo año. Así sucede en otras intervenciones, concretamente en Función física (Bjerk, et al., 2018; Dantas et al., 2020; De Lira et al., 2018; De Oliveira, 2019; Krist et al., 2013; Silva et al., 2017), en Rol Físico y emocional (Campos et al., 2015; Colom et al., 2014; Kwon et al., 2015; López-Téllez et al., 2012) y en Salud general (Del Pozo et al., 2013; Del Valle et al., 2016; Kóvacs et al., 2013; Lobo et al., 2010).

- los efectos del programa enriquecido permanecen más estables y compactos otorgando sostenibilidad y generando apropiación del mismo por los técnicos deportivos.

- se obtienen valores superiores con respecto a otros estudios sobre población de adultos mayores (Campos et al., 2015; Guallar et al., 2004; Kovacs et al., 2013; López et al., 2003; López-Téllez et al., 2012; Martínez et al., 2013; Skropeta et al., 2014; Tamari, 2011; Vilagut et al., 2005; Zuazagoitia, 2011).

Todos estos resultados y conclusiones confirman que el programa de intervención enriquecido multinivel, que seguía las premisas del modelo Bio-social-ecológico y de Activos de salud que se relaciona con la Teoría de la Salutogénesis, aumentó los niveles de calidad de vida, alcanzando diferencias significativas cada vez mayores conforme pasaba más tiempo de intervención. Por lo tanto, se cumple la hipótesis principal de partida de la investigación y el programa enriquecido ha generado una influencia positiva y significativa en la calidad de vida de los adultos mayores participantes.

Abstract

The aging of the world population is unstoppable, future statistics predict that in 2030 one in every five inhabitants will be over 60 years old and this data will continue to increase (INE, 2014). There are several reasons for this trend (falling birth rate, better living conditions, more advanced health services, greater dissemination of medicines in the world, etc.), but one factor is fundamental, the improvement in the quality of life of older adults (WHO, 2015).

But it is important to note that older adults are at a disadvantage compared to the rest of the population. Their professional or work situation has been extinguished and they find themselves in an unknown world of free time to which they have not prepared themselves during other stages of life (Imsero, 2008). Likewise, on many occasions physical, physiological, mental, and functional conditions arise or begin to arise that cause a significant change in life at these advanced ages. Likewise, their personal, family or social situation usually has alterations that affect the personality of the elderly (Imsero, 2008).

In view of this problem and before being able to intervene on older adults, it is necessary to know what characteristics influence the quality of life. For this purpose, a first chapter has been prepared with the theoretical framework that includes important concepts on this subject: aging (concept, typologies, evolution), quality of life (concept, influencing factors, its relationship with health), health promotion (Theory of Salutogenesis, health assets), education of leisure (concept, promotion of PA as an opportunity for leisure). Likewise, the theoretical models that are best considered to intervene on this population group have been exposed, the Bio-social-ecological model (Bronfenbrenner, 1979) and the Health Assets model (Morgan & Ziglio, 2007), together with the Theory of Salutogenesis (Antonovsky, 1979), a relatively recent conception of health created by Antonovsky in the 1970s, but whose implementation in health programs begins to be carried out in the last decade. Finally,

following diverse studies in the line of which it was tried to apply (Cassetti et al., 2018; Herrera, 2015; López-Sánchez et al, 2018; Martínez & Mosquera, 2007; Ojala & Padrós, 2012; Pardo, 2016; Popay, 2007) five guidelines for intervention have been developed: a) participation as a “means” and as an “end”, b) promotion of the Theory of Self-Determination, c) promotion of the empowerment of older adults, d) increased support and social cohesion, and e) development of autonomy in older adults.

Based on the theoretical framework and previous studies, the objectives of this research, developed in three studies, are

To describe and analyze the quality of life and the way to promote it from the point of view of leisure education.

2°.- To design and apply an intervention program enriched with strategies based on the Bio-social-ecological and Health Assets models, seeking a process of empowerment of the agents and actors for the promotion of physical activity in the elderly.

3°.- To evaluate the effect of the developed enriched intervention on the quality of life in the elderly.

At the same time, taking into account the older adults on whom the study has been carried out, it was proposed as a starting hypothesis that: "enriching an intervention program with strategies based on the Bio-social-ecological and Health Assets models, seeking a process of empowerment of agents and actors through the promotion of physical activity will influence the improvement of the quality of life of the older adults participating in the program".

Before enriching the intervention, a fundamental aspect was to know, design and prepare such intervention in order to give positive results. For that purpose, a diagnostic evaluation was carried out (study I and II).

The study I has contemplated the diagnostic evaluation in a quantitative way, to carry it out we have marked to give answer to the first general objective of the investigation: “to

know and to analyze the values of the quality of life related to the health of the elderly”. By means of a cross-sectional design, the following was evaluated in detail, with an only measure by means of the questionnaire SF-36, the levels of quality of life related to health as dependent variable and the independent variables were age and sex. 213 older adults (87.8% women) participated in this diagnostic evaluation. The results indicated that the lowest dimensions in score were Physical Role and General Health, as well as the Physical Summary Component (PSC). In contrast, Social Function and Mental Health were the dimensions with the highest scores. In turn, it also seemed noteworthy to highlight the important difference between the values obtained in the Physical and Mental Components.

By gender, in general the values are better in men than in women, and with respect to age, the tendency was that the older the person, the worse the results obtained in the questionnaire and, with less age, that is, the group of 60-64, the results were better.

However, the last age group (+80) reflected higher values in the Mental Summary Component (MSC) than the rest.

Study II presents in a qualitative way (descriptive and interpretative approach) the perceptions and opinions extracted after using a focus group with some representatives of the older adults who were going to participate in the intervention (11 women and 3 men).

This design has been used to complete the diagnostic assessment and provide answers, once again, to the first general objective of the research, "to know and analyze the values of the quality of life related to the health of the elderly" and to obtain some basic lines of action that would allow us to enrich the intervention.

The results marked the importance of three categories, "Health assets" (128 citations), "Quality of life" (134 citations) and "Leisure education" (45 citations).

Firstly, in the use of health assets, they gave special relevance to carrying out activities with their closest social environment: *“the relationship with other people or persons, because*

you always learn from those you least expect, you always learn something you least think about, to be able to help others, to live with others, I for one, am already delighted”

(Woman), and with the physical environment: *“to walk through the fields, to go to the banks of the Ebro”* (Man). They also argued that it was very important that the enriched program had their involvement in the design itself and considered essential to the sports technicians in their motivation and participation in the classes: *“I was all day telling me (referring to one of the sports technicians), Nino I'm watching you, and it was hard for me, I spent a bad year, but I was encouraged and as a result (sports technician) and those who are here (other participants) because they encourage you, you get ahead”* (Man).

The older adults felt that PA and health are fundamental to improve their quality of life, for example: *“Quality of life is more about exercising, doing things that can give you positive guidance in life with activities or something, instead of having your head turn away from it, and by exercising also because diseases such as Alzheimer's or senile dementia slow down at the moment”* (Man); *“Well, being well, eating well, doing sports and having quality of life is something that we carry within us, those who want to do things and do them and those who don't. ...”* (Woman).

With respect to leisure education, participants in the focus group expressed the importance of occupying their free time with PA and its relationship with active aging: *“occupying my free time with PA helps me a lot, physically and mentally, many times you have that moment of laziness, that moment in the morning that costs you, that you don't feel like it, you are not motivated, but you put on your tracksuit and your mind changes, you become active, you become motivated”* (Woman).

Therefore, once the initial data were known through the diagnostic evaluation, the only thing left to do was to take action. In study III the two ultimate objectives of the research were: *“to design and implement an intervention programme enriched with strategies based on*

the Bio-social-ecological and Health Assets models, seeking a process of empowerment of the agents and actors for the promotion of physical activity in the elderly” and “to evaluate the effect of the enriched intervention developed on the quality of life in the elderly”. Using a quasi-experimental longitudinal design, the results were compared in two groups, control (Mancomunidad Ribera Izquierda del Ebro, n=93) and experimental (Utebo and its neighbourhood Malpica, n=120).

Study III shows an enriched design in PA promotion that encompasses the 4 intervention areas of the Bio-social-ecological model through several levels of action (actions, strategies and challenges) and evaluates the effects of the application of the intervention program “*Ser Mayor, RETA*” (independent variable) on the values of health-related quality of life in the elderly (dependent variable). For this purpose, a generalized mixed linear analysis of the sample separated by study groups (experimental and control) between the different measurements with respect to the initial measurement (Baseline-T0) was carried out.

The results of the adjusted means reflected significant differences between both study groups, in the dimension of Physical Function in early interaction (T0-T1); between the beginning of each year (T0-T2) the statistical differences were in Physical Role, Emotional Role, Physical Function and in the overall Quality of Life. Finally, in the interaction from the beginning of the enriched program until its achievement (T0-T3), significant differences were reached in Physical Role, Emotional Role, Physical Function, General Health and in the Quality of Life. These data indicate that the positive effect of the intervention is generalized or becomes more homogeneous among the participants of the experimental group as time goes by. Similarly, the fact that significant differences tend to appear from the end of the intervention, demonstrates the sustainability and ownership of the program by sport coaches.

In addition, this study III presents some of the results derived from the design and implementation of the enriched program: the need for a multilevel program that counted on

the participation and involvement of the elderly themselves; the co-design of the professional technicians; the participation in an intersectoral health table, which allowed the expansion of the intervention throughout the community; the dissemination of the intervention program in different social networks (Facebook, Twitter and Wordpress); the exhaustive follow-up through regular meetings of the work team, the dissemination on social networks, the collaborations of the student interns and the monitoring sheets for the sports technicians.

As main conclusions of the different studies can be indicated:

In study I, the results were high, except in the dimensions of physical role, general health and emotional role, but the tasks could not be centered exclusively on them, but a global work of group should be carried out, as several authors state (Acree et al., 2006; Chaves et al., 2017; Diegelmann et al., 2018; Millones & Zapata, 2019). Since this globality is a characteristic element of the concept of quality of life by the various factors (social, economic, physical, emotional) that make it up (Fernandez Ballesteros, 2009; Lima et al., 2009).

Similarly, older adults are influenced by some conditioning factors: mood and self-esteem (Bohórquez, Lorenzo & García, 2014; Calero et al., 2016; Sáenz & Arciniegas, 2019); depression, anxiety and stress of daily life (Dantas et al., 2020; Kravitz, 2007; Jiménez, Martínez, Miró & Sánchez, 2008; Palmer et al, 2005; Park, Han & Kang, 2014); social interaction, coexistence and socialization (Barceló, 2015; Justine, 2010; Madrigal, 2010) that can be overcome with interventions especially from the field of PA (Battaglia et al., 2016; Blom et al., 2019; Chakravarty, Hubert, Lingala & Fies, 2008; De Lira et al., 2018; De Oliveira et al., 2019).

In Study II, in order to achieve a better interpretation of the contributions generated in the focus group by the participating older adults, with respect to the indicators of health assets, all of them provided important meaning, whatever type they were. For older adults, they are

critical in terms of their use to improve their physical, psychological, and social well-being, as detailed in other studies (Cofiño et al., 2016; Hernán, Morgan & Mena, 2013; Hernán, Cardo & Barranco, 2018; Hernán et al., 2019; Morgan & Hernán, 2015); and, consequently, for the improvement of health and quality of life (Cofiño et al., 2005; Eriksson & Lindström, 2008; Granizo & Gállego, 2007; WHO, 1986; Rivera et al., 2011).

Older adults also affirmed the importance of PA practice in improving quality of life, as indicated by other researchers (Battaglia et al., 2016; Bendikova & Bartik, 2015; Clarke et al., 2017; Dantas et al., 2020; De Oliveira et al., 2019; Froment & García, 2018; Pinillos, 2016).

These statements, from both the focus group participants and other literature researchers, will be instrumental in intervening to encourage the practice of enriched PA with other activities that help to complement it (Cuadra-Peralta et al., 2016; Gañán & Villafruela, 2015; Teri et al., 2011; Vivaldi, 2012).

Similarly, older adults found that occupying their leisure time through active aging with participation in PA programs resulted in greater life satisfaction, psychological well-being, improved overall health, and a sense of personal growth, purpose, and learning, as stated by other authors (Cuenca, 2007; Liechty et al., 2012; Lund & Engelsrud, 2008; Monteagudo, 2004; Netz et al., 2005; Nimrod & Janke, 2012).

The diagnostic evaluation was a fundamental process to be able to adapt the design of the intervention to the specific application context, as other studies have shown (Corella, 2018; Murillo et al., 2014; Pinoargote, 2013; Sallis, Owen & Fisher, 2015; Sanchís, 2017; Sevil, 2018; University of Deusto, 2013).

Finally, in the study III, with regard to the design of the enriched programme the following conclusions are drawn: a multilevel enriched intervention programme, the involvement of older adults, sports technicians and the sports area, the collaboration with the intersectoral

table, the facilitation through new assets (people, facilities, organizations, etc.), the use of mechanisms for dissemination, monitoring and evaluation and, finally, the creation of materials and resources for sports technicians, as characteristics of the intervention following the premises of the Bio-social-ecological model and Salutogenesis, increase the levels of quality of life in an important and significant way, as it is proposed in other studies (Aviñó et al., 2014; Blom et al., 2019; Cofiño et al., 2016; Cuadra-Peralta, et al., 2016; Sims-Gould et al., 2020; Titze et al., 2019; Tkatch et al., 2017).

With regard to the effect of the enriched programme, it is concluded:

- the intervention has a significant and positive effect on quality of life levels in all older adults through participation in the enriched PA programme, as is the case in other studies (Chittrakul et al, 2020; Karahan et al., 2015; León-Olivares et al., 2019; Rivera et al., 2017; Sadjapong et al., 2020; Stephens et al., 2019; Theodoropoulou, Stavrou & Karteroliotis, 2017; Tizte et al., 2020).
- significant differences are achieved in the quality of life levels of older adults who have completed the enriched intervention programme and these differences gain significance during the second year. This is the case for other interventions, specifically in Physical Function (Bjerk, et al., 2018; Dantas et al., 2020; De Lira et al., 2018; De Oliveira, 2019; Krist et al., 2013; Silva et al, 2017), in Physical and Emotional Role (Campos et al., 2015; Colom et al., 2014; Kwon et al., 2015; López-Téllez et al., 2012) and in General Health (Del Pozo et al., 2013; Del Valle et al., 2016; Kóvacs et al., 2013; Lobo et al., 2010).
- the effects of the enriched programme remain more stable and compact, providing sustainability and generating ownership by sports technicians.
- higher values are obtained with respect to other studies on the elderly population (Campos et al., 2015; Guallar et al., 2004; Kovacs et al., 2013; López et al., 2003; López-

Téllez et al, 2012; Martínez et al., 2013; Skropeta et al., 2014; Tamari, 2011; Vilagut et al., 2005; Zuazagoitia, 2011).

All these results and conclusions confirm that the multilevel enriched intervention programme, which followed the premises of the Bio-social-ecological and Health Assets model related to the Theory of Salutogenesis, increased quality of life levels, reaching significant and increasing differences as more time was spent on the intervention. Therefore, the main starting hypothesis of the research is fulfilled and the enriched programme has generated a positive and significant influence on the quality of life of the participating older adults.

CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL

Lista de Contenidos

1. Promoción de la Calidad de Vida Relacionada con el Envejecimiento Activo

1.1. Envejecimiento: evolución, concepto y tipos

1.2. Calidad de vida relacionada con la salud: evolución y concepto

1.3. Promoción de la Salud

1.3.1. Teoría de la Salutogénesis

1.3.2. Activos de salud

2. Importancia de la Educación del Ocio para la Mejora de la Calidad de Vida

2.1. Educación para el ocio

2.2. Recomendaciones internacionales de actividad física y su contribución a la promoción de la calidad de vida como oportunidad de ocio

3. El Modelo Bio-Social-Ecológico y el Modelo de Activos de Salud para la Promoción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores

3.1. Modelo bio-social-ecológico de Bronfenbrenner

3.2. Modelo de Activos de Salud

4. Pautas y Estrategias de Intervención Eficaces Basadas en la Educación del Ocio para Aumentar la Calidad de Vida de los Adultos Mayores

4.1. La participación como “medio” y como “fin”

4.2. Promover la Teoría de la Autodeterminación

4.3. Fomentar el empoderamiento de los adultos mayores

4.4. Aumentar el apoyo y la cohesión social

4.5. Desarrollar la autonomía en los adultos mayores

5. Conclusiones del Marco Conceptual

1. Promoción de la Calidad de Vida Relacionada con el Envejecimiento Activo

1.1. Envejecimiento: evolución, concepto y tipos

El concepto de envejecimiento no es una enfermedad sino un proceso fisiológico normal y obligatorio de toda forma de vida. El envejecimiento es provocado por la pérdida progresiva de los mecanismos fisiológicos de adaptación al ambiente, que pueden dar lugar a la muerte, siendo esta situación de forma más agravante en los adultos mayores, principalmente, debido a desequilibrios en los mecanismos de regulación de las funciones orgánicas provocadas por alteraciones consideradas de mayor gravedad en ellos (Mazo, 2001).

Según otros autores, el proceso de envejecimiento es una combinación compleja de cambios fisiológicos en el organismo caracterizados por ser cronológicos (empiezan desde el momento del nacimiento y se mantienen durante toda la vida), individuales, funcionales y sociales (Cerquera & Quintero, 2015; Landinez, Contreras & Castro, 2012; López-Otín et al., 2013).

Por lo tanto, con independencia del comienzo en el inicio de la llegada a esta nueva etapa de vida, con motivo de estos cambios que se indican, resulta imprescindible atender a este grupo de población. Además, en los últimos años se está produciendo un importante crecimiento del porcentaje de adultos mayores en comparación con la población de menor edad. Así, en 2013, el 11,7% (841 millones de personas) eran adultos mayores de 60 años en todo el mundo. Las estadísticas establecen una previsión para el 2050 según la cual, a nivel mundial, el total de esta población alcanzará el 21,1% (más de 2 billones de personas aproximadamente) (Admi et al., 2015).

La consecuencia directa de este aumento de la población mayor de 65 años, será el aumento y presencia de múltiples patologías (Imsero, 2015), convirtiendo a los adultos mayores en personas vulnerables y dependientes (Admi et al., 2015). Además, las enfermedades que acompañan al envejecimiento junto con una disminución de la mortalidad

y aumento de la inactividad física, comportan la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas, dando lugar a una población envejecida con multimorbilidad (Hollmann et al., 2007; Imserso, 2015).

Sin embargo, el envejecimiento no es, solamente, la pérdida de las funciones. El envejecimiento es un fenómeno que puede ser visto desde diferentes perspectivas (Sánchez, 2017):

- **Perspectiva biológica:** cuyas características suelen venir acompañadas de modificaciones externas, que conllevan una mayor vulnerabilidad ante las enfermedades y un incremento de sus problemas de relación con el mundo externo debido a la pérdida progresiva de las capacidades físicas, que incluso suelen ir acompañadas de enfermedades que disminuyen la capacidad de autonomía.
- **Perspectiva psicológica:** con el envejecimiento existe una alta probabilidad de alteraciones afectivas y cognitivas que pueden trastornar, visiblemente, como desenvolverse socialmente. En muchos casos, dichas alteraciones no son observables en su justa medida. La edad, por sí sola, es una alteración de las funciones psíquicas en la vejez, asociadas a factores de riesgos psicosociales, biomédicos o funcionales que contribuyen a la prevalencia de trastornos en esta esfera.

La estructura psíquica de los adultos mayores es, relativamente, estable y conserva sus principales características durante el periodo evolutivo, el cual constituye una etapa muy particular de la vida y destaca, que la reestructuración evolutiva que se produce en ella no es únicamente un retroceso, aunque si se producen neo formaciones importantes.

- **Perspectiva social:** el proceso del envejecimiento también tiene lugar en el contexto social. Si bien las limitaciones sociales y personales de los últimos años podrían limitar o modificar el comportamiento social, a su vez pueden presentar nuevas oportunidades y experiencias sociales gratificantes para las personas de mayor edad. El comportamiento social

al igual que la juventud, se ve influido por dos factores importantes: las características personales del individuo y los apoyos sociales disponibles. Las relaciones familiares, con frecuencia, remarcan la dependencia y la atención, los amigos son fuente de alegría, tener personas a las cuales se le cuenten todos los anhelos, preocupaciones, etc.

En contraposición con las ideas negativas habituales sobre la vejez, desde el ámbito de la psicología (González, 2014; Mejías, 2017; Sánchez, 2017) se habla de nuevas características psicológicas especiales en la tercera edad:

- **Experiencia:** la experiencia individual no es, simplemente, el recuerdo del pasado, sino la capacidad de orientarse con rapidez en el presente, utilizando la experiencia personal y ajena y los conocimientos adquiridos.
- **Sabiduría:** determinado estado del carácter desarrollado con la inteligencia y a partir de la experiencia individual, cuyo sentido es establecer el vínculo entre las generaciones, liberar a la historia de la casualidad y lograr la agitación vana de la vida cotidiana. Es una mirada al pasado, al presente y al futuro que lleva a los adultos mayores el rango de sabio y preceptor de la juventud. La posición social de los adultos mayores en el mundo contemporáneo es única por su significación social e histórica, es humano por su distinción y orientación.

Por tanto, envejecer bien es un concepto multidimensional compuesto por un amplio conjunto de factores biopsicosociales como se comentaba en las perspectivas anteriores, estos factores a menudo se confunden y se utilizan, indistintamente, diversos términos para conceptualizar el envejecimiento (*ver tabla 1*).

Tabla 1*Tipos de envejecimiento y características de los mismos*

TIPOS DE ENVEJECIMIENTO	CARACTERÍSTICAS
Primario o libre de enfermedad	Los cambios en los procesos biológicos, psicológicos, socioculturales o del ciclo de vida en el envejecimiento primario son una parte inevitable del proceso de desarrollo y crecimiento.
Secundario o patológico o con fragilidad	Los cambios en el desarrollo están relacionados con la enfermedad, el estilo de vida y la influencia de otros cambios ambientales inevitables.
Terciario	Pérdidas rápidas que se producen poco antes de la muerte.
Saludable	Aquel que mantiene una buena salud, el mantenimiento de relaciones familiares, junto con unas habilidades de afrontamiento a situaciones de estrés.
Activo	Proceso donde se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.
Productivo	Gira en torno a la contribución y el aporte que puede realizar el adulto mayor a la sociedad. Cuatro áreas: 1. Trabajo remunerado 2. Trabajo doméstico 3. Voluntariado comunitario 4. Actividades educativas y culturales
Exitoso	Se basa en el concepto, entre otros, de “bienestar subjetivo”, entendido éste como el grado de satisfacción que experimentan las personas cuando hacen una valoración o juicio global de sus vidas.
Satisfactorio	Impulso de una experiencia valiosa de ocio para consolidar estilos de vida que aporten bienestar, promoviendo cauces para el empoderamiento, motivación, participación y desarrollo personal.

Nota. Extraído de Cavanaugh y Blanchard-Fields, 2015; Cerquera y Quintero, 2015; Cuenca-Amigo, 2014; Miralles, 2011; OMS, 2002; Sarabia, 2009; Vaillant y Vaillant, 1990.

Tal y como se acaba de comprobar, el concepto de envejecimiento posee un gran número de adjetivos (envejecimiento con éxito, activo, saludable, óptimo, productivo, positivo) y la literatura no provee de una definición o modelo teórico comúnmente aceptado (Fernández-Ballesteros, 2009).

La OMS (1990) al referirse al envejecimiento utiliza el concepto, “envejecimiento activo” y lo define como “*el proceso donde se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen*”.

Ante esta situación, en los antecedentes del concepto del envejecimiento activo se encuentra la “Teoría de la Actividad”, Havighurst y Albrecht (1953) que afirman “*cuanto más activas sean las personas, mayor satisfacción obtendrán en su vida*”. Esta satisfacción será obtenida por el significado que le da el individuo a la tarea en la que se ocupa, más que por el mero hecho de realizarla.

Quizás la definición más completa de envejecimiento activo sea la aportada por Walker (2007), “*...una estrategia integral para maximizar la participación y el bienestar a medida que la población envejece*”. Además, afirma que debe operar, simultáneamente, en el nivel individual (estilo de vida), organizativo (gestión) y social (políticas) y en todas las etapas del curso de la vida.

A su vez y desde una perspectiva personal, envejecer activamente, es un modo habitual de “imaginar” con positividad la forma de vivir de los adultos mayores por parte de los propios mayores y de la sociedad frente a la concepción ‘ageista’ vigente durante décadas (Marhankova, 2011).

Desde este punto de vista, el individuo pasa a ser el protagonista a la hora de preparar y vivir las múltiples dimensiones de su propio envejecer (Imsero, 2011). Desde esta perspectiva individual, el envejecimiento activo, es definido por Fernández-Ballesteros (2009) por un conjunto de 4 dominios que implican:

- buena salud e independencia,
- buen funcionamiento físico y cognitivo,
- adecuada autorregulación emocional con predominio del afecto positivo y el control y,
- una alta participación social.

Así mismo, la OMS (2015) señala los determinantes que influyen en el envejecimiento activo: por un lado, los factores externos (condiciones sociales, económicas, ambientales y servicios de salud) y, por otro, los factores personales conductuales (estilos de vida y factores biológicos, genéticos y psicológicos).

El envejecimiento activo permite que las personas desarrollen su potencial de bienestar físico y social, y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo.

En base a la definición que nos ofrece la OMS, Yanguas (2008) afirma que existen tres dimensiones dentro de la vida del individuo que desde la práctica de un envejecimiento activo se pueden fomentar y optimizar:

- La salud: en este sentido cobra especial importancia las políticas que respaldan el envejecimiento activo, ya que resulta interesante que actúen desde la prevención y promoción de la salud. Por lo tanto, se apuesta por una sanidad que cambie el enfoque, pasando de actuar en contra de la enfermedad a prevenir la misma. Hábitos de vida saludable como la realización de actividad física y mental, y una adecuada alimentación, actúan como factores de protección ante la enfermedad, por lo que se promueven desde el plan de acción del envejecimiento activo.

- La participación: en la vivencia de la vejez como algo positivo, resalta la participación continuada dentro de diferentes ámbitos como el social, espiritual, cultural, económico y ciudadano. Este aspecto es muy importante dentro del contexto de la vejez, ya que los adultos mayores pueden disfrutar de suficiente tiempo libre para invertir en numerosas actividades

que sean de su agrado, les proporcionen satisfacción y les introduzcan y/o mantengan en la participación social junto con el resto de miembros de la comunidad. Por ello, desde el plan de acción del envejecimiento activo se fomenta este proceso de socialización y de disfrute en actividades de ocio.

- La seguridad: la promoción del envejecimiento activo es un recurso relevante para proporcionar a las personas: ayuda, protección, seguridad y cuidados, cuando lo precisan. Uno de los temas principales en cuanto a la seguridad de los adultos mayores, es el consumo de fármacos. Ciertas dificultades que se encuentran en la vejez, pueden llevar a obstaculizar el correcto cumplimiento del tratamiento farmacológico. De hecho, existen estudios (Pizarro, 2016; Riera & Vera, 2019) que afirman, que más de la mitad de los adultos mayores cometen errores u olvidos relacionados con la toma de la medicación. Por lo tanto, siendo una situación delicada, desde el envejecimiento activo se deben promover estrategias enfocadas a evitar estos acontecimientos, permitiendo que las personas puedan adherirse de forma correcta al tratamiento.

Finalmente, algunos autores (Aponte, 2015; Fernández-Ballesteros; 2009; Gañán & Villafruela, 2015; García, 2016; Limón & Ortega, 2011) relacionan envejecer de forma positiva con conceptos como el bienestar, la satisfacción con la vida o calidad de vida dentro de esta etapa final de la vida.

1.2. *Calidad de vida relacionada con la salud: evolución y concepto*

El concepto calidad de vida es relativamente reciente, parece ser que se empleó por primera vez en los años 50, con un sentido economicista, pero tendremos que llegar a la década de los 80 para encontrar este término relacionado al campo de la salud. En este ámbito, la calidad de vida se entendió, al principio, en sentido puramente biológico y con el paso del tiempo, abarcó un bienestar global (bio-psicológico, económico y social) (Aaronson et al., 1987; Fitzpatrick et al., 1992; Wilson & Clearly, 1995).

Algunos profesionales de la medicina definieron la calidad de vida con parámetros objetivos que describen la capacidad de la persona para implicarse en las actividades de la vida diaria (Naughton et al., 1996; Schwartzmann, 2003). Progresivamente, su concepción va evolucionando, así Ware y Sherbourne (1992) incluyen en la evaluación de la calidad de vida otros parámetros como: los ámbitos de estado de salud, el funcionamiento social, el desempeño de roles sociales, el funcionamiento físico, el nivel de energía y la percepción general del estado de salud.

Pero existen otras concepciones, por ejemplo, los científicos conductuales han adoptado, un punto de vista más psicológico o subjetivo y han destacado como indicadores de la calidad de vida: la importancia de la satisfacción de las necesidades, la capacidad de tolerar el estrés, la independencia (autodeterminación), la manifestación del disfrute, las relaciones interpersonales significativas, el bienestar y sentirse contento, y el uso personalmente significativo del tiempo (Bigelow, McFarland & Olson, 1991; Iso-Ahola, 1980; Rosenfield, 1992).

Campbell et al. (1976) definieron la calidad de vida como *“una medida subjetiva que describe la forma en la que las personas experimentan sus vidas”*, ellos consideran que las condiciones objetivas de vida son menos importantes y los conceptos centrales en su investigación fueron la satisfacción y la felicidad.

En otras opiniones, Kajandi (1994) indica que un componente central de la calidad de vida es el sentido de contribuir para conseguir lo mejor para el grupo y la sociedad mediante el trabajo individual. Como consecuencia, este mismo autor, añadió las condiciones externas de la vida donde el trabajo, la economía personal y la vivienda son conceptos centrales. Así, se incluyen tres esferas de la vida en el modelo de Kajandi (1994):

- condiciones externas (trabajo, economía, vivienda);
- relaciones interpersonales (relaciones íntimas, amistades, relaciones familiares); y,
- condiciones psicológicas internas (actividad, concepto de sí mismo, estado de ánimo normal).

Una combinación tanto de los datos subjetivos como objetivos fue introducida por Andrews y Whitney (1976), que desarrollaron medidas de la “calidad de vida percibida”. La vida se divide en roles diferentes (vida laboral, vivienda, familia, compañía); en diferentes valores (éxito, belleza, libertad, felicidad); y en una combinación de los anteriores.

En esta misma línea de combinación se encuentra a Compton et al. (1996), los cuales afirman que, dada la compleja naturaleza de la calidad de vida, aconsejan a los futuros investigadores utilizar medidas objetivas y subjetivas para evaluar este constructo.

Sylvester (1992) afirma que los conceptos de bienestar, calidad de vida, felicidad y autorrealización son situaciones y oportunidades necesarias para vivir una vida plena, con significado personal, satisfactoria y que merece la pena, que emana de los principios morales que definen lo humano. En este contexto, argumenta que el ocio es un valor clave, un prerequisite para lograr la felicidad y la plenitud como persona. Por tanto, la calidad de vida se convierte en un constructo clave, integral, de un modelo de resultados centrados en la persona.

La OMS (1993) conceptualiza la calidad de vida en cinco amplios dominios: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y entorno. Así mismo, la describe como la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones. Esta misma organización enumera varias características de la percepción del individuo que deben darse para tener una óptima calidad de vida:

- Una buena salud física y psíquica, con los elementos indispensables que le permitan al individuo no estar preocupado por su bienestar.
- Un status económico, laboral y social, que le permita un excelente nexo de relaciones con la comunidad circundante.
- Posibilidad efectiva de acceso a las fuentes de la cultura, así como a los bienes y servicios de la sociedad a la que pertenece.
- Reconocimiento, por parte de los demás, de sus derechos, valores y cualidades personales que le permitan un buen nivel de autoestima.
- Un entorno ecológico-ambiental, suficientemente, sano y limpio de contaminantes, que le faciliten una vida feliz dentro de un desarrollo sostenible.
- Pertenencia a una sociedad justa, con solidez y seguridad jurídica, en la que poder participar y ser reconocido como ciudadano de derechos y libertades.

Una primera concepción de la calidad de vida, dentro del campo de las ciencias sociales, es que dicho término se incluye en el concepto de “prosperidad” para describir, principalmente, las necesidades humanas no materiales, el bienestar percibido, “el amar” y “el ser” (De Leeuw, 2003).

Si se analiza el constructo psicosocial de la calidad de vida focalizado en la población mayor, éste, parte de la Teoría del Ciclo vital desde una perspectiva de envejecimiento activo o exitoso (Fernández-Ballesteros, 2009).

Este enfoque se basa en la percepción de la última etapa vital como un periodo no sólo de pérdidas, sino también de ganancias, además de destacar las posibles competencias que puede mejorar o desarrollar la persona mayor (Villar et al., 2010).

Herrera y Guzmán (2012), en su texto “*Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento*” exponen una serie de factores que identifican los principales indicadores de calidad de vida en este grupo de edad:

- La salud: existe una gran diversidad a la hora de envejecer, pero bien es cierto que en un gran número de adultos mayores ha ido deteriorándose la salud, siendo la calidad de vida afectada, directamente, por este deterioro.
- La economía: en lo que respecta a este tema, una de sus grandes preocupaciones es la cuantía de la jubilación, siendo muchas veces necesaria para ayudar a sus hijos y nietos o, al contrario, muchas veces es tan escasa, que es la familia quien tiene que ayudar a las personas de edad avanzada.
- Vida afectiva: este factor es muy importante en la vida de los adultos mayores, como en la de todos. Por lo tanto, es algo que no sufre ningún tipo de deterioro cuando se envejece. Tener vínculos afectivos, redes sociales de apoyo, tener actividades de ocio y participar en actividades grupales influye, positivamente, en la calidad de vida.
- Amor y sexualidad: a pesar del mito que existe sobre que la sexualidad y el amor no están presentes en la vejez, ha de decirse que la vida sexual activa también es importante en esta etapa. En la vejez, la sexualidad no está ligada a la búsqueda de descendencia, por lo que se relaciona en el encuentro con la complacencia y el cariño, disfrutándose de mayor libertad, relajación, confianza e intimidad.
- Salud psicológica: los seres humanos, somos los únicos capaces de darnos cuenta de nuestro propio envejecimiento. Es necesario instaurar la idea de que debemos fomentar nuestro funcionamiento mental de forma juvenil, siendo más enérgicos y vivaces.

Además, es importante la formación y el buen funcionamiento intelectual, para lograr una mayor calidad de vida. Por todo ello, y teniendo en cuenta estos indicadores de calidad de vida, a pesar de las inevitables pérdidas inherentes a la edad, es posible y preciso fomentar el resto de ámbitos que influyen directamente en la percepción de las personas sobre la calidad de su vida, desprendiéndose de todo esto el aumento de su autoestima y bienestar (Herrera & Guzmán, 2012).

Castillo (2011) destaca algunos indicadores para favorecer el estilo de vida de los adultos mayores:

- Contribuir a la mejora de su estado de salud elevando sus posibilidades funcionales.
- Favorecer el desarrollo y mantenimiento de su autonomía física.
- Participar en los juegos y actividades sociales que tributen a los procesos afectivos y volitivos de los adultos mayores.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.

Como se ha visto, un término muy relacionado con la calidad de vida es el concepto de salud, la salud según la OMS en su Carta Constitucional (1946) la define como *“el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Más recientemente, la OMS (1986) la entiende como *“la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente”*.

Dubos (1959) indica que la salud es *“el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio”*. Terris (1994) propone la salud como *“estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Fernández Ballesteros y Maciá (1993) sitúan la salud como componente principal de la calidad de vida.

En concreto, Fernández Ballesteros (1997) expresa que los planes y programas de servicios sociales dirigidos a los adultos mayores y a otros grupos poblacionales tienen como objetivo incrementar la calidad de vida para alcanzar el estado de bienestar.

Esta autora enfatiza en la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida y lo asocia con factores personales tales como: salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio y satisfacción, y factores socioambientales tales como: apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y seguridad social, calidad del ambiente y aspectos culturales.

Cummins y Cahill (2000) mencionan siete ámbitos desarrollados sobre calidad de vida. A saber: salud, intimidad, bienestar material, productividad, bienestar emocional, seguridad y comunidad. Con respecto al primer ámbito, la calidad de vida relacionada con la salud se refiere al hecho por el que la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del día a día de los sujetos y su calidad de vida global, juzgada por el propio sujeto (Lawton, 1984, citado por Yanguas, 2004).

Por lo tanto, estos autores contemplan el estado saludable de la persona desde el punto de la calidad de vida, y no simplemente, desde la manifestación de síntomas o el padecimiento de enfermedades.

Más recientemente, la salud se entiende como un desarrollo personal y social: *“la naturaleza ecológica de los comportamientos plantea la necesidad de promover a menudo no tanto la elección de conductas, sino más bien la elección de entornos para vivir mejor o la elección de cambios para adaptar los entornos y hacer fáciles las prácticas y estilos de vida saludables”* (Costa & López, 2005).

Se abandona, definitivamente, la concepción de salud como un estado o situación, más o menos utópica y abstracta y, se da importancia al desarrollo de todas las capacidades

individuales de la persona. La salud se entiende como una conquista diaria, por la que se puede mejorar la calidad de vida y que se consigue mediante un proceso permanente y continuo (Gavidia & Talavera, 2012).

Como resumen, la calidad de vida representa un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida “objetivas” y un alto grado de bienestar “subjetivo” y también, incluye una satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades teniendo en cuenta factores materiales (ingresos disponibles, posición en el mercado de trabajo, salud, nivel de educación, etc.), factores de relación social y factores ambientales.

1.3. Promoción de la Salud

La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas ganar control sobre su salud con el fin de mejorarla y, en consecuencia, tener una buena calidad de vida. Es un paso más allá de la correcta educación sobre la salud y se sustenta de otras muchas disciplinas como son la medicina, la sociología, la psicología, etc. (OMS, 2016).

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, elaborada por la OMS durante la celebración de la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, en 1986, ya definió entonces que su objetivo era *“proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente”*.

Para que esto pueda lograrse, Colomer y Álvarez-Dardet (2000) en el capítulo 5 de su libro *“Promoción de la Salud y Cambio Social”*, incluyen los cinco principios clave de la promoción de la salud según la OMS:

- Implicar a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.
- Centrarse en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combinar métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspirar a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud en sus comunidades.
- Tener presente que, aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

Se puede ver aquí la estrecha relación entre este término con el marco teórico de la tesis, ya que la conceptualización de esta manera positiva de reinterpretar la promoción de la salud, poniendo énfasis en lo sano y en el control de las personas y las comunidades sobre su propia salud, potencia la relación más realista y contextualizada entre la misma y sus determinantes.

En clara consonancia con ésta óptica de la promoción de la salud, se encuentra la perspectiva salutogénica (Antonovsky, 1979) que pone el énfasis en el origen de la salud y no en el origen de la enfermedad.

1.3.1. Teoría de la Salutogénesis

Salutogénesis es un término acuñado por el doctor en sociología Aaron Antonovsky a finales de los años setenta. Este nuevo paradigma, que deriva de Salus (del latín, salud) y Génesis (del griego, origen), quiere recuperar la visión integral de la persona como ser

físico, anímico y espiritual, y el papel activo y responsable de cada uno en su salud y, por consiguiente, en su calidad de vida. La Teoría de la Salutogénesis se fundamenta en que cada persona tiene la capacidad de mejorar su propia salud y calidad de vida (Arboix, 2013).

La salutogénesis abarca mecanismos que permiten a las personas y a las poblaciones desarrollar su salud y gestionar la fragmentación y el caos de la realidad a través de: sus sentidos de percepción cognitiva y emocional, habilidades de comportamiento y la motivación a través de marcos significativos basados en la cultura, la tradición y los sistemas de creencias (Morgan, Hernán & Mena, 2010; Rivera et al., 2011). Más allá del énfasis en reducir los factores de riesgo y de la educación para la salud, están la promoción de la salud y la teoría salutogénica, que esgrimen el papel activo de cada persona en el cuidado de su salud y en la modificación de conductas hacia estilos de vida saludables (Arboix, 2013).

Antonovsky (1987) utilizó tres preguntas que fueron claves en la fundamentación de su teoría:

- ¿Por qué las personas se mantenían saludables a pesar de estar expuestas a tantas influencias perjudiciales?
- ¿Cómo se las arreglan para recuperarse de enfermedades?
- ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de la tensión más extrema?

Lo importante es tener la capacidad para utilizar los recursos, es decir, poseer lo que Antonovsky llamó “sentido de coherencia”, convirtiéndose dicho concepto en la clave de su teoría. El enfoque salutogénico afirma que la salud es un tema ilimitado y dependiente de las habilidades para organizar los recursos disponibles en la sociedad, el contexto social y el “yo”. El sentido de coherencia es la capacidad para percibir que uno es capaz de manejar cualquier situación, independientemente, de lo que está sucediendo en la vida, y lo construye a partir tres factores que caracterizan a los individuos:

- comprensión de lo que les acontece,
- manejabilidad de lo que ocurre,
- significatividad o capacidad de convertir lo que se hace en satisfactorio, valioso, o con sentido y significado para la vida.

El hallazgo principal del modelo salutogénico es el sentido de la coherencia correlacionada con la salud y con la calidad de vida percibidas, es decir, que las personas con una alta puntuación en sentido de coherencia suelen tener una buena percepción de salud.

Existen unos principios de la salutogénesis, los cuales son decisivos para el cuidado y desarrollo de la salud (Machado, 2013):

- A nivel corporal se rige el principio de la Heteroestasis, es decir, el hombre posee una capacidad para afrontar y responder a retos ante circunstancias exteriores que se presentan como obstáculos y resistencias.

- A nivel anímico, la salutogénesis relaciona la salud con el sentido de coherencia, el objetivo es lograr que nos relacionemos con nuestras circunstancias, de tal forma que se encuentre un sentido en ellas y en nuestras vidas, considerando las situaciones vitales desde tres visiones: comprensibles, manejables y con significado.

- A nivel espiritual, la salutogénesis plantea que los hombres aprenden a desarrollar resiliencia, es decir, que puedan erigir una fuerza interna basada en lo espiritual. Hoy en día esto es lo más difícil, pero lo más decisivo; difícil porque, actualmente, los valores que se promueven son los materiales y los superficiales. Decisivo, porque es importante un fortalecimiento interior a través de la confianza en el curso y en el sentido de la evolución de la humanidad.

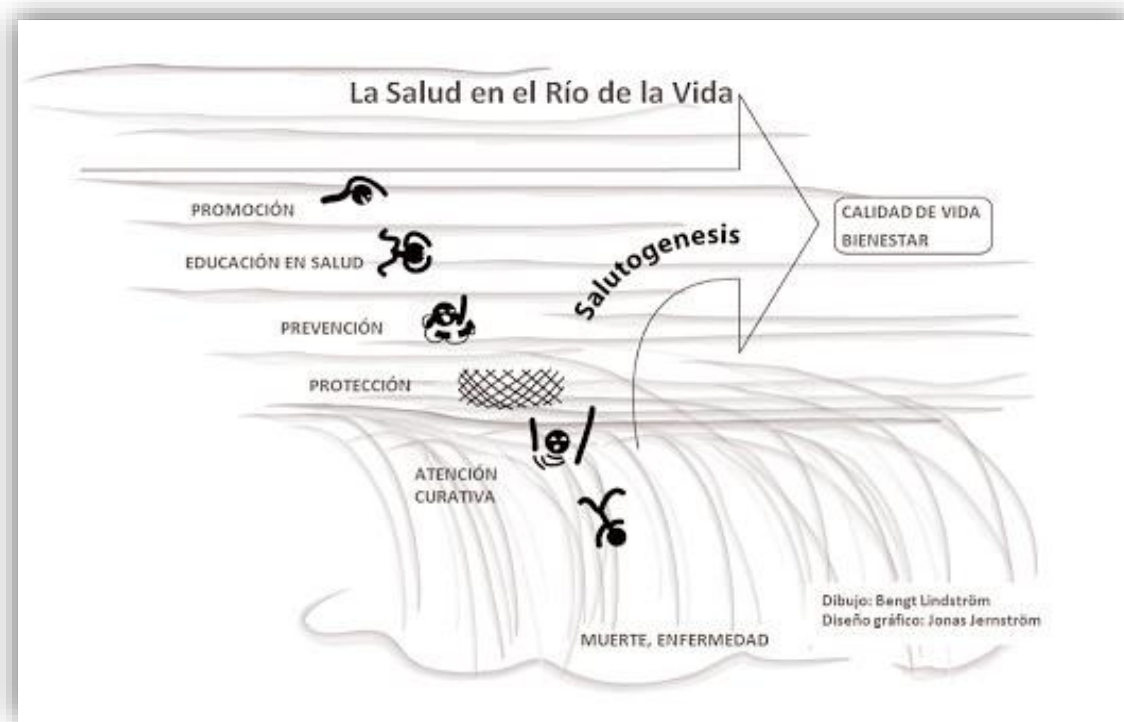
Antonovsky (1979) hace uso de una metáfora “el río de la vida” (*ver figura 1*), para comparar el punto de vista patogénico con la perspectiva salutogénica, se pregunta cuáles

serán las condiciones que determinan que una persona tenga la habilidad de nadar bien, independientemente, de la zona del río donde se encuentre.

Por lo tanto, el objetivo no se centraría en “salvar” a las personas, sino en conseguir que naden bien, para no ser arrastrados por la corriente.

Figura 1

Representación gráfica sobre la salud en el río de la vida



Nota. Extraído de Eriksson y Lindström (2008).

El foco principal de la salutogénesis, tal como el propio término indica, es generar salud, pero cada persona la suya propia. Porque cada uno tiene la capacidad de reconocer y utilizar sus recursos para mejorar su salud y calidad de vida.

Un autor de referencia de esta teoría es Lindström, el cual ha publicado numerosos estudios que aportan evidencia científica a la investigación salutogénica y en los que demuestra que este enfoque podría tener un peso específico en la salud pública, al igual que en la investigación y en la práctica de la promoción de la salud.

Lindström (2008) explica el cambio de paradigma entre educación para la salud y promoción de la salud: la primera lleva explícito que el profesional de la salud sabe qué es lo correcto, cómo se hace y lo enseña; y en la segunda, es el individuo el que quiere aprender algo y quiere hacerlo por sí solo, y los profesionales de la salud solo le ofrecen las ideas y las herramientas necesarias para que consiga el objetivo.

La salud física es un estado y una capacidad de recuperar y mantener la energía que posibilita hacer lo que uno desee y disfrutarlo. Lindström aconseja interrogarse sobre el o los motivos que a uno le dan fuerza para vivir, que es, en definitiva, lo que genera salud, felicidad y calidad de vida.

En la actualidad, desde la perspectiva de la salud positiva, ese estado de bienestar va a favorecer a la persona, para que alcance un mayor desarrollo psicológico, social y comunitario (Park, Peterson & Sun, 2013). Estos autores detallan que una buena vida se caracteriza por tener: experiencias subjetivas positivas (felicidad, plenitud), rasgos individuales positivos (fortalezas, intereses, valores), relaciones interpersonales positivas (amistad, matrimonio, compañerismo) e instituciones positivas (familia, comunidades, etc.). Cuando estos cuatro componentes convergen, las personas tienen un buen funcionamiento de vida, logrando una mejor calidad de vida.

1.3.2. Activos de Salud

Un concepto básico, actual y de gran relación con la promoción de la salud es el término “activos de salud”, definido por la Agencia de Desarrollo y Mejora (2010) como, *“cualquier factor o recurso que fortalece la habilidad de las personas, los grupos o las poblaciones a mantener y mejorar su salud y bienestar. Estos activos pueden actuar a nivel individual, familiar o comunitario como elementos protectores para contrarrestar situaciones de estrés”*.

La Oficina Europea de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo (2006) utiliza el término “activos de salud” para hacer referencia a los recursos, a los que tienen acceso las personas y las comunidades, que protegen frente a los resultados sanitarios negativos y/o promocionan estados de salud positivos.

Harrison et al. (2004) indican que estos activos pueden ser recursos sociales, financieros, físicos, medioambientales o humanos (por ejemplo: educación, competencias de empleo, redes de apoyo social, recursos naturales, etc.).

Morgan y Ziglio (2007) lo definen como “*cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar*”. Estos autores indican que, a nivel de comunidad, algunos activos de salud son: las redes familiares y de amigos (de apoyo), solidaridad intergeneracional, cohesión comunitaria, grupos afines (por ejemplo: ayuda mutua), tolerancia religiosa y armonía. Por ejemplo, la cohesión de una comunidad, medida por una serie de redes interconectadas, estables y positivas, puede considerarse un activo de salud. En este caso, el activo tiene el potencial para promocionar la salud, independientemente, de los niveles de desventaja en esa comunidad. Morgan y Hernan (2013) hablan del enfoque de trabajo con activos como un proceso de coproducción de salud entre personas, comunidades y profesionales en un contexto determinado.

Más recientemente, se habla de “activos para la salud pública”, expresión del patrimonio de las comunidades justas, equitativas y democráticas, como resultado de sus esfuerzos organizados. La salud positiva se logra facilitando el empoderamiento comunitario y las capacidades que mejoran, promueven y restauran la salud de las poblaciones, y que pueden ayudar a reducir las desigualdades en salud (Álvarez et al., 2015).

La conceptualización de “activos para la salud” y “salud positiva” sigue la lógica de hacer fáciles y accesibles las opciones orientadas al bienestar, crecimiento y envejecimiento saludable. La salud positiva es una forma de ver las acciones en salud, focalizando la mirada hacia lo que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y de ese modo, la mejoren.

Cada vez es más frecuente que se utilice esta estrategia de los activos de salud en programas de intervención: Aviñó et al. (2014) llevan a cabo este mapeo de activos para percibir los cambios mediante agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad. Igualmente, Díaz Expósito (2014) desarrolla esta estrategia para la población infantil. En Zaragoza, en el centro de salud Oliver (2014) se desarrolló un proyecto de mapeo de activos en el propio barrio para darlos a conocer a la población. Álvarez et al. (2015) realizan una identificación de activos para la salud en cuatro barrios de Alicante con diferente nivel socio-económico. Cofiño et al. (2016) expusieron diferentes programas de promoción de la salud basada en activos.

Después de la identificación es crucial para su uso el desglose en tipologías de los activos, Morgan et al. (2010) fueron pioneros en esta teoría y en su identificación desglosaron varias tipologías que muchos autores posteriores (Botello et al., 2013; Cofiño et al., 2016; Consejería de Salud de las Islas Baleares, 2015; Suárez et al., 2014) la han utilizado, al igual que se hará en esta tesis (*ver figura 2*).

Figura 2*Mapeo de activos*

Qué recursos	Quiénes	Qué tienen	Reflexión
Recursos de los individuos	Miembros de la comunidad Familias Vecinos	Poder Pasión Talento Habilidades Experiencia Conocimiento Tiempo Cuidado	¿Qué es lo bueno del lugar donde viven? ¿Qué pueden hacer para mejorar la vida en su comunidad?
Recursos de las asociaciones formales	Grupos religiosos Grupos deportivos Asociaciones juveniles Grupos de voluntarios Asociaciones de vecinos Grupos de autoayuda o de ayuda mutua Asociaciones de pacientes Voluntarios	Visión Redes Conocimiento compartido Influencia Talento	¿Cuáles son las redes formales de su comunidad?
Recursos de las asociaciones informales	Red informal de cuidadores Red informal de apoyo	Visión Redes Conocimiento compartido Influencia Espacios compartidos Talento	¿Cuáles son las redes informales de su comunidad?
Recursos físicos del área	Parques Centros educativos Bibliotecas Centros de salud Centros infantiles	Edificios Espacios compartidos	¿Qué espacios verdes, terrenos sin utilizar, edificios, calles, mercados o transportes hay en la comunidad?
Recursos económicos	Negocios locales Comercios locales	Dinero Influencia Edificios	¿Cuál es la situación económica local?
Recursos culturales	Teatro Música Arte	Visión Redes Conocimiento compartido Influencia Espacios compartidos Talento	¿Qué talento tiene la gente para la música, el teatro o el arte?
Recursos de las organizaciones	Servicios del ayuntamiento Concejalías o concejales Líderes o representantes de barrios o vecindarios Policía Trabajadores sociales Médicos de familia Enfermería	Dinero Edificios y recursos Servicios reales o potenciales Influencia sobre otros Tiempo Poder Conocimiento Liderazgo Capacidad y buena voluntad para el cambio	¿Qué recursos tienen las organizaciones independientemente de si se usan o no?

Nota. Extraído de Morgan et al. (2010).

De manera más concreta, otros autores desarrollan estrategias concretando tipologías:

Tirado (2014) propone diferentes estrategias de forma que contribuyan a elevar la calidad de vida en los adultos mayores, una de ellas es *“realizar actividades con los abuelos del municipio tales como: charlas educativas sobre temas como el tabaquismo, alimentación, higiene personal, alcoholismo, meditación no facultativa”* o *“coordinar con los organismos pertinentes de forma que se repare la casa de abuelo y se le den condiciones constructivas mínimas”*, dichas estrategias formarían parte de la tipología de *instituciones* dentro de los activos.

Herrera (2015) realizó una intervención educativa que mejoró la calidad de vida de sus adultos mayores con diversas actividades basadas en los tipos de activos descritos anteriormente mediante charlas educativas: para incrementar conocimientos sobre estilos de vida saludables, para mejorar su autovaloración, para otorgar la importancia de los adultos mayores en la familia y en la sociedad.

Como se puede ver son muchos los estudios que llevan a cabo la identificación de los recursos o activos, pero no se debe quedar en esa primera fase, si se pretende avanzar se necesita utilizar los recursos identificados a través de enfoques o modelos teóricos que permitan diseñar y desarrollar la práctica (Botello et al., 2013; Cofiño et al., 2016).

Finalmente, otro concepto que ha saltado a la palestra de la investigación en la promoción de la salud, es el de capital social. Bourdieu (1986) define el capital social como el conjunto de recursos potenciales relacionado con redes duraderas de reconocimiento mutuo, que sirve para la reproducción social de las desigualdades. De la misma manera, para Coleman (1988) el capital social es un recurso colectivo utilizable, incrustado en la estructura social, que tiene el rol de fortalecer los lazos internos entre los miembros de un grupo. Igualmente, Bereményi (2019) citando a Souza Briggs (1998) el cual distingue entre relaciones sociales que funcionan como “ventaja” frente a otras que sirven de “apoyo”. La función de ventaja del capital social ayuda a avanzar modificando las oportunidades de un individuo mediante información privilegiada o mediante contactos relacionados. La función de apoyo del capital social sirve para lidiar con situaciones de emergencia y provee una amplia variedad de recursos, desde económicos hasta de cuidado, información y apoyo emocional, que reducen las dificultades de las familias y actúan como malla de protección frente a situaciones de desamparo, este tipo de relación permite lidiar con las adversidades.

En una aportación más reciente, Lin (2001) identifica el capital social con los recursos sociales de una persona en términos de relaciones humanas. El capital y las redes sociales

siempre han sido difíciles de estudiar y cuantificar de forma empírica, pero Diderichsen y Whitehead (2001) hacen una distinción entre el capital social horizontal y vertical. El capital social horizontal hace referencia a las relaciones humanas íntimas e inmediatas de las personas. En términos de salud, el capital social horizontal parece promocionar el bienestar mental y psicológico y la autoestima de los individuos. El capital social vertical hace referencia a cómo se relacionan las personas con el capital social horizontal y otros niveles sociales, como el vecindario, la comunidad local, la ciudad, la región y la nación.

Este concepto anterior (capital social) es similar al de resiliencia, que como ya se comentó, anteriormente, proviene de la psicología y es una forma de explicar cómo las personas pueden gestionar la vida y vivir bien a pesar de las adversidades. De esta forma, existen ciertos patrones de interacción entre la persona y su contexto social que desarrollan resistencia al estrés y la consiguiente relación enfermedad-salud que podría surgir (Campbell et al., 1976; Cohen & Prusak, 2001; Woocklock, 1998).

Una de las herramientas para conseguir el objetivo mencionado, es la educación para la salud, ya que resulta muy útil transmitir los conocimientos a los adultos mayores, para que sean ellos mismos quienes hagan uso de la información obtenida, a partir de la cual puedan tomar decisiones personales (Falagán, 2018).

Actividad física, alimentación y hábitos tóxicos (tabaco, rutina diaria, alcohol, etc.) constituyen tres pilares fundamentales en la educación para la salud (Falagán, 2018), pero se reclama realizar intervenciones desde estos ámbitos, debido a que publicaciones recientes hablan de que los adultos ≥ 65 años son el segundo grupo de población más inactivo, con un promedio del 36,68% del total de este grupo poblacional (INE, 2014) solo por encima del grupo de entre 16-25 años. Taylor et al. (2004) y WHO (2015) apuntaron que los niveles de actividad experimentan un fuerte descenso a partir de los 75 años, acentuándose más en aquellos adultos mayores que viven en residencias. Es por ello, que en las personas de edad

avanzada se debe actuar, más necesariamente, en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud. De este modo, será posible actuar en consecuencia, cubriendo las necesidades que se consideren pertinentes.

Por tanto, con la prevención y promoción de la salud y especialmente, en este grupo de población, se pretende prolongar la esperanza de vida activa y la independencia funcional, sin perder calidad de vida. De esta forma, los adultos mayores van a llevar una vida más saludable y un envejecimiento más exitoso, aumentando su bienestar y su calidad de vida. Esto conlleva a un aumento de su autonomía e independencia, repercutiendo en todos los ámbitos de su vida, estando un paso más cerca del empoderamiento (Falagán, 2018; Orozco et al., 2016; Pardo, 2016; Valarezo, 2016).

El objetivo último de las actividades de promoción de la salud es la creación o facilitación de las condiciones previas necesarias para el desarrollo de una vida saludable, es decir, la clave del proceso está en aprender a reflexionar sobre las opciones que existen en función de las situaciones que ocurren en la vida, sacando partido de aquellas que generan salud, que mejoran la calidad de vida (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; WHO, 2015).

2. Importancia de la Educación del Ocio para la Mejora de la Calidad de Vida

2.1. Educación para el ocio

Una de las primeras definiciones del ocio se la debemos a Pieper (1982), *“el ocio es una actitud de no actividad, de calma interior, de silencio; significa no estar “ocupado, sino dejando que las cosas sucedan. El ocio no es la actitud mental de aquellos que intervienen activamente, sino de quienes están abiertos a todo de aquellos que aflojan las riendas y que se liberan y relajan ellos mismos”*.

De manera más común, el ocio consiste en una serie de actividades motivadas intrínsecamente: practicar juegos, entretenimiento, turismo, así como, artes y manualidades asociadas a este término, entre otras. Esta interpretación del ocio, como una serie particular de actividades, tiene el efecto de asociarlo sólo con el placer y los caprichos, esta gratificación puede haber sido aplazada en cierta medida al tener que afrontar el trabajo o las tareas familiares (Cuenca, 2012).

Debe entenderse el concepto del ocio frente al de tiempo libre, al darle una concepción más subjetiva que va unida a la vertiente personal. Así, la vivencia del ocio no dependerá tan sólo de la actividad misma sino del sentido de la experiencia de quien lo experimenta (Cuenca, 2012).

Por todo ello, se debe entender el ocio desde una perspectiva humanista, como una experiencia integral de la persona y un derecho humano fundamental. Esta experiencia compleja y multidimensional, está centrada en actuaciones deseadas, autotélicas (con un fin en sí mismas) y personales. Así, el ocio se convierte en el marco fundamental de desarrollo y crecimiento humano (Cuenca, 2012).

Los adultos mayores al pasar de una actividad productiva a la jubilación viven un cambio existencial de gran importancia y si no se actúa adecuadamente, el abandono del mundo laboral supone pasar de una vida activa a una situación de pasividad.

Para muchos de ellos, tener tiempo libre no es un don sino un problema, un problema de aburrimiento y de no saber “qué hacer”. El que no sabe “qué hacer” en su tiempo libre aspira a llenar el tiempo como sea, a entretenerse en algo “para matar el tiempo”.

En la literatura se han utilizado diversas teorías que surgen en el ámbito de la sociología y la psicología social para comprender y explicar mejor el ocio y el envejecimiento: la Teoría de la Continuidad (Atchley, 1999); la Teoría de la Actividad (Havighurst & Albrecht, 1953); la Teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen, 1987); la Teoría de la Optimización Selectiva con Compensación (Baltes & Baltes, 1990) y la Teoría de la Innovación del Envejecimiento Exitoso (Nimrod & Kleiber, 2007).

La Teoría de la Continuidad indica que a medida que las personas envejecen, deben continuar los hábitos, comportamientos y actividades de la vida anterior para adaptarse (Atchley, 1999; Kleiber & Genoe, 2012). Los adultos mayores experimentan continuidad en las preferencias y el comportamiento a lo largo del tiempo (Agahi, Ahacic & Parker, 2006; Genoe & Singleton, 2006).

Sin embargo, la investigación del ocio también apoya la Teoría de la Actividad, lo que sugiere que los adultos mayores deben mantener la participación de la actividad en la vida posterior, para adaptarse a los cambios relacionados con la edad (Chapman, 2005; Menec, 2003).

Por otro lado, la Teoría de la Selectividad Socioemocional afirma que a medida que las personas envejecen, tienden a limitar su círculo de amigos y actividades sociales para dar cuenta de la reducción de recursos (Carstensen, 1987).

En términos de la Teoría de la Optimización Selectiva con compensación (Baltes & Baltes, 1990), los adultos mayores pueden optimizar las actividades seleccionadas reduciendo el número total de actividades en las que se encuentran, enfocando solo aquellas áreas más importantes y extrayendo las compañías de influencia negativa.

Finalmente, se creó la Teoría de la Innovación del Envejecimiento Exitoso, que es la primera teoría que enfoca el envejecimiento desde el terreno del ocio (Nimrod & Kleiber, 2007). Esta teoría aborda, específicamente, la adopción de nuevas actividades de ocio en la vida posterior (innovación del ocio) y *“propone considerar la innovación como un mecanismo de crecimiento que permite ampliar y profundizar el sentido del significado en la vida, lo que conduce a un mayor bienestar y satisfacción con la vida”* (Nimrod & Rotem, 2012).

Esta última teoría afirma que la innovación en el ocio puede ser una fuente de energía porque puede contribuir al crecimiento y la liberación (Nimrod & Kleiber, 2007), generalmente, tiene una motivación intrínseca, facilita la autorenovación o la autoreinvención a través de la continuación de los intereses recreativos o la exploración de nuevos. De esta forma, se debe ir más allá del concepto y trabajarlo desde el punto de vista educativo, para canalizar sus posibilidades hacia los aspectos positivos que tiene el ocio.

Así hablaba ya Howe (1989) del concepto de educación del ocio, *“es un proceso en el que las personas aprenden a ser independientes y a determinar su propio ocio”*.

Cuenca (1999), añade *“desde una posición humanista se entiende que la educación del ocio es una de las herramientas más valiosas para favorecer el desarrollo integral de la persona y la adquisición de conductas positivas”*.

La importancia de la educación del ocio como proceso personal está relacionada con la mejora de la persona en relación con sus vivencias de ocio, ya que estas experiencias deben ir en estrecha relación con sus valores (Kleiber, 2012).

Limón Mendizábal (2004) añade que *“la educación del ocio, desde la perspectiva de la educación permanente, nos abre nuevos caminos en el trabajo con las personas mayores”* y es el ocio el campo de trabajo que desde las intervenciones socioeducativas ha de desarrollarse.

Así lo afirman otros autores, donde una satisfacción en las prácticas o experiencia de ocio se asocia, positivamente, con una mejora de la calidad de vida (Iwasaki, 2007; Kleiber, Bayón & Cuenca Amigo, 2012; Leitner & Leitner, 2012; MingChing, Jen-Son & Shu-Wen, 2012; Rodríguez, Fernández & Rojo, 2012). Y la participación de los adultos mayores en actividades de ocio se relaciona con una mayor percepción de felicidad y mejor ajuste a las circunstancias vitales afirma Katz (2000) y con una mayor alerta intelectual según Schooler y Mulatu (2001). Para Stumbo y Peterson (2000) participar en experiencias de ocio se ha relacionado también con: una mayor libertad de elección por parte de la persona adulta, un mayor locus de control y una mayor motivación intrínseca e independiente.

Gañán y Villafruela (2015) en su estudio muestran que la población de estudio tiene mayor disposición al ocio y tiempo libre y, por lo tanto, una mejora de la calidad de vida.

Otros autores indican que acceder a la cultura como fórmula de crecimiento personal, espacio de intercambio generacional para vivir y convivir, proactivamente, incrementa su calidad de vida y promueve el envejecimiento activo (Ballester, Orte, March & Oliver, 2005; Bru, 2002; Cabedo & Escuder, 2003; Colom & Orte 2001; March, 2004; Orte, 2006).

El Centro de Investigación Biomédica en Red sobre Enfermedades Neurodegenerativas, (CIBERNED, 2012) demostró que las personas que participaban en las actividades de ocio de las residencias, a través de un ocio activo y sobre todo con un componente social, tenían una mejor calidad de vida.

Una de las conclusiones de Cuenca Amigo y San Salvador del Valle (2014), citando a Roberts (2013) es *“que las personas construyen carreras de ocio a largo plazo y que la experiencia de ocio en la vejez está influenciada por lo aprendido y por las experiencias de ocio vividas en etapas más tempranas del ciclo vital”*.

Sin embargo, a pesar de que el activismo y la participación tengan consecuencias positivas en el envejecimiento, las investigaciones sobre ocio y envejecimiento insisten en la necesidad de considerar no solo el envejecimiento activo, sino también, el satisfactorio, es decir la participación en actividades significativas y con sentido para el individuo (Kleiber, Walker & Mannell, 2011; Nimrod & Janke, 2012; Monteagudo, Cuenca-Amigo & San Salvador del Valle, 2014).

Durante sus últimos años, el ocio desempeña un papel clave en la calidad de vida ya que los adultos mayores se enfrentan a transiciones nuevas/difíciles como la jubilación, los hogares vacíos y la viudez (Nimrod & Janke, 2012). Por lo tanto, algunos autores reclaman una mayor exploración de las experiencias de ocio de los adultos mayores, incluidas sus percepciones de trabajo, sus definiciones de ocio y la participación en la actividad (Gibson, 2006; McGuire, 2000).

Igualmente, son muchos los autores que defienden que las experiencias de ocio valioso tienen impacto positivo en el envejecimiento satisfactorio, contribuyendo a mejorar la satisfacción con la vida (Cuenca, 2014; Kleiber, Walker & Mannell, 2011; Nimrod, 2007; Nimrod & Janke, 2012); así como, el bienestar físico (Grant & Kluge, 2012), psicológico (Mannell & Snelgrove, 2012); y el bienestar social (Heintzman & Patriquin, 2012).

En la misma línea, (Cohen, 2006; Nimrod, 2007; Silverstein & Parker, 2002) indican que la participación en actividades recreativas significativas produce beneficios para los adultos mayores en términos de bienestar físico, cognitivo y psicológico. Igualmente, Scarmeas et al. (2003) señalan que la participación en actividades de estimulación mental puede retrasar el inicio de la demencia en adultos mayores. Mannell y Snelgrove (2012) afirman que el ocio es ideal para desarrollar y mantener el bienestar emocional.

Otros investigadores también han hablado sobre las dificultades de acceso al ocio por los adultos mayores, y entre ellas incluyen la falta de tiempo, las limitaciones financieras, las responsabilidades de cuidado y la salud (Alexandris & Carroll, 1997; McGuire, Norman & O'Leary, 2004; Shaw & Spokane, 2008).

La investigación de Shaw et al. (2005) ha encontrado que tanto hombres como mujeres enfrentan restricciones de ocio relacionadas con la socialización y los estereotipos de género. Por ejemplo, los hombres a menudo son socializados para sentir presión hacia el trabajo, lo que puede exacerbar las restricciones de ocio relacionadas con el tiempo.

Incluso en la jubilación, las limitaciones de tiempo relacionadas con la participación de la familia y la comunidad pueden permanecer (Cárdenas, Henderson & Wilson, 2009). Sin embargo, Kleiber et al. (2008) han sugerido que, en el futuro, las limitaciones de la vida no siempre deberían interpretarse negativamente, ya que pueden proporcionar beneficios tales como reducir el número abrumador de opciones a una lista más manejable, así como aumentar la satisfacción con las actividades restantes. Sugieren que las limitaciones de tiempo libre de los adultos mayores deben considerarse más exhaustivamente.

Aponte (2015) indica que el aumento de la importancia que se otorga al tiempo libre y centrándose en el colectivo de los adultos mayores, grandes poseedores del mismo, hacen necesario señalar el papel del ocio como elemento principal en dicho tiempo libre, siendo exponente de calidad de vida y un valioso recurso para fortalecer un desarrollo personal adecuado. Este mismo autor afirma que es evidente que no todas las personas viven el proceso de envejecimiento de la misma manera, la jubilación es un momento clave debido al cambio que se produce en la vida de las personas y ésta, es una etapa vital que ha de desarrollarse de la forma más positiva posible. Toda esta etapa puede llevarse a cabo en un periodo muy largo de la vida, donde el tiempo libre suele ser el protagonista, es aquí donde el ocio adquiere el valor que se debe considerar.

El resultado general que buscan los servicios de educación del ocio es un adulto mayor que tenga las suficientes destrezas y conocimientos para tomar decisiones informadas e independientes para su futura participación en el ocio. La educación del ocio, por tanto, supone una mayor libertad de elección, un mayor locus de control, una motivación intrínseca y una mayor independencia (Universidad de Deusto, 2000).

2.2. Recomendaciones internacionales de actividad física y su contribución a la promoción de la calidad de vida como oportunidad de ocio

Desde instituciones mundiales preocupadas por la salud se han establecido recomendaciones y propuestas para la AF en la tercera edad ante los importantes beneficios que aporta, por ejemplo, la OMS (2010) estableció unos niveles recomendados de AF para la salud en toda la población y en concreto para los mayores de 65 años indicó:

Con el fin de mejorar las funciones cardio-respiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que:

- Los adultos de 65 años en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de AF vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
- La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.
- A fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades (+65) deben dedicar hasta 300 minutos semanales a la práctica de AF moderada aeróbica, o bien 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- Los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida realicen AF para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana.

- Se realicen actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.
- Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la AF recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán, físicamente, activos en la medida en que se lo permita su estado.

Más actualmente, esta misma organización y la American College of Sports Medicine (2016) recomiendan la ejecución de 150 minutos por semana (300 para mayores beneficios de AF moderada) o 60-75 minutos (150 para mayores beneficios de AF vigorosa).

A lo largo de la literatura, numerosos estudios han tratado la relación entre la práctica de AF y la calidad de vida relacionada con la salud:

Barriopedro (2001) afirmó en su estudio que los ancianos sedentarios presentan unos niveles más bajos de satisfacción que los ancianos que realizan AF en solitario o en grupo. Sánchez y Romero (2001) indicaron que la autonomía personal es un factor importante en estas edades, a lo que contribuye la AF en general. Igualmente, contribuye al bienestar corporal y mental, mejorando la movilidad, la independencia, la estabilidad emocional y la calidad de vida en general (Mora, 2002). En otro estudio, McAuley et al. (2002) analizaron los efectos que tenía un programa de AF de 6 meses de duración sobre la ansiedad, cuyos niveles fueron reduciéndose, seguramente, como consecuencia del incremento del sentimiento de autoeficacia del mayor y de su mejor estado de forma física. A su vez, Martínez Duarte (2003) determinó que el juego se convierte en un medio para combatir la inmovilidad y favorecer la autonomía personal. En su estudio, Guallar et al. (2004) concluyen que la AF en el tiempo libre se asocia a una mejor CVRS de la población adulta mayor que la actividad sedentaria en España. A su vez, Taylor y Fox (2005) determinan que el autoconcepto físico sí que ha aparecido, significativamente, relacionado con la percepción de

la salud, y se puede señalar que sea directa o indirectamente la práctica de AF una actividad, indiscutiblemente, recomendable.

Igualmente, Moreno (2005) concluyó que el ejercicio físico tiene una incidencia específica sobre los sistemas que acusan la involución, retrasan la misma de forma considerable, previenen enfermedades y contribuyen a mantener la independencia motora; además de sus beneficios sociales, afectivos y económicos. Erlinghagen y Hank (2005) presentan las conclusiones de un estudio sobre el análisis de la participación de los adultos mayores en actividades voluntarias y su relación con la salud, encuentran índices de actividad mucho más bajos entre quienes perciben su estado de salud actual como normal o malo, en relación a los que declaran un estado de salud bueno o mejor. Igual de relevante es el estudio de Rodríguez (2006) que indica que los cambios producidos por el ejercicio físico en los adultos mayores son numerosos, el más importante es que les proporciona a estas personas una razón clara para desarrollar con plenitud esta etapa de vida sin tener que depender de otros para realizar sus funciones básicas. De este modo, la práctica del mismo se convierte en un elemento preponderante para que los adultos mayores tengan amplias posibilidades de sentirse mejor cada día y de disfrutar de una calidad de vida más plena. En la misma línea, Jiménez et al. (2006) exponen que la práctica regular de ejercicio físico ha demostrado tener efectos beneficiosos sobre la salud psicológica.

En su tesis, Martín (2006) afirma que su programa de AF produjo efectos positivos en la satisfacción con la vida. Al igual que Yanguas (2006), el cual indica claramente la relación entre estilos de vida más sanos (mayor satisfacción en el tiempo libre, mayor diversidad en cuanto al tipo de actividades que se realizan, mayor red social para la realización de actividades, etc.) y una mejor CVRS. Así, se han observado diferencias significativas entre los sujetos de su muestra que realizan diariamente o de manera muy continuada (dos o tres

veces por semana) actividades de tiempo libre de carácter físico y los que no las hacen o las hacen con una frecuencia menor a dos días a la semana.

La actividad física tiene efectos positivos tanto en la salud como en la calidad de vida, así como en el proceso de transición desde la vida laboral a la jubilación y en el desarrollo personal e integración social concluyen Herranz et al. (2007). Como dice también Bell (2007), la práctica de actividad físico-deportiva es un regulador mucho más importante para la salud y está asociada tanto a la salud física como psicológica, otro autor en igual opinión es Hill et al. (2007), en su estudio realizado con una amplia muestra de población mayor, se valoraron los beneficios físicos y psicológicos del ejercicio físico, mostrándose mejoras significativas relacionadas con todos los aspectos de la salud, tanto físicos como mentales, con una significativa reducción del grado de depresión.

Diognigi (2007) realizó un estudio cualitativo con hombres y mujeres de entre 65 y 72 años de edad. En dicho estudio preguntaba a los mayores acerca de sus sensaciones tras un programa de ejercicio físico de 3 meses basado en el desarrollo de la fuerza a intensidad entre moderada y alta. Para todos ellos, el programa supuso una mejora significativa de su sentimiento de bienestar personal. La clave dada por los adultos mayores estaba en el sentimiento de autoeficacia que habían percibido y en el incremento de sus relaciones sociales.

Otro análisis es el que presenta Esnaola (2008), concluye que las personas que tienen un autoconcepto físico positivo presentan una salud percibida satisfactoria. Igualmente, lo afirman Poon y Fung (2008), quienes indican que existe una relación positiva entre la práctica de ejercicio físico y el sentimiento de bienestar y satisfacción personal del mayor.

Soler (2009) en su estudio afirma que sus resultados fueron muy positivos, a medida que se progresaba en el ámbito afectivo se aumentaba, significativamente, la competencia motriz, la capacidad de aprendizaje y la activación y participación social. Los usuarios relacionaron

los logros con el aumento del conocimiento y crecimiento personal, las expectativas de futuro, el bienestar y la satisfacción. Las mejoras percibidas en el ámbito cognitivo son aquellas que, más positivamente, han valorado los usuarios por su repercusión directa en el día a día, con más seguridad y confianza en sí mismos, lo que mejora el autoconcepto y permite mantener la independencia. La autopercepción de los cambios a este nivel incidió, muy positivamente, en la adherencia al programa y el cambio en el estilo de vida.

Aparicio, Carbonell y Delgado Fernández (2010) obtuvieron varias conclusiones en la práctica regular de ejercicio físico en los adultos mayores: incrementa la funcionalidad física favoreciendo una mejora de la autoeficacia y autoestima; disminuye la prevalencia de depresión, ansiedad y otras enfermedades mentales; favorece la cohesión e integración social.

En otra investigación, Rodríguez y Anguita (2012), indican que es de suma importancia el fomento de la AF en todas las personas, como factor favorable para mejorar la calidad de vida de las mismas, y más aún, en adultos mayores, en el que su calidad de vida se ve reducida por la dependencia y enfermedades crónicas que en este grupo se produce con más frecuencia. Así lo afirma también García (2012), los mayores que consideran tener una mejor autoestima personal, son aquellos que realizan AF frecuentemente. Igualmente, tal y como dicen Isorna y Felpeto (2014): *“la actividad física ofrece mejoras bien como reducción de la mortalidad (Chakravarty, Hubert, Lingala y Fies, 2008), como mejora funcional, física y/o psicosocial (Ruiz y Baena, 2011; Walsh, 2011), como aumento del estado de ánimo y la autoestima, y como disminución de la depresión, la ansiedad y el estrés de la vida cotidiana (Kravitz, 2007; Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2008)”*.

Otros autores también indican que la AF ayuda al control del peso, fortalece la estructura ósea, aumenta la coordinación y la respuesta neuromotora, mejora la actividad del sistema inmunitario y en general, mejora la calidad de vida ayudando a disminuir la mortalidad y dependencia (Iliffe et al. 2014; Patil et al., 2016).

Otros programas de intervención han complementado el trabajo de AF con otras actividades (educativas, sociales, culturales, ...) y en estas intervenciones también se han dado resultados positivos de mejora de la calidad de vida de los adultos mayores (Kwon et al., 2015; Schmitt et al., 2010; Skropeta et al., 2014; Mazloomymahmoodabad et al., 2014; Teri et al., 2011).

Igualmente, las actividades físicas y deportivas como ocupación del tiempo libre o de ocio son claves para el logro de una salud positiva y una mejor calidad de vida. La importancia de las mismas viene marcada hace años desde organismos internacionales como la OMS (2008). Esta institución indica que en los adultos mayores *“la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias”*. Pastor (2005) afirma que el ocio es la circunstancia que más caracteriza a los adultos mayores de las sociedades postindustriales al disponer de más tiempo libre tras finalizar su etapa laboral, facilitando así la ubicación de la AF en el mismo.

Otros autores concluyen que quienes participan en AF y se ofrecen como voluntarios en la vida adulta mayor aportan más satisfacción con la vida, bienestar psicológico, salud general mejorada, y sentido del crecimiento, propósito y aprendizaje personal (Bradley, 1999; Liechty & Genoe, 2013; Lund & Engelsrud, 2008; Netz et al., 2005).

Así mismo, intervenciones recientes de ocupación del ocio con AF demuestran que la promoción de la misma en el tiempo libre de los adultos mayores les favorece en muchos aspectos de salud y, por tanto, en su calidad de vida:

Ruíz y Goyes (2015), tras su programa de ocio con AF recreativa en sentido educativo, los adultos mayores mejoraron su calidad de vida. Gañán y Villafruela (2015) establecen una relación entre la realización de AF y su mejora en salud para determinar una mejora de la

calidad de vida, que se ve aumentada tras la permanencia dentro de un programa de ocio. Kalron et al. (2018) demostraron que con la AF en el tiempo libre de los adultos mayores se mejoraba su percepción sobre el riesgo de tener caídas. Diversos autores establecen una asociación positiva entre la AF en tiempo de ocio con menores factores de riesgo cardiovascular (Jørgensen et al., 2019; O'Donovan & Hamer, 2018). Otros autores relacionan una mejora metabólica de los adultos mayores participantes en AF en el tiempo libre (Gallardo et al., 2020; Gelaye et al., 2009; Jo et al., 2020).

Por último, tal y como afirma el Imsero (2018) la AF en los adultos mayores debe ser recreativa en su tiempo de ocio mediante desplazamientos (paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos o ejercicios programados, clases dirigidas adaptadas, etc.

3. El Modelo Bio-Social-Ecológico y el Modelo de Activos de Salud para la Promoción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores

Una perspectiva sistémica o ecológica se caracteriza por un enfoque centrado en la persona, en el grupo y en la comunidad (Barranco, 2007). Esta perspectiva se basa en la Teoría de Sistemas, la Cibernética, la Comunicación humana, el Funcionalismo, la Ecología humana y las Redes de apoyo, entre otras (Bertrando & Toffanett, 2004; Campanini & Luppi, 1995; Howe, 1999; Navarro, 2004; Payne, 1995; Speck, 1995; Vélez, 2003; Villalba, 2004).

Los modelos que apoyan esta perspectiva parten de la idea que el problema o dificultad se debe a las situaciones específicas de las personas y a las interrelaciones que se establecen entre éstas con las redes sociales, el contexto socioambiental, así como, los déficits en la política de bienestar social (Barranco, 2007). Por lo tanto, la finalidad es potenciar los procesos de crecimiento y capacitación personal, la calidad de vida, el desarrollo humano y un medio socioambiental ecológico y sostenible (Cury & Astray, 2016). Además, destacan la relevancia de las redes de apoyo social y las dotaciones de recursos sociales para superar las limitaciones y barreras que presentan las personas (Fernández, 2015; Fernández-Peña, Molina & Valero, 2020).

En consecuencia, la práctica profesional se centra en la persona, en el grupo y en la comunidad, trabajando mediante procesos de circularidad y enfatizándose la relevancia de las redes de apoyo social y la dotación de recursos sociales para superar las limitaciones y barreras que presentan las personas. La finalidad es potenciar los procesos de crecimiento y capacitación personal, la calidad de vida, el desarrollo humano y un medio socioambiental ecológico y sostenible (Barranco, 2007).

3.1. Modelo Bio-social-ecológico de Bronfenbrenner

Este modelo proporciona un enfoque conceptual comprensivo y dinámico para comprender el desarrollo humano. Esta orientación conceptual enfatiza el rol de los procesos de interacción recíproca entre las características de la persona y el contexto natural de la acción humana.

Desde la formulación inicial de la Teoría de Sistemas ecológicos (1970), y mediante la introducción sucesiva de elementos conceptuales, Bronfenbrenner (1979) presentó un modelo teórico de desarrollo humano que implica cuatro componentes principales y las relaciones dinámicas entre ellos.

Una de las características más originales del marco ecológico de Bronfenbrenner es la conceptualización del entorno como una jerarquía de estructuras anidadas que se mueven desde el sistema más proximal (microsistema) hasta el más distal o remoto (macrosistema).

Cada uno de estos componentes presenta una serie de características propias (*ver tabla 2*).

Tabla 2*Componentes del modelo bio-social-ecológico*

COMPONENTES	DESCRIPCIÓN
MICROSISTEMA	Un microsistema se define como un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales experimentado por la persona que se desarrolla en una relación cara a cara con características físicas, sociales y simbólicas particulares (Bronfenbrenner, 1989; Bronfenbrenner y Morris, 1998). Dependiendo de sus características, éstas pueden facilitar o inhibir la participación de la persona en procesos progresivamente más complejos de interacción con el entorno inmediato. De ahí la importancia de examinar la influencia de las características del entorno inmediato, y en particular, las de otras personas significativas en la vida de la persona; sobre el crecimiento personal de la persona en desarrollo (Bronfenbrenner, 1989). Dependiendo de su contenido dinámico, los sistemas de creencias de éstos “otros” pueden funcionar como promotores/inspiradores y mantenedores de la interacción recíproca con la persona en desarrollo (Bronfenbrenner, 1995).
MESOSISTEMA	Un mesosistema comprende las relaciones que existen entre dos o más configuraciones; en otras palabras, un mesosistema es un sistema de dos o más microsistemas. Por ejemplo, para un adulto mayor, podría ser la relación entre su familia y el entorno próximo, los activos relacionados con la salud.
EXOSISTEMA	Un exosistema comprende las relaciones y procesos que tienen lugar entre dos o más configuraciones, donde al menos una de las cuales no contiene a la persona en desarrollo, pero en la que ocurren eventos que, indirectamente, influyen en los procesos dentro del entorno inmediato que contiene la persona en desarrollo (para un adulto mayor, la relación entre la familia y el lugar donde vive y la oferta deportiva o de otro tipo de la localidad).
MACROSISTEMA	El macrosistema consiste en el patrón general de las características de micro, meso y exosistema de una determinada cultura, subcultura u otro contexto social más amplio (clase social, etnia, región (rural-urbano), etc.). Es importante saber que los patrones de creencia y comportamiento característicos del macrosistema se transmiten de una generación a otra a través de procesos de la socialización llevada a cabo por diversas instituciones: familia, colegios, pueblos, políticos, sociedad, etc.

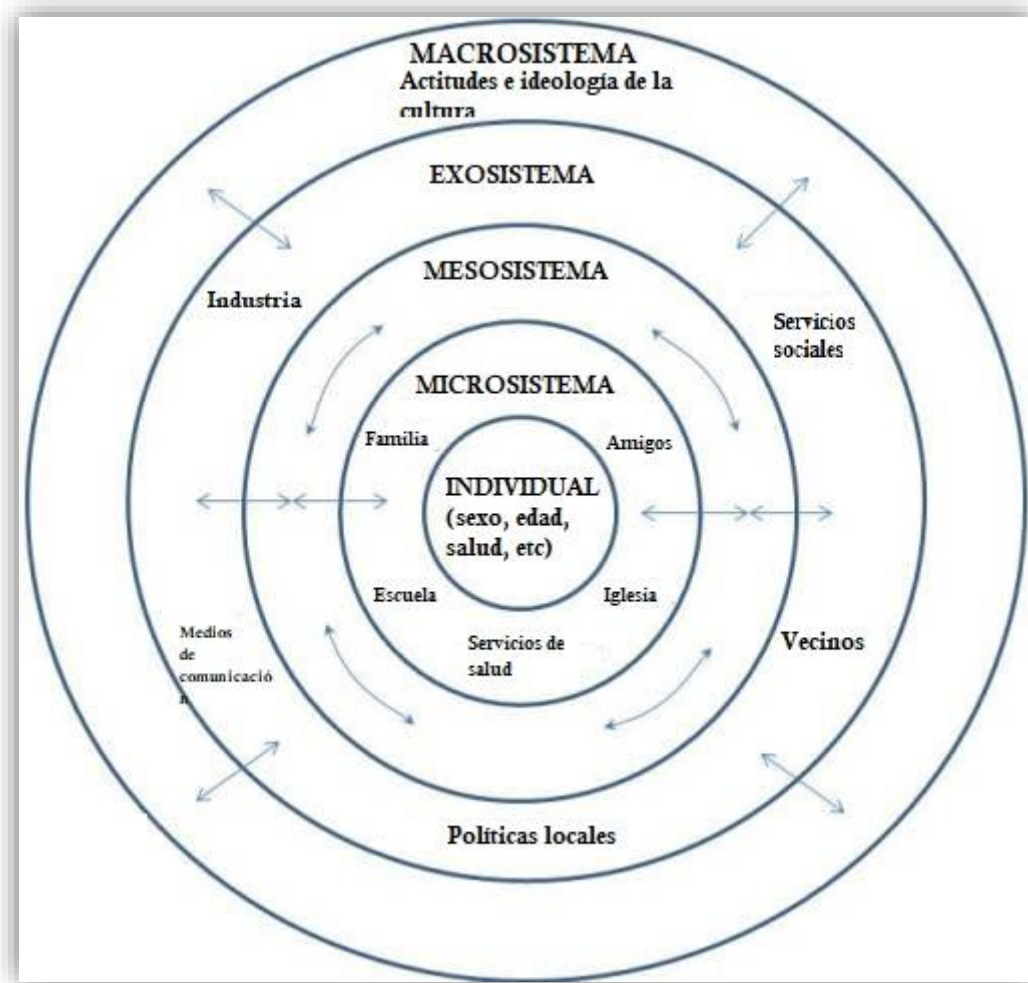
Nota. Extraído de Bronfenbrenner (1989).

Cuando se consideran cuestiones de influencia contextual dentro de una perspectiva ecológica, es importante señalar que lo que constituye un micro-, meso-, exo- o macrosistema depende, en última instancia, de su relación inmediata con el individuo. Estas experiencias alteran la relación existente entre la persona y el entorno, creando así una dinámica que puede provocar el cambio del desarrollo (Bronfenbrenner, 1989).

El modelo Bio-social-ecológico plantea que, para ser efectivo, los procesos proximales deben ocurrir de manera bastante regular. Asimismo, establece que la forma, dirección y potencia de los procesos proximales que afectan el desarrollo varían en función de los periodos de tiempo en los que tienen lugar estos procesos (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

El concepto de proceso no solo desempeña un papel clave en este modelo Bio-social-ecológico, sino que deriva su significado de su relación funcional tanto con el entorno como con las características de la persona (Bronfenbrenner, 1999; Bronfenbrenner & Morris, 1998). En esta línea, Bronfenbrenner y Morris (1998) sugirieron que es necesario realizar estudios en los que las características de la persona no solo sean tratadas como suficientes para sí mismas, sino también porque afectan los procesos proximales y sus resultados de desarrollo. Además, y dado que el potencial de las características de las personas que afectan el desarrollo puede ir más allá de cualidades particulares mencionadas anteriormente, los investigadores deben esforzarse por identificar pretensiones adicionales de las cualidades de las personas relevantes para el proceso. También, los investigadores deberían preocuparse por examinar no solo el efecto de desarrollo de los procesos proximales, sino también los contextos reales en los que ocurren dichos procesos.

Como ya se ha mencionado, dichos contextos pueden abarcar dimensiones micro-, meso-, exo- y macrosistema, a lo largo de las cuales se llevan a cabo sus relaciones dinámicas (*ver figura 3*).

Figura 3*Esquema de las dimensiones del modelo bio-social-ecológico*

Nota. Extraído de Bronfenbrenner (1979). Fuente: Hchokr/Public domain

Desde esta perspectiva o modelo Bio-social-ecológico se plantea que los estudios que no incluyan variables que representen todos los elementos o componentes de este modelo en un diseño completo de “proceso-persona-contexto-tiempo” todavía no hacen una contribución significativa a la ciencia del desarrollo de la persona (Bronfenbrenner, 2001).

Uno de los principios fundamentales del marco ecológico aplicado a la AF es que los diversos factores que influyen en la participación pueden interactuar en múltiples niveles (Sallis et al., 2015). Igualmente, otros autores indican que la aplicación de modelos ecológicos proporciona un mayor potencial de la AF en los adultos mayores (McLaren & Hawe, 2005; McLeroy et al., 1988; Spence & Lee, 2003; Stokols, 1996).

Así, numerosos estudios desarrollan este modelo ecológico en la práctica y el diseño de intervenciones o programas de AF (Boulton, Horne & Todd, 2018; Fischer et al., 2018; Horodyska et al., 2019; Jagosh et al., 2015; Rai et al., 2018; Roberts et al., 2017; Thornton et al., 2017).

Por tanto, el enfoque ecológico y su consideración de múltiples niveles de influencia es útil para examinar los determinantes de la AF tanto en la población en general como en las personas mayores en particular (Sallis, Owen & Fisher, 2015; Spence & Lee, 2003). Estos marcos proporcionan un enfoque integral para comprender los factores múltiples e interactivos que influyen en la AF y como tal, desarrollar intervenciones integrales que produzcan un cambio de comportamiento (Sallis et al., 2006).

3.2. Modelo de Activos de salud

La promoción y educación de la salud, como en apartados anteriores se ha mostrado, está dando un giro, alejándose de poner el énfasis en la reducción de los factores de riesgo, y situándose cerca de un enfoque de salud pública positiva (Hernán & Lineros, 2010). En este enfoque positivo, apoyado por la Teoría de la Salutogénesis, se sitúa el modelo de Activos (*ver figura 4*).

Figura 4*Modelo de Activos*

Nota. Extraído de Morgan et al. (2011).

El modelo de Activos de salud pretende añadir valor a una serie de conceptos e ideas preexistentes que poseen el potencial de fomentar nociones de salud positivas. Esto se lleva a cabo mediante la integración de estas ideas en un marco conceptual coherente y que guarda gran relación con todo lo expuesto, anteriormente, para favorecer una promoción de la salud y una mejora de la calidad de vida.

Este modelo utiliza un abordaje de la salud pública en tres fases y engloba a una gran variedad de profesionales a cambiar la forma de pensar y actuar a la hora de desarrollar programas de salud (Morgan & Ziglio, 2007; Morgan, Davies & Ziglio, 2010). Dichos profesionales han de tener como referencia la teoría de la Salutogénesis y su visión positiva de la salud.

La primera fase (Diagnóstico-Identificación) se enmarca en el contexto de “la epidemiología de la salud” en contraposición al enfoque tradicional basado en la evaluación de necesidades en base a la carga de enfermedad y los problemas propios de cada comunidad. Así, se evalúa qué factores protectores (o activos de salud) son esenciales para ayudar a las personas y las comunidades en su desarrollo, en su consecución de salud, bienestar y otros objetivos de índole personal (Álvarez & Ruíz, 2011; Botello et al., 2013; Cofiño et al., 2012).

El modelo de Activos de salud establece que cuantas más posibilidades tengan las personas a lo largo de su vida de experimentar y acumular los efectos positivos de una serie de activos, mayores serán también las posibilidades de lograr los objetivos en salud. En términos salutogénicos, la adquisición de activos en salud desarrolla el sentido de coherencia necesario para que los individuos y los colectivos comprendan y gestionen el mundo en el que viven. Aquellas personas con un mayor sentido de la coherencia son más capaces de tomar las decisiones correctas en términos de salud y de enfrentarse a las circunstancias más adversas (Álvarez et al., 2015; Kelly et al., 2007).

Los resultados de la primera fase constituyen el punto de partida para la segunda fase del modelo (Identificación-Acción). La evidencia conseguida durante la primera fase contribuye a trazar la hoja de ruta de aquellos activos de salud positiva, así como un mejor entendimiento de cómo los activos identificados pueden integrarse para construir el camino hacia la consecución de resultados positivos (Morgan et al., 2013). De esta forma, la segunda fase constituye el terreno de experimentación para establecer si las hipótesis generadas durante la primera fase tienen sentido en la vida real. Para la implementación de la segunda fase es esencial fomentar la confianza y el respeto entre los profesionales y las personas a nivel local (Cofiño et al., 2016). Esto se realiza mediante la realización del “mapeo de activos”, una técnica iniciada por Kretzmann y McKnight (1993) para identificar y emplear

las habilidades individuales, los recursos físicos y organizativos disponibles, con objeto de desarrollar un enfoque en salud determinado para un contexto comunitario concreto.

El mapeo de activos consiste en una metodología que obtiene información sobre el patrimonio en salud de las personas y la comunidad, y sobre el desarrollo comunitario basado en activos en el ámbito local (Botello et al., 2013; Cofiño et al., 2016). En palabras del ABCD-Instituto para el Desarrollo Comunitario Basado en Activos (Asset Based Community Development Institute): *“el desarrollo de una comunidad siempre ha dependido de la movilización de las capacidades y los activos de las personas y de los lugares”* (Morgan et al., 2013).

El mapeo de activos es un proceso diferente a la práctica de inventariar y diagnosticar las deficiencias de individuos y comunidades (tradicionalmente utilizado en los diagnósticos de salud). Este método reconoce que cada comunidad poblacional tiene talentos, habilidades, intereses y experiencias que constituyen un valioso arsenal que puede usarse y es un valor del contexto.

El inventario o mapeo de activos va más allá de la lista de problemas y necesidades de las comunidades para la asignación de recursos. En dicho mapeo de activos se crea un proceso de empoderamiento, capacitación, participación y responsabilidad, no sólo individual, sino también de las asociaciones ciudadanas, iglesias, clubes, grupos culturales, escuelas, bibliotecas, hospitales, universidades, gimnasios, centros educativos, parques, etc.

Es esencial en esta fase que la identificación de activos se inicie a nivel comunitario mediante un proceso de visibilización y movilización. Esto significa que los colectivos tienen la oportunidad de establecer sus propias prioridades en salud (visibilización) y se les proporciona el apoyo preciso para identificar y adquirir los activos necesarios para cumplir esa visión (movilización). Estos activos pueden o no corresponderse con los, previamente, identificados en la primera fase. Este hecho es relevante ya que reconoce el proceso dinámico

de la salud y que las poblaciones cambian con el tiempo, con nuevas exigencias, retos y oportunidades. El proceso reiterativo promovido por el modelo de activos permite que el itinerario identificado en la primera fase se mantenga actualizado (Morgan et al., 2013).

La tercera fase (Evaluación) promueve un enfoque más sistemático para documentar porque las acciones participativas emprendidas en la segunda fase han tenido éxito. La evaluación es un elemento clave para el desarrollo de la base de evidencia necesaria para fortalecer el modelo (Morgan et al., 2013).

Los marcos de evaluación pueden contribuir a los siguientes asuntos: asistir a los profesionales comprometidos con los colectivos locales para afrontar la teoría del cambio necesaria y lograr resultados; garantizar que los resultados de las actividades emprendidas se correspondan con los recursos disponibles y con el tiempo invertido en las mismas; y finalmente, para seleccionar los indicadores que reflejan las nociones positivas sobre salud y bienestar. La evaluación, a menudo, infunde un innecesario temor en aquellos que ya poseen el conocimiento tácito de cómo y por qué funcionan las cosas a nivel comunitario (Cofiño et al., 2016).

Esta tercera fase pretende desmitificar la investigación por medio de la promoción de una mayor cooperación entre técnicos y participantes de forma que se asegure que el bagaje de un enfoque de activos de salud adecuado pueda ser más aplicable y transferible.

Morgan y Hernán (2013) hablan de que el punto de partida es concebir la evaluación a modo de narración, de tal forma que describa qué se ha realizado, cómo y por qué las acciones implicadas en el desarrollo de iniciativas pueden considerarse acertadas. El éxito de las iniciativas puede atestiguarlo mediante los testimonios de miembros de la comunidad (estudios de casos, entrevistas, grupos de discusión o focales) o por métodos cuantitativos (cuestionarios, test, sondeos).

Igualmente, estos autores comentan que el rigor del proceso se basa en tres pilares fundamentales en relación con la recopilación y síntesis de evidencia, que son:

- la transparencia (en referencia a qué se ha hecho, cómo y por qué);
- la sistematicidad (en lo referente a contextualizar el trabajo realizado en un amplio marco teórico para explicitar las diferentes cuestiones planteadas y los métodos elegidos para darles respuesta); y,
- la relevancia (en el sentido de contextualizar la evidencia de tal forma que se aporte información sobre la población, localización y estructuras sociales para evaluar el potencial de generalización y transferencia de los resultados).

El modelo de Activos de salud está contribuyendo a revitalizar el paradigma de la promoción de la salud mediante la garantía de la salud y el bienestar desde un punto de vista más amplio. Como tal, se basa en las disciplinas de la medicina social y las ciencias del comportamiento, la política y la economía, así como en las teorías del aprendizaje (Morgan y Hernán, 2013).

De esta manera, comprender las condiciones que mejoran la calidad de vida se convierte en una realidad para los individuos y sus comunidades, independientemente, de su raza, cultura, sexo o posición socioeconómica y, ciertamente, en cualquier fase del transcurso de sus vidas.

4. Pautas y Estrategias de Intervención Eficaces Basadas en la Educación del Ocio para Aumentar la Calidad de Vida de los Adultos Mayores

Los datos demográficos actuales demuestran que cada vez es mayor la población adulta que supera los 65 años y esta evolución se va a mantener en futuras décadas, donde se alcanzarán valores superiores al 25% del total de la población española en 2033 (INE, 2018). De esta forma, se presenta un nuevo reto que afrontar, que será, cómo mantener una buena calidad de vida de los adultos mayores o en su defecto, como mejorarla a través de la sanidad, el ocio, la educación, etc.

En este camino hacia un enfoque activo del envejecimiento (*ver figura 5*) desde el ámbito del ocio, los programas para adultos mayores deberían buscar y desarrollar elementos que hacen referencia a la autonomía, las relaciones interpersonales, el apoyo social, la participación, la convivencia, la creatividad, la motivación y la utilidad (Amorós et al., 2006; Cassetti et al., 2018; Limón, 2004; López-Sánchez et al., 2018; Martínez & Mosquera, 2007; Ojala & Padrós, 2012; Pardo, 2016; Popay, 2007). A pesar de la gran cantidad de intervenciones en este contexto de estudio (Battaglia et al., 2016; Bendikova & Bartik, 2015; Bohórquez, Lorenzo & García, 2014; Clifford et al., 2014; Herazo et al., 2017; León-Olivares et al., 2019; López Téllez et al., 2012; Martínez et al., 2013) faltan estrategias que se consideren claves para diseñar o enriquecer intervenciones efectivas y eficaces en la mejora de la calidad de vida (Chittrakul et al., 2020; Sadjapong et al., 2020; Stephens et al., 2019).

Figura 5*Esquema hacia un envejecimiento activo*

Nota. Extraído de Amorós et al. (2006).

Ante esta situación, se exponen a continuación cinco pautas de intervención:

- apoyar la oportunidad de la participación como “medio” y como “fin”,
- promover la Teoría de la Autodeterminación,
- fomentar el empoderamiento de los adultos mayores,
- aumentar el apoyo y la cohesión social, y
- desarrollar la autonomía en los adultos mayores.

4.1. La participación como “medio” y como “fin”

El Imsero (2008) indicó que la participación de las personas mayores contribuye a la calidad de vida de las mismas. En numerosas ocasiones, la participación ha sido relacionada con la calidad de vida de las personas mayores medida en índices de satisfacción, depresión, integración, fragilidad, etc. Igualmente, implica un fomento del bienestar social que repercute, principalmente, en su salud y retroalimenta su impulso participativo (Fundación EDE, 2013).

Bermejo (2012) dice que las demandas del nivel de participación van evolucionando, proporcionalmente, con el dinamismo de la sociedad, por lo tanto, el diseño de programas debe conformar un compendio de interacciones para lograr que los adultos mayores sean el centro del proceso enseñanza-aprendizaje, y se conviertan en protagonistas de su propio aprendizaje.

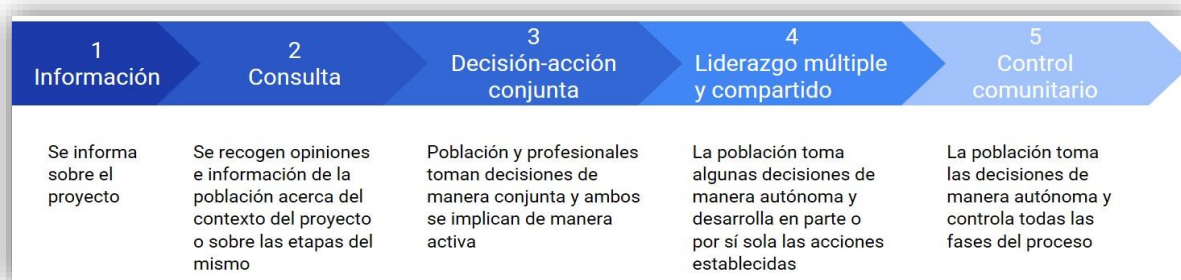
El Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención (NICE) en 2016, publicó en la actualización de su guía: “*Community engagement: Improving health and wellbeing and reducing health inequalities*”, una serie de recomendaciones para fomentar la participación comunitaria como estrategia para promover la salud:

- Importancia del trabajo en redes entre los diferentes actores sociales de las comunidades, considerando como actores tanto a la ciudadanía como a los órganos formales e informales, las autoridades locales y las instituciones de salud pública.
- Importancia de dedicar tiempo y recursos a los proyectos participativos.
- Facilitar que las personas puedan involucrarse en las decisiones y ejecuciones de los programas enfocados a mejorar la salud.
- Abordar los determinantes sociales que les puedan estar afectando.

Siguiendo y adaptando esta guía NICE, el grupo AdaptA GPS (Adapta y Aplica Guías de Promoción de Salud) elaboró en 2018 unos principios generales de práctica, estrategias y herramientas de intervención en participación comunitaria para nuestro país.

Posteriormente, y centrándonos en nuestra comunidad autónoma, el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) junto con otros organismos estatales elaboró la “*Versión para todos los públicos de la Guía de Participación Comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud*” (2019). En ella, se establece un catálogo de buenas prácticas para fomentar la participación comunitaria con diferentes recomendaciones para las instituciones centrales; para los órganos de dirección que colaboran con entidades locales; y para los ámbitos profesionales que diseñan, desarrollan y evalúan acciones y programas sobre promoción de la salud y calidad de vida, haciendo que las personas se impliquen más y lo más fácilmente posible.

Para todo ello, se tuvieron en cuenta los distintos tipos de participación social que establece Popay (2007), el cual distingue cinco tipos (*ver figura 6*), en ellos pone de manifiesto que los niveles de participación más pasiva de la ciudadanía (información y consulta) podrán tener influencia en la adecuación, la accesibilidad y la efectividad de los servicios de salud, pero solo con la transformación de las relaciones de poder entre la ciudadanía, el personal técnico, las instituciones y los gobiernos se logrará el impacto en el capital social, las condiciones materiales y sociales en las que viven las personas y, por tanto, la repercusión en mejores resultados de salud y reducción de desigualdades sociales en salud.

Figura 6*Tipos de participación social*

Nota. Extraído de Casseti et al. (2018).

Así mismo, López-Sánchez et al. (2018) muestran una relación de técnicas en función de la fase del proceso participativo en que nos encontremos. La elección de unas u otras dependerá del tipo de situaciones abordadas, del tiempo, de los recursos disponibles, de las características de la población participante y del territorio, así como del uso que se va a hacer de la información generada para las fases siguientes (*ver tabla 3*).

Tabla 3*Objetivos y potencialidades de técnicas y herramientas para promover la participación*

Fase del proceso	Herramienta	Objetivos y potencialidades
	Consulta	Encuesta para conocer las preferencias ciudadanas en relación a uno o varios temas sujetos a controversia. Los resultados, de carácter consultivo, contribuyen a la toma de decisiones
	Paneles ciudadanos	Registro de tendencias de cambio en la opinión ciudadana a partir de la conformación de muestras aleatorias a las que se realizan consultas periódicas sobre temas de interés
	Photo Voice	Toma de conciencia comunitaria a partir de la creación por parte de miembros de grupos sociales de materiales audiovisuales sobre su visión de la realidad tratada
	Transectos y derivas	Recorridos de campo por grupos en los que participan profesionales y población, donde se identifican informantes clave, lugares con riqueza informativa, etc., que quedan sistematizados en mapas o planos

Fase de diagnóstico de problemas o de formación de la agenda pública	Matrices DAFO	Análisis colectivo por actores de los aspectos negativos (Debilidades y Amenazas) y positivos (Fortalezas y Oportunidades) existentes ante una situación o problema determinado, con el fin de formular estrategias
	Grupo focal	Dinámica colectiva en pequeños grupos en la que se debate en torno a un tema de interés o que afecta a los participantes, permitiendo avanzar de problemas generales a más específicos, y localizando conflictos y elementos de consenso
	Sociograma	Elaboración gráfica colectiva de la red de relaciones sociales entre los actores vinculados a un tema-problema; identifican, entre otros, conflictos y conjuntos de acción
	Flujograma	Análisis estratégico gráfico en el que se acuerdan colectivamente las múltiples cadenas de causa-efecto en torno a una situación de interés, distinguiendo entre problemas raíces y consecuencias de ellos, identificando así nudos críticos que condensan el flujo de problemas
	Encuesta deliberative	Mide los cambios de opinión respecto a una cuestión de interés público cuando se introduce información cualificada y diferentes perspectivas
	Asamblea informativa	Sesiones abiertas a la asistencia de cualquier ciudadano, en las que se dan a conocer diversos aspectos sobre asuntos de competencia pública
	Mapeo de activos de salud	Identificar los recursos de una comunidad para mantener y conservar la salud y el bienestar, así como para reducir desigualdades en salud
Fases de planificación, implementación o adopción de decisiones	Iniciativa ciudadana o popular	Realización de actuaciones públicas a partir de una propuesta ciudadana, para lo cual los proponentes aportan alguna forma de colaboración
	Presupuesto participativo	Priorización colectiva de necesidades y gastos públicos en relación a la elaboración del presupuesto anual de las Administraciones públicas
	Jurado ciudadano, Núcleos de Intervención Participativa	Emisión de dictámenes en torno a cuestiones controvertidas a partir de la selección aleatoria de personas de la comunidad que actúan como jurado
	Conferencia de consenso	Dinámica con ciudadanía y colectivos para debatir sobre un tema de especial controversia y alcanzar consensos que sirvan como referentes en la elaboración de políticas
	Matrices reflexivas	Dinámica colectiva que combina el trabajo en pequeños y amplios grupos, y en la que se dota a las iniciativas surgidas del diagnóstico de contenido pragmático de planificación, respondiendo a preguntas como para qué, dónde, con quién, cuándo, con qué, etc.
	Taller de futuro	Descripción colectiva de posibles futuros en la evolución de cuestiones comunitarias a partir del análisis del presente y los posibles cambios entre los actores implicados

Fases de monitoreo y evaluación	Matrices de evaluación participative	Elaboración colectiva de una matriz de doble entrada en la que se establecen participadamente valoraciones atendiendo a los indicadores a seleccionar y a las responsabilidades de los actores implicados en la medición tanto del proceso como de los resultados
--	--------------------------------------	---

Nota. Adaptado de López-Sánchez et al. (2018).

Por lo tanto, una de las principales pautas es la oportunidad de apoyar la participación de los adultos mayores en las intervenciones, pero no solo como ejecutor en las propias actividades en sí, que evidentemente, resulta fundamental para el éxito de las mismas, sino también en otros roles que pueden relacionarse con el programa de intervención (ayudante, voluntario, codiseño, etc.).

4.2. Promover la Teoría de la Autodeterminación

La Teoría de la Autodeterminación (TAD) analiza el grado en que las conductas humanas son volitivas o autodeterminadas, es decir, el grado en que las personas realizan sus acciones al nivel más alto de reflexión y se comprometen en las acciones con un sentido de elección (Deci & Ryan, 1985). Dicho de otro modo, Carratalá (2004) afirma que es el grado en que las personas realizan sus acciones de forma voluntaria, por propia elección.

La TAD ha evolucionado en los últimos treinta años a través de cuatro mini-teorías, (la Teoría de la Evaluación cognitiva, la Teoría de Integración orgánica u orgánismica, la Teoría de las Orientaciones de causalidad y la Teoría de las Necesidades psicológicas básicas). Esta última mini-teoría nos compete especialmente, ya que considera que la motivación intrínseca es innata, universal, y esencial para la salud y el bienestar. La TAD dentro de esta mini-teoría de las Necesidades básicas, engloba las necesidades psicológicas básicas (autonomía, competencia y relación) como un aspecto natural de los seres humanos. Por lo tanto, las intervenciones para mejorar la calidad de vida deberán estar encaminadas a estimular la orientación de los adultos mayores para la mejora de la motivación intrínseca.

En este sentido, Kilpatrick, Hebert y Jacobsen (2002), Mageau y Vallerand (2003), Moreno y González-Cutre (2005, 2006), Oman y McAuley (1993) y Ryan et al. (1997), plantean algunas orientaciones en forma de estrategias que pueden favorecer el desarrollo de la motivación intrínseca (*ver tabla 4*).

Tabla 4

Estrategias para promover la Teoría de la Autodeterminación

Proporcionar feedback positivo.	Se debe facilitar retroalimentación positiva con el fin de promover las sensaciones de competencia y autoconfianza en el sujeto.
Promover metas orientadas al proceso y transmitir un clima motivacional de implicación a la tarea.	Los sujetos se centrarán más en mejorar su propia tarea, evitando las presiones externas que les provoquen tensión.
Establecer objetivos de dificultad moderada.	El éxito se consigue antes, fomentando la sensación de competencia en el adulto mayor. En este sentido se manifiesta la importancia de las progresiones.
Dar posibilidades de elección en las actividades.	El propio adulto mayor se sentirá parte importante del proyecto.
Explicar el propósito de la actividad.	Es necesario describir qué es lo que se quiere conseguir con las actividades propuestas.
Fomentar la relación social entre los adultos mayores.	Promover situaciones de relación con los demás: empatía, esfuerzo en la relación, preocupación por los demás, satisfacción con el mundo social, hacer amigos...
Utilizar las recompensas con cuidado.	Si se aplican de forma inadecuada pueden reducir la motivación y la autonomía.
Desarrollar el estado de flujo en los adultos mayores.	Equilibrio entre habilidad y reto, colaboración/unión de la acción y el pensamiento, claridad de objetivos, feedback claro...
Concienciar a los adultos mayores de que la habilidad es mejorable a través del esfuerzo y el aprendizaje.	Importancia de adoptar percepciones de la propia competencia.

Nota. Elaboración propia, extraído de Moreno y González-Cutre (2006).

Igualmente, Martínez y Mosquera (2007) indican otras estrategias para fomentar la motivación intrínseca dentro de los adultos mayores:

1. Ofrecer desafíos adecuados mediante una experiencia óptima.
2. Reforzar el autoconcepto con entornos favorables a nivel:
 - psicológico: con la atención a posibles miedos e inseguridades, creando espacios distendidos y abiertos, fomentando un clima de acogida, tranquilidad y seguridad.
 - social: con encuentros positivos entre mayores, fomentando la pertenencia al grupo, reforzando la autoaceptación y autoestima, estimulando la competencia personal, creando un cambio actitudinal positivo.
 - físico: teniendo en cuenta las características del espacio, condiciones óptimas de temperatura, luz, acústica, mobiliario.
3. Dotar de experiencias significativas mediante la oportunidad de creación de habilidades, conocimientos y sentimientos.
4. Uso de la animación mediante procesos dinámicos de acción persona-agente de su propio progreso, a través de la libertad, la creatividad, la capacidad de decisión y la implicación personal por encima de la pasividad.

4.3. Fomentar el empoderamiento de los adultos mayores

La palabra empoderamiento viene del término inglés “*Empowerment*” que significa “conceder poder”, pero más que un término con una única conceptualización, la Cooperación Internacional (2017) lo define como “*un proceso a través del cual, se analizan y detectan las necesidades de un colectivo desfavorecido socioeconómicamente, con el objetivo de dotarlos con las herramientas necesarias para que puedan conseguir más autonomía y disminuya así, su vulnerabilidad*”.

De esta forma, el empoderamiento busca que las personas autogestionen sus propias necesidades y a través de sus propias capacidades impulsen cambios positivos sobre las situaciones en la que viven.

Rappaport y Seidman (2000), así como Zimmerman (2000) definieron el concepto “empowerment” (empoderamiento, fortalecimiento o potenciación de la comunidad) como *“el proceso mediante el cual personas, organizaciones o comunidades adquieren o potencian la capacidad de controlar o dominar la propia vida, o el manejo de asuntos o temas de su interés para lo cual es preciso crear las condiciones que faciliten dicho fortalecimiento”*.

El interés del empoderamiento se dirige, específicamente, a la influencia mutua que se produce entre la persona y los sistemas ambientales en los que ésta se mueve (Musitu, 2014).

Por otro lado, Sánchez-Muliterno (2012) indica que la palabra empoderar hace referencia a apoderar, que significa *“hacerse dueño de algo, ocuparlo, ponerlo bajo su poder. Hacerse poderoso o fuerte, prevenirse de poder o de fuerza”*.

La teoría del empoderamiento trata de analizar, explicar y fomentar los procesos de participación ciudadana y movimientos sociales, vinculando el conjunto de condiciones personales y sociales que hacen posible la participación con el bienestar de las personas (Musitu & Huelga, 2004).

En la Asociación Internacional de Estudiantes en Ciencias Económicas y Comerciales (AIESEC, 2015) afirman que *“la importancia de empoderar a otras personas radica en hacer los procedimientos más rápidos y eficientes, evitando cuellos de botella. Esto no significa que todas las personas en el equipo harán lo que 228 quieran. Nadie conoce mejor su trabajo que quien lo ejecuta permanentemente. Por lo tanto, cada persona tiene autoridad sobre lo que hace”*.

Según Rowlands (1997) citado por Iacub y Arias (2010), el empoderamiento está formado por tres dimensiones, que son:

- Personal: supone el desarrollo de la confianza y la capacidad individual, así como deshacer los efectos de la opresión interiorizada. Para ello, resulta necesario tomar conciencia de las dinámicas de poder que operan en el contexto vital y promover habilidades y capacidades para lograr un mayor control sobre sí mismo (McWhirter, 1991, citado por Iacub & Arias, 2010).
- Relaciones próximas: se refiere al desarrollo de la capacidad para negociar e influir en la naturaleza de la relación y de las decisiones que se toman dentro de ella.
- Colectiva: implica el trabajo conjunto para lograr un impacto más amplio del que se podría haber alcanzado individualmente.

A continuación, mostramos distintas tipologías de empoderamiento que diferentes autores plantean (*ver tabla 5*).

Tabla 5*Tipos de empoderamiento*

EMPODERAMIENTO	DEFINICIÓN
Personal	Confianza, seguridad y respeto personal.
Jurídico	Seguridad legal formal, poder hacer uso de leyes existentes, influencia sobre la legislación.
Cultural	Participación en la definición de las normas culturales, influencia sobre el orden simbólico, mantenimiento o desarrollo de una cultura propia.
Social	Visibilidad y presencia en el seno de la sociedad, participación en la vida pública, respeto por parte de los otros miembros de la comunidad, constitución de redes.
Psicológico	Intervenciones con poblaciones vulnerables siendo los factores psicosociales relevantes para lograr procesos de empoderamiento.
Político	Participación en grupos y organizaciones políticas, influencia en instituciones políticas.
Económico	Alfabetización económica, propiedad y medios de producción, ingresos y facultad para disponer del dinero, reducción de la dependencia, riesgos y estrés, organización económica, seguridad social, posibilidad de influir en la política económica.

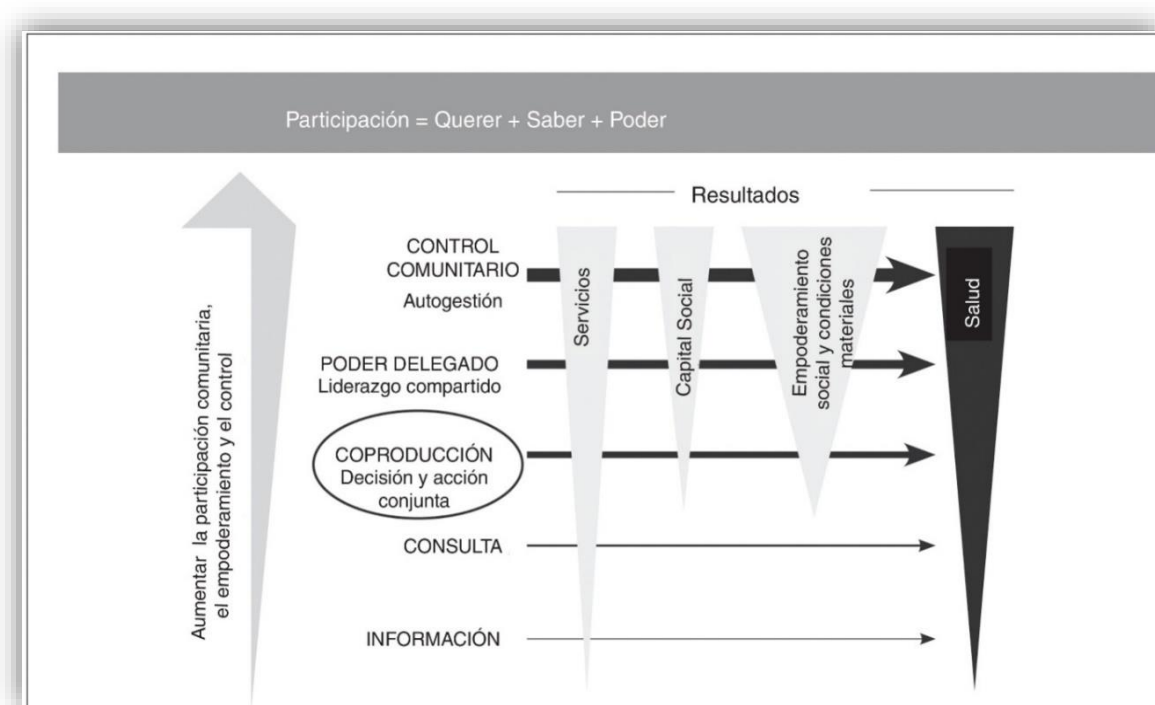
Centrándose en el contexto de los adultos mayores, el empoderamiento tiene una importancia fundamental en el incremento del bienestar y la calidad de vida en la vejez. Este término se caracteriza por buscar el incremento de la autonomía y del autoconcepto, posibilitando de esta manera el mayor ejercicio de roles, funciones y derechos que pudieron haberse perdido o que quizá nunca fueron posibles (Iacub & Arias, 2010).

La situación de la vejez, en relación con los usos del poder, ha sido variable en la historia occidental, encontrándose momentos históricos de alta valoración e incluso de gerontocracias y etapas de crítica, denigración y negación de la misma (Iacub & Arias, 2010).

Relacionando el empoderamiento y la participación, Popay (2007) pone de manifiesto que los niveles de participación más pasiva de la ciudadanía (información y consulta) podrán tener influencia en la adecuación, la accesibilidad y la efectividad de los servicios de salud, pero solo con la transformación de las relaciones de poder entre la ciudadanía, el personal técnico, las instituciones y los gobiernos se logrará el impacto en el capital social, las condiciones materiales y sociales en las que viven las personas (*ver figura 7*).

Figura 7

Caminos desde el empoderamiento y la participación comunitaria a la mejora de la salud



Nota. Extraído de López-Sánchez et al. (2018).

La intervención en programas fomentando el empoderamiento no debe eliminar déficits o debilidades de los adultos mayores buscando una solución a los problemas presentes, sino que, desde una acción preventiva, debe tratar de promover y movilizar los recursos y potencialidades que posibiliten el adquirir dominio y control sobre sus vidas (Buelga, 2007).

Lo importante en sí no es tener control y dominio sobre el entorno, el ambiente o los recursos, sino saber cómo acceder a éstos, cómo utilizarlos para tener capacidad de control en sus vidas. Por lo tanto, se pretende demostrar que la productividad de los adultos mayores existe y puede estar presente en numerosos aspectos de su vida, abarcando también a la comunidad y la sociedad en general (Imsero, 2008; Musitu & Buelga, 2004). Desde esta perspectiva, el adulto mayor deja de ser, únicamente, un receptor de ayudas sociales y se convierte en una persona activa de la sociedad (Rojo et al., 2011).

De este modo, la persona puede disfrutar de la etapa de envejecimiento sintiéndose útil y productivo a nivel social (incrementando su autoestima) y, de forma recíproca, la sociedad puede disfrutar de su colaboración y aporte a la comunidad.

Así lo afirman algunos autores, Bustillos et al. (2012) indican que la promoción del envejecimiento activo conlleva favorecer el empoderamiento de los adultos mayores y combatir los estereotipos negativos sobre la vejez y los mayores, así como fomentar las creencias de eficacia personal en el propio proceso de envejecimiento de dicho colectivo. Marhankova (2011) afirma que es el propio individuo el responsable de las mejores condiciones para el mantenimiento de su salud a través de la participación en actividades de tiempo libre. Igualmente, Matiz (2013) destaca que las estrategias de emprendimiento del adulto mayor aportan tanto beneficios personales como sociales y económicos. Algunas estrategias que se pueden realizar para fomentar el empoderamiento de los adultos mayores las detalla López (2010), este autor propone espacios sociales en los que puedan trabajar juntos, de manera autónoma y en pro de sus necesidades como grupo. Este autor también indica que a la hora de proponer tareas hay que tener una serie de factores presentes que facilitarán el empoderamiento, como son: la historia personal, las capacidades y habilidades adquiridas a lo largo de la vida, el ejercicio (o no) de esas capacidades, los roles cumplidos, su salud actual, su nivel de educación, entre otros.

Recientemente, Pardo (2016) marca unas premisas sobre cómo empoderar a las personas mayores, que se podrían resumir en dos vertientes:

- Permitir que tomen decisiones sobre su vida, sin anularles, y dejarles meditar sobre las diferentes opciones para que decidan por ellos mismos, tener en cuentas sus opiniones, igual de importantes que las de cualquier persona, sin importar la edad.
- Fomentar su integración en la sociedad, no permitir que se realicen discriminaciones por motivo de edad. Impulsar su participación e implicación en la sociedad, que realicen aquello que deseen, en función de sus inquietudes, y que expresen sus ideas dentro de la comunidad.

Para cumplir con estas vertientes, Pardo (2016) desarrolla algunas estrategias o pautas:

- Toma de decisiones: permitir que los adultos mayores tomen sus propias decisiones. Dejarles valorar las diferentes opciones a las que se enfrentan, meditarlas y decidir lo que hacer.
- Opinión: tener en cuenta su opinión. Puede ser que no se esté de acuerdo con ella, pero hay que tenerla en cuenta.
- Implicación: permitamos que se impliquen en aquello que deseen, a nivel de la vida diaria, a nivel social y comunitario. Respetemos sus deseos e inquietudes y que, en función de ello, decidan.
- Participación: hacerlos partícipes de la vida social, permitir que expresen su opinión política, que organicen eventos en la población, etc.
- Integración: como conclusión, integrarles en la sociedad. La discriminación por razón de edad (viejismo o edadismo) es un fenómeno que, aunque cada vez menos, todavía está muy presente en nuestra sociedad.

Falagán (2018) plasma algunas pautas para lograr ese empoderamiento en las intervenciones con adultos mayores (aumento del activismo social, político y cultural; prevención y promoción de la salud mediante intervenciones con AF, alimentación, etc.; educación permanente para aumentar las relaciones sociales, el uso de TICS; mayor número de actividades de ocio; y, mayor presencia en el marco político).

4.4. Aumentar el apoyo y la cohesión social

Una estrategia, habitualmente, asociada a la salud y a la calidad de vida es el apoyo social (Avendaño & Barra, 2008). Este suele definirse a partir de dos perspectivas, una cuantitativa-estructural y otra cualitativa-funcional. La primera evalúa la cantidad de vínculos o relaciones que establece el individuo con su red social, que correspondería al apoyo social recibido. Y la segunda se enfoca en la existencia de relaciones significativas y la evaluación o apreciación subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe. Esta última correspondería al apoyo social percibido (Vivaldi & Barra, 2012).

Diversos autores reflejan en sus estudios el impacto del apoyo social: la subjetividad de las personas, en sus creencias y en las formas de responder a diversas situaciones; en regular las conductas, orientar las respuestas y las acciones que desarrollan los individuos ante diversas situaciones; y en su interacción con el mundo y con los otros (Fernández, 2000; Gastrón et al., 2013; Moñivas, 1998; Nieto et al., 2006; Yuni, Urbano & Arce, 2003).

El Imsero (2008) indica que la capacidad para relacionarse con el entorno, el apoyo social y la integración se convierten en aspectos fundamentales para vivir el proceso de envejecimiento como una experiencia en positivo.

Con respecto a la cohesión social, Morata (2010) la define como el proceso mediante el cual la ciudadanía desarrolla un instinto de unidad, pertenencia e inclusión, participa

activamente en la vida social y goza de una relativa equidad en un contexto donde instituciones públicas y privadas son reconocidas entre sí legítimamente.

Un componente de la calidad de vida es la cohesión social, entendiendo ésta, tal y como apunta Setién (1993), como *“el grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de las necesidades (materiales y no materiales) de los miembros que la componen”*.

Desde el contexto de la AF para la educación del ocio, además del placer y gratificación por la práctica, se busca conseguir una gran oportunidad de convivencia y bienestar colectivo fomentando valores como la tolerancia, el respeto, etc. (Muñoz, 2004).

Así mismo, el Plan de Acción Internacional de Madrid de la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (2007) habla de garantizar un envejecimiento activo que favorezca el bienestar y la cohesión social.

Igualmente, lo afirma Bonvillani (2003), el apoyo y la cohesión social son considerados mecanismos necesarios en el logro de una buena calidad de vida.

Especificando este campo, se encuentran en la literatura diferentes estrategias o actividades que propician la cohesión y el apoyo social en adultos mayores:

Leturia (2007) utiliza el apoyo social en su intervención fomentando que el adulto mayor se convierta en refuerzo de comportamientos sociales, reforzando socialmente a otros.

Igualmente, también emplea la promoción del apoyo familiar trabajando con las familias de manera individual y colectiva para potenciar su participación en las actividades a través de visitas, acompañamientos, colaboración en la decoración de los espacios personales, formación, participación en actos conjuntos, etc.

Ojala y Padrós (2012) indican algunas prácticas de éxito, las cuales tienen un carácter universal y transferible, se trata de actuaciones que han demostrado buenos resultados en diferentes contextos (geográficos, educativos, sociales, económicos y culturales) y que, por tanto, podemos aplicar en futuros programas de intervención (*ver figura 8*).

Figura 8

Actuaciones de éxito para aumentar la cohesión de grupo

ACTUACIONES DE ÉXITO		
	Inclusión	Formas de éxito de participación de las familias y la comunidad
Criterios	<ul style="list-style-type: none"> • Actuaciones que se basan en la agrupación heterogénea del alumnado y la reorganización de los recursos humanos (incluyendo sólo profesionales o también la participación de las familias y la comunidad). • Evitan la adaptación del currículo al nivel previo de aprendizaje del alumnado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formas de participación de la familia y la comunidad que demuestran tener impacto en el éxito escolar del alumnado en relación con su contexto, en centros con bajo nivel socioeconómico y alumnado inmigrante o de minorías.
Tipos	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos heterogéneos con una reorganización de recursos humanos. • Desdobles en grupos heterogéneos. • Ampliación del tiempo de aprendizaje. • Adaptaciones curriculares individuales inclusivas. • Optatividad inclusiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación educativa: <ul style="list-style-type: none"> – Formación de familiares y de la comunidad. – Participación en las aulas y en otros espacios de aprendizaje. • Participación decisiva. • Participación evaluativa.

Nota. Extraído de Ojala y Padrós (2012).

4.5. Desarrollar la autonomía en los adultos mayores

Otra de las pautas de intervención más importantes para la mejora de la calidad de vida en los adultos mayores es la capacidad de autonomía, la capacidad para sentirse libres, capaces, sin dependencia. Así lo afirman autores como Alcántara y Romero (2001) que dicen *“la autonomía de las personas mayores está íntimamente relacionada con su calidad de vida. La actividad física se convierte así en un protector y precursor de dicha autonomía y de los sistemas orgánicos que la condicionan”*.

Otros autores sostienen que la autonomía es la capacidad de previsión propia hacia una toma de decisiones de iniciativa personal, esencial para desarrollar un proceso de

interiorización de la conducta (Williams, Lynch, McGregor, Ryan, Sharp & Deci, 2006; Williams, McGregor, Sharp, Levesque, Kouides & Ryan, 2006).

Adie, Duda y Ntoumanis (2012) y Vallerand (2007) expresan que la práctica de AF fomentando la autonomía se vincula a una de las 3 necesidades psicológicas básicas definidas por Deci y Ryan (2000), las sensaciones de bienestar, al vínculo social de pertenencia al grupo, la vitalidad, la autoestima, el disfrute, el interés, la concentración, el esfuerzo y la persistencia.

En otro estudio, Tirado (2014) considera que la estrategia de fomentar la autonomía permite al adulto mayor que éste logre el respeto a su intimidad y a sus derechos.

En la propuesta de Giusti (1991) o de Inisa (1994) se consideran cuatro variables: autonomía, soporte social, salud mental y actividad física recreativa, para delimitar, operacionalmente, la perspectiva subjetiva de la calidad de vida.

Igualmente, Puig y García (2007) afirman que el trabajo cooperativo refuerza el desarrollo de la autonomía personal a partir de las relaciones próximas entre iguales, el sentimiento de pertenencia a un colectivo, el autocontrol de la conducta y la comunicación creativa de lo que pensamos y sentimos, es un arma fundamental para fortalecer la autonomía.

Varias investigaciones han buscado aumentar la autonomía mediante diferentes estrategias de acción en sus intervenciones, por ejemplo, Leturia (2007) busca la promoción de la autonomía física y saludable mediante el desarrollo de un programa de psicomotricidad y AF, así como el acompañamiento en paseos y movilización de los segmentos corporales.

Otra estrategia adecuada para aumentar la autonomía fue propuesta por González-Serrano (2013) que indica que al planear un programa de AF hay que incluir la colaboración entre el profesional y el grupo de personas que va a formar parte de ese programa. El técnico deportivo, en primer lugar, deberá organizar una sesión de planificación para conocer junto a

los usuarios los horarios más adecuados, la ubicación y los tipos de ejercicios con los que se van a sentir más cómodos, etc.

Estas diferentes pautas y estrategias de intervención desarrolladas en los apartados anteriores deberían servir para diseñar futuros programas enriquecidos, y como hemos visto, entre sus objetivos tendría que ser prioritario lo siguiente:

- lograr una mayor motivación intrínseca en la participación del programa enriquecido con objeto de promocionar la AF;
 - hacerles partícipes del diseño del programa buscando un futuro empoderamiento;
 - hacer que el adulto mayor se sienta partícipe de la sociedad y reciba el apoyo del resto de la comunidad, ya que es una de las circunstancias que más influye en su carácter positivo;
- y,
- fomentar la autonomía del adulto mayor en la realización de las actividades y en la planificación y diseño de las mismas.

En esta línea, será más fácil lograr un vínculo entre la investigación y la práctica (Parry et al., 2006; Pérez & Delgado, 2011), y que las evidencias se traduzcan en situaciones prácticas.

5. Conclusiones del Marco Conceptual

En este primer capítulo de la tesis se han expuesto los principales conceptos que tienen relación con esta investigación, el primero de todos hace referencia al término de envejecimiento, su evolución y sus distintas tipologías desarrolladas a lo largo de la historia, destacando uno de los más importantes actualmente, el “envejecimiento activo” (OMS, 2002). Se han explicado los condicionantes (falta de movilidad, pérdida de autoestima y memoria, menor autonomía, disminución de relaciones sociales, etc.) que se producen al llegar a esta edad avanzada y cómo se pueden contrarrestar gracias a la mejora de la salud y de la calidad de vida, conceptos muy relacionados entre sí como indican varios autores (Cummins & Cahill, 2000; Iliffe et al., 2014; Patil et al., 2016; Rodríguez & Anguita, 2012; Yanguas, 2006).

Seguidamente, se ha conceptualizado la calidad de vida relacionada con la salud, viendo su multidimensionalidad y amplitud de campos (salud física y psicológica, vida afectiva, economía, amor, etc.) en los que está influenciada (Fernández Ballesteros, 1997; Herrera & Guzmán, 2012; OMS, 1993). A continuación, se ha entrado en el campo de la promoción de la salud desde una visión positiva de la misma partiendo de la Teoría de la Salutogénesis y de los activos o recursos de salud (Antonovsky, 1979; Lindström, 2008; Machado, 2013; Morgan et al., 2013; Park, Peterson & Sun, 2013).

En el segundo apartado de este marco teórico se ha desarrollado la educación del ocio como contexto clave para abordar hábitos saludables y para hacer ver a los adultos mayores como deben ocupar su tiempo libre de la mejor manera y que les resulte satisfactorio para ellos.

Son varias las teorías que surgen para conocer este contexto y su relación con los adultos mayores, pero quizás la Teoría de la Innovación del Envejecimiento Exitoso (Nimrod & Kleiber, 2007) es aquella que se enfoca, exclusivamente, en el ocio y el envejecimiento. Esta

teoría afirma que la innovación en el ocio puede ser una fuente de energía porque puede contribuir al crecimiento y la liberación.

Posteriormente, se ha visto la importancia de la promoción de la AF en la educación del ocio para mejorar la salud y calidad de vida de los adultos mayores, siendo necesario: un compromiso de todos, una política global, ampliar los recursos y que se implique la sociedad en su conjunto y las instituciones. Igualmente, es necesario informar, motivar y apoyar a los adultos mayores y a toda la comunidad a mantenerse activos de forma segura, accesible y agradable y, tener en cuenta que no hay una única manera para mejorar la salud y la calidad de vida (Aparicio, Carbonell & Delgado, 2010; Guallar, 2004; Isorna & Felpeto, 2014; McAuley et al., 2002; Mora, 2002; Rodríguez & Anguita, 2012).

Para lograr esa promoción de la salud mediante la AF y concienciar la educación del ocio en la mejora de la calidad de vida algunos estudios han optado por abordarla desde la Teoría de la Salutogénesis y el modelo de Activos de salud junto con el modelo Bio-social-ecológico de Bronfenbrenner (Botello et al., 2013; Cofiño et al., 2016; McLaren & Hawe, 2005; Morgan & Hernán, 2013; Sallis et al., 2015; Spence & Lee, 2003). Este modelo último es ideal para las intervenciones ya que permite elaborar programas con la comunidad y, en este caso, para los adultos mayores, con técnicas que se adaptan a este contexto concreto (Boulton, Horne & Todd, 2018; Fischer et al., 2018; Horodyska et al., 2019; Rai et al., 2018).

A partir de diferentes estudios poniendo en práctica el modelo Bio-social-ecológico se ha comprobado que no sólo los elementos individuales sobre los adultos mayores son los que determinan la actividad a realizar en la intervención, sino también los del entorno físico, social, comunitario, etc., (Sallis et al., 2008). Los autores Sallis y Owen (2002) opinan que este punto de vista bio-social-ecológico comprende las interacciones de muchos factores de forma general. Por lo tanto, no dan una guía específica sobre qué variable dentro de cada nivel puede ser más importante para analizar y mejorar en la intervención.

A pesar de que no tienen los mismos constructos teóricos, estos modelos coinciden en que los factores individuales y contextuales son componentes esenciales que intervienen en la práctica de la AF (Fortier & Kowal, 2007). Por tanto, pueden ayudar a comprender el cambio que se tiene que hacer para modificar el comportamiento en la práctica de AF y en la educación del ocio.

Pino et al. (2017) comentan que es necesario ampliar en gran medida los factores que determinan la calidad de vida del adulto mayor y por ello, consideran necesarias diversas pautas de intervención desde varios sustentos teóricos. Por consiguiente, se ha completado el marco teórico con la Teoría de la Autodeterminación (TAD) que según se ha visto en la literatura puede aumentar la motivación intrínseca de los adultos mayores para mejorar su participación, cohesión, autonomía, etc.

Por lo tanto, ya se tiene clara la situación del problema, los modelos teóricos con los que trabajar, el tipo de AF que se debe promocionar y en qué contextos es clave actuar alrededor de los adultos mayores.

Finalmente, solo nos queda buscar en intervenciones realizadas en adultos mayores con programas dentro y fuera de la AF, una serie de pautas y estrategias que consigan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de forma eficaz: a) alcanzar mayor participación como “medio” y como “fin”; b) promover la motivación intrínseca; c) fomentar el empoderamiento realizando intervenciones de diferentes actividades físicas dentro del programa de deportes y fuera del mismo; d) mejorar la cohesión y el apoyo social; e) dotar de autonomía en las actividades y fuera de ellas; f) responder a los intereses y necesidades de los adultos mayores.

**CAPÍTULO II. ESTUDIO I: EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADULTOS MAYORES**

Lista de Contenidos

1. Introducción, Objetivo del Estudio e Hipótesis

2. Metodología

2.1. Diseño del estudio

2.2. Participantes del estudio

2.3. Variables e instrumentos del estudio

2.4. Procedimiento desarrollado en el estudio

2.4.1. Consideraciones éticas

2.4.2. Procedimiento de recogida de datos

2.4.3. Fases temporales del estudio

2.5. Proceso de análisis de datos

3. Resultados

3.1. Relación de resultados diferenciados por grupos de edad

3.2. Relación de resultados diferenciados por género

4. Discusión

1. Introducción, Objetivo del Estudio e Hipótesis

El envejecimiento es un periodo sensible en la vida humana y un proceso normal, biológico, universal e inevitable (Mazloomymahmoodabad et al., 2014; Mudey et al., 2011). Hoy en día, desde el punto de vista demográfico, y centrándose, exclusivamente, en los países desarrollados, las personas mayores de 65 años constituyen aproximadamente el 20% de la población y son el grupo de mayor crecimiento de la población (Lobo et al., 2010). De 1965 a 2025 se espera que el porcentaje de personas de más de 65 años aumente entre un 17% y un 82% en los países europeos y alrededor del 200% en algunos países en desarrollo (Aghamolaei, Tavafian & Zare, 2010; Mazloomymahmoodabad et al., 2014).

Este envejecimiento de la población tiene muchas consecuencias para la salud, una de ellas es el aumento de la tasa de dependencia de la vejez y la discapacidad (Mazloomymahmoodabad et al., 2014). Igualmente, el proceso de envejecimiento ha sido cada vez más el foco de atención y preocupación debido a las alteraciones físicas que ocurren con la edad, como la reducción de capacidad aeróbica, fuerza muscular, equilibrio, entre otras, así como los aspectos relacionados con la calidad de vida (Blake et al., 2000; Henwood & Taaffe, 2006; Hopman et al., 2000; Lobo et al., 2010; Millones & Zapata, 2019; Spirduso, 2005; Walters et al., 2001; Winters-Stone & Snow, 2003).

En muchas ocasiones, está asociado a convivir con una o varias enfermedades crónicas y disfunciones adquiridas en los últimos años de vida, que llevan al declive de la capacidad funcional y de la autonomía (Colom et al., 2014) o incluso al aumento de la depresión (Acree et al., 2006).

Sin embargo, diferentes estudios han demostrado que las enfermedades y limitaciones pueden evitarse en el proceso de envejecimiento, con el uso de servicios preventivos, eliminación de factores de riesgo y adopción de hábitos de vida saludables. Estos últimos, son

importantes determinantes en la adquisición de un envejecimiento activo y una mayor calidad de vida (Diegelmann et al., 2018; Herazo et al., 2019; Salguero et al., 2011).

Los hábitos saludables suelen abordarse desde el ámbito de la AF en el contexto de los adultos mayores, para conseguir una reducción de la mortalidad (Chakravarty, Hubert, Lingala & Fies, 2008), una mejora funcional, física y/o psicosocial (Battaglia et al., 2016; Blom et al., 2019; De Lira et al., 2018; De Oliveira et al., 2019; Gallegos et al., 2019; León-Olivares et al., 2019; Mura et al., 2014; Taguchi, 2010; Walsh, 2011), un aumento del estado de ánimo y la autoestima (Bohórquez, Lorenzo & García, 2014; Calero et al., 2016; Jodra et al., 2019; Sáenz & Arciniegas, 2019) y una disminución de la depresión, la ansiedad y el estrés de la vida cotidiana (Dantas et al., 2020; Kravitz, 2007; Jiménez, Martínez, Miró & Sánchez, 2008; Palmer et al., 2005; Park, Han & Kang, 2014). Así mismo, también puede ayudar a los adultos mayores a desempeñar un papel más activo en la sociedad, crear nuevos lazos de amistad y de desarrollo personal, aumentando así la interacción social, estimulando la convivencia y la socialización (Barceló, 2015; Justine, 2010; Madrigal, 2010).

Según Pérez Serrano (2006) la calidad de vida es determinada por el grado de funcionalidad, de salud y de permanecer independiente de los otros para la realización de las tareas de la vida cotidiana. Por ello, uno de los desafíos más importantes en la salud es mejorar la calidad de vida de los adultos mayores (Mazloomymahmoodabad et al., 2014).

La CVRS es algo muy estudiado desde hace años, Lowatt (1992, citado por Ferrer, 2007) la define como *“el nivel de bienestar y satisfacción asociado a la vida de un individuo y cómo ésta es afectada por la enfermedad, los accidentes y los tratamientos, desde el punto de vista del paciente”*.

Igualmente, para algunos autores (Guyatt et al., 1993; Martínez et al., 2013) es un término que se ha creado para estudiar la percepción que las personas tienen de su calidad de vida y de su salud, relacionadas con aquellos aspectos que afectan directamente su vida en conjunto,

haciendo que ésta sea mejor o peor según la percepción individual de cada persona y en relación a un grupo.

En los últimos años, la calidad de vida se considera como un concepto multidimensional, que es influenciado por factores personales (por ejemplo, salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio y satisfacción) y por factores socioambientales (apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y seguridad social, calidad del ambiente y aspectos culturales) (Fernández Ballesteros, 2009; Lima et al., 2009; Mazloomymahmoodabad et al., 2014).

Además, en el contexto de los adultos mayores, la calidad de vida está relacionada con el mantenimiento de la autonomía, la cual puede ser percibida en el desempeño de las actividades diarias, en las personas mayores que mantienen su capacidad funcional (Colom et al., 2014).

Como se ha detallado es fundamental la práctica de AF en los adultos mayores para la mejora de la calidad de vida. Pero la participación de ambos sexos no parece ser equitativa como así han demostrado algunos autores (Martín, Moscoso & Pedrajas, 2013; Martín & Piedra, 2017; Moreno, Marcos & Huéscar, 2016; Moya & Vargas, 2019; Salgado, 2018). Siendo muy superior dicha participación en las mujeres, más preocupadas por mejorar su salud y apariencia física (García Ferrando, 2006; García & Llopis, 2011; Gill et al., 1996; Hellín et al., 2004; Kilpatrick, Hebert & Bartholomew, 2005; Koivula, 1999; Martínez López, 2003; Martín et al., 2014).

Si se quiere desarrollar intervenciones, desde el ámbito de la AF, para la adquisición de hábitos saludables en adultos mayores, realizar una evaluación diagnóstica es un paso crítico y necesario. Este proceso debe llevarse a cabo antes de la implementación y es fundamental para conocer y evaluar las creencias, las percepciones y los comportamientos de las personas involucradas en la intervención (Sallis, Owen & Fisher, 2015).

Dicho proceso es un aspecto clave para que pueda adaptarse el diseño al contexto de aplicación específico de la intervención (Corella, 2018; Gittelsohn et al., 1995; Murillo et al., 2014; Pinoargote, 2013; Sanchís, 2017; Sevil, 2018). A su vez, también puede ayudar a facilitar las relaciones entre los investigadores y el objetivo de la población (Kumanyika et al., 2003).

En esta línea de trabajo, la Universidad de Deusto (2013) consiguió que, al realizar una evaluación diagnóstica, algunos de los participantes en el proceso de investigación comenzaron a ver el programa de intervención posterior a la misma con un sentido de propiedad, sus opiniones guiaron su desarrollo e implementación. A su vez, este método promueve el proceso de empoderamiento de los participantes y de los técnicos deportivos lo que puede garantizar la sostenibilidad de la intervención a través del tiempo.

A partir de las consideraciones anteriores, el objetivo general de este estudio se centra en responder a una parte del primer objetivo de la investigación: “describir y analizar la calidad de vida y la forma de promocionarla desde la educación del ocio”. Con el siguiente objetivo específico que se propuso para este estudio: “describir los niveles de calidad de vida relacionada con la salud junto con sus dimensiones y componentes (físico y mental) de una muestra de adultos mayores, según el género y la edad”.

De esta forma, se pretendía dar respuesta a varias hipótesis:

1^a.- La participación de adultos mayores en programas de actividad física es mayor entre el género femenino que en el masculino, tal y como reflejan otros estudios (Colom et al., 2014; Gómez-Cabello et al., 2018; López-Téllez et al., 2012; Pernambuco et al., 2012; Skropeta et al., 2014; Tamari et al, 2011).

2ª.- Los niveles de calidad de vida relacionada con la salud junto con sus dimensiones y componentes (físico y mental), como otros estudios demuestran (Cakar et al., 2010; Gallegos et al., 2019; Kovacs et al., 2013; Martínez et al., 2013; Salguero et al., 2011), no muestran diferencias significativas con respecto al género y a la edad en adultos mayores.

3ª.- La muestra obtiene valores de calidad de vida relacionada con la salud similares a otros estudios de adultos mayores que realizan actividad física (Campos et al., 2015; Gómez-Cabello et al., 2018; Guallar et al., 2004; Herazo et al., 2019; Jodra et al., 2019; León-Olivares, 2019; Martínez et al., 2013; Salguero et al., 2011).

4ª.- Los valores de calidad de vida relacionada con la salud de la muestra de adultos mayores participantes en el estudio son superiores a los obtenidos para población sedentaria española (López et al., 2003; Vilagut et al., 2005).

2. Metodología

2.1. Diseño del estudio

El diseño utilizado es de carácter descriptivo y de corte transversal, con una única medida, los niveles de calidad de vida relacionada con la salud, incluidas sus dimensiones y componentes físico y mental.

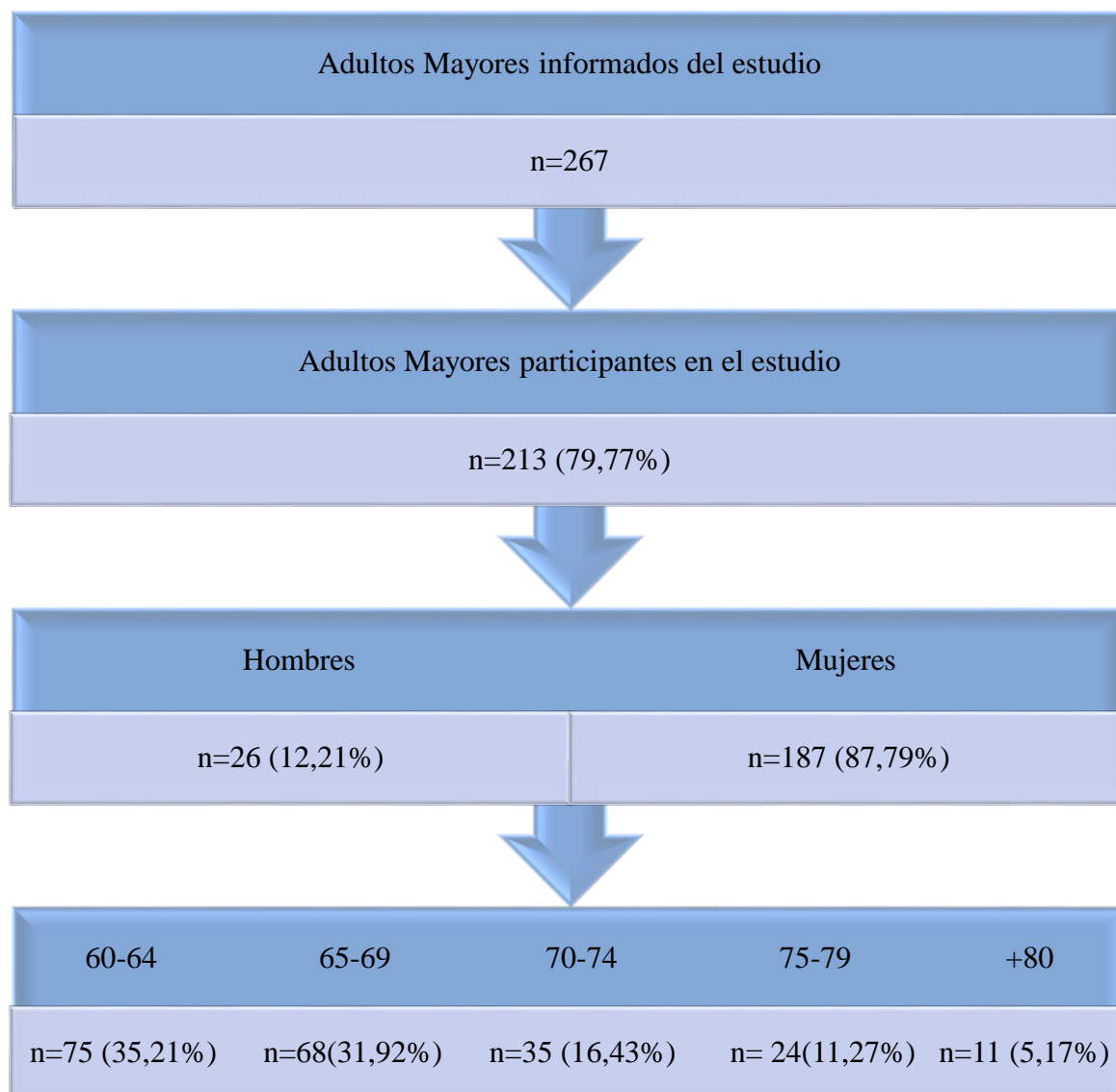
El estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón (CEICA), (*ver apéndice 1*).

2.2. Participantes del estudio

Este estudio se realizó con adultos mayores de la provincia de Zaragoza en el otoño del curso 2017/18, pertenecientes a los programas deportivos municipales de dos localidades cercanas a la ciudad de Zaragoza (Utebo y su barrio Malpica y la Mancomunidad Ribera Izquierda del Ebro con las localidades de La Puebla de Alfinden, Alfajarín, Nuez y Pastríz). En la provincia de Zaragoza había 33 programas deportivos municipales y comarcales para adultos mayores durante el curso 2017/18. Los criterios para seleccionar a estos dos contextos fueron:

- que hubiera un equilibrio entre las características de las localidades: instalaciones, experiencia y número de profesionales deportivos, cercanía a núcleo urbano, demanda de actividades deportivas por adultos mayores, nivel socioeconómico y tamaño poblacional.
- que existiera una predisposición en la colaboración con la Universidad en diferentes trabajos y proyectos con la población de adultos mayores.

La muestra inicial (n=267) se vio modificada por aquellos adultos mayores que no estaban interesados en participar en el estudio o que no entregaron el consentimiento escrito firmado (*ver apéndice 2*), quedando la muestra final (n=213) dividida en 187 mujeres y 26 hombres con una media de edad de $66,3 \pm 1,12$ años (*ver figura 9*).

Figura 9*Participantes en el estudio*

2.3. Variables e instrumentos del estudio

Para medir la calidad de vida se utilizó el cuestionario SF-36 (*ver apéndice 4*), uno de los instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) más utilizados con población adulta. Principalmente, debido a su universalidad, exhaustividad y rigurosidad de su estudio psicométrico, la facilidad de su manejo y la rapidez y utilidad de la interpretación de los resultados.

Para este estudio ha sido utilizada la versión española de SF-36v2 adaptada por Alonso et al. (2003), que hace referencia al estado de salud en las cuatro semanas anteriores al momento de pasar el cuestionario. A través de esta escala genérica se proporciona un perfil del estado de salud, detectando tanto estados positivos de salud como negativos, siendo aplicable a la toda la población adulta, mayor o igual a 14 años de edad.

El cuestionario de calidad de vida SF-36 consta de 11 preguntas que desglosan 36 ítems, los cuales exploran 8 dimensiones del estado de salud con recorrido desde 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud). Estas dimensiones son:

1. Función física (FF): grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 ítems).
2. Rol físico (RF): grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 ítems).
3. Dolor corporal (DC): intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems).
4. Salud general (SG): valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 ítems).

5. Vitalidad (VT): sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems).

6. Función social (FS): grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems).

7. Rol emocional (RE): grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems).

8. Salud mental (SM): salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 ítems).

Las puntuaciones tienen unas características que a continuación se detallan:

- Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son, directamente, proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sea, mejor estado de salud.
- El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1º. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los ítems, con el fin de que todos sigan el gradiente de: a mayor puntuación, mejor salud.

2º. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).

3º. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala). En este caso, se utilizó una aplicación informática creada por la Universidad de Granada que realiza esta transformación (*ver apéndice 5*).

Igualmente, este cuestionario también calcula dos puntuaciones resumen, combinando las puntuaciones de cada dimensión: componente sumario físico (CSF) y componente sumario mental (CSM). Las normas de referencia para dichos sumarios facilitan la interpretación de los resultados de calidad de vida evaluada con los cuestionarios SF en estudios realizados en España. En concreto, Vilagut et al. (2008), crearon los porcentajes que se aplican a las ocho dimensiones para obtener dichos componentes:

$$\text{CSF}=(\text{FF} \times 0.407) + (\text{RF} \times 0.359) + (\text{DC} \times 0.332) + (\text{SG} \times 0.292) + (\text{VT} \times 0.039) + (\text{FS} \times 0.031) + (\text{RE} \times -0.240) + (\text{SM} \times -0.242).$$

$$\text{CSM}=(\text{FF} \times -0.219) + (\text{RF} \times -0.163) + (\text{DC} \times -0.133) + (\text{SG} \times -0.069) + (\text{VT} \times 0.232) + (\text{FS} \times 0.241) + (\text{RE} \times 0.512) + (\text{SM} \times 0.536).$$

Además de la propia variable de calidad de vida relacionada con la salud, se aportaron datos por género y edad, como variables sociodemográficas de los participantes.

2.4. Procedimiento desarrollado en el estudio

2.4.1. Consideraciones éticas

El Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) dio el visto bueno al estudio (*ver apéndice 1*). A partir de su aprobación, se llevó a cabo una reunión con los coordinadores y gerentes deportivos de ambas comarcas, el investigador informó del estudio, los objetivos, el proceso y de la importancia y repercusión del estudio, así como de los objetivos pretendidos. Se explicaron también los datos que se pretendían obtener y los beneficios que tendrían los adultos mayores en el desarrollo y con posterioridad a este estudio. Seguidamente, esta información se facilitó en otra reunión a los técnicos deportivos que iban a llevar las sesiones y acciones del programa.

Al realizar la inscripción del programa de actividades deportivas y en el comienzo de las primeras sesiones se informó a los propios adultos mayores de todo el estudio mediante una hoja informativa (*ver apéndice 3*) y fue condición imprescindible el consentimiento firmado de los adultos mayores (*ver apéndice 2*). Una vez cumplidos estos requisitos, el investigador explicó a cada uno de los grupos qué mediciones, cómo y cuándo se iban a realizar a lo largo del estudio.

La información generada en este estudio fue y sigue siendo, estrictamente, confidencial. Todos los documentos se archivaron y sólo tuvieron acceso a ellos los miembros del equipo de investigación. Al finalizar la evaluación diagnóstica, se presentó un informe a los técnicos deportivos y otro a los adultos mayores con los resultados más relevantes obtenidos para guiar el diseño y desarrollo de la intervención.

2.4.2. Procedimiento de recogida de datos

En primer lugar, se explicó a los coordinadores y monitores deportivos la necesidad de conocer la variable calidad de vida a través del cuestionario SF-36. En segundo lugar, en una sesión posterior se hizo entrega a los adultos mayores del cuestionario (*ver apéndice 4*) y, a continuación, se les explicó cómo rellenarlo y la confidencialidad de los datos. Para llevar a cabo este último paso fue necesario resaltar a los participantes que el cuestionario se debía de rellenar en las instalaciones deportivas y no en sus casas. Esta decisión permitía que le pudieran dedicar más atención, además de poder recibir la ayuda del equipo investigador y de los técnicos deportivos para su correcta cumplimentación y transmitirles la importancia de su participación. Finalmente, se revisaron los cuestionarios realizados por los adultos mayores, descartando aquellos en los que los datos no estaban completos. Al mismo tiempo, se comprobó que los códigos de identificación que habían rellenado eran correctos, de acuerdo con los listados de que disponía el grupo de trabajo.

2.4.3. Fases temporales del estudio

En este apartado se indican la duración y el reparto de las tareas más significativas del estudio. Hay que resaltar que los profesionales de la AF, los coordinadores deportivos y, sobre todo, los adultos mayores participaron, de forma continua, en el desarrollo de las diferentes fases del estudio (*ver tabla 6*).

Tabla 6

Temporalización de las fases del estudio

FASES	DESCRIPCIÓN	AÑO
Fase I	Planteamiento del problema del estudio, objetivos iniciales e hipótesis de partida. Definición del objeto de estudio.	Noviembre/15
Fase II	Revisión bibliográfica de la literatura relativa al objeto de estudio y desarrollo del marco conceptual.	Enero- Diciembre/16
Fase III	Elección de las variables y selección de los instrumentos para la medición de las variables.	Enero/17
Fase IV	Localización y selección de los participantes del estudio.	Mayo/17
Fase V	Toma de datos iniciales para el estudio.	Octubre/17
Fase VI	Análisis de los datos y redacción del informe.	Diciembre/17
Fase VII	Presentación de los resultados.	Febrero/18

Fase I. Planteamiento y objeto de estudio: se trata de una fase inicial en la que se recopilaron las evidencias científicas existentes hasta el momento creando la base que nos serviría para asentar la investigación. Se diseñó el proyecto de investigación.

Fase II. Revisión bibliográfica: en esta segunda fase se efectuó una extensa revisión bibliográfica a nivel nacional e internacional, en busca del conocimiento y apoyo teórico necesario para el estudio.

Fase III. Selección de variables e instrumentos: después de analizar la literatura al respecto, se distinguió la variable que tuviera la capacidad de aportar información sobre la calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores.

Fase IV. Selección de los participantes y permisos: en esta fase se seleccionaron a los participantes. Primeramente, se buscaron poblaciones que tuvieran características similares. Después, se entró en contacto con los coordinadores deportivos que llevaban a cabo los programas municipales. Una vez reclutados los participantes se terminó de diseñar el proyecto y con ello, se presentó para su aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA).

Fase V. Trabajo de campo y recogida de datos: alcanzadas las fases previas, se dio comienzo al trabajo de campo y la recopilación de los datos de los adultos mayores (cuestionario). Se buscó una investigación descriptiva, que definiera la situación actual de los niveles de calidad de vida, sus dimensiones y componentes físico y mental.

Fase VI. Análisis de datos y redacción del informe: una vez finalizada la fase anterior, se transcribieron los datos cuantitativos mediante el software del cuestionario SF-36 y, posteriormente, fueron exportados al paquete estadístico SPSS en su versión 22.0.

Fase VII. Presentación de los resultados: en esta fase se procedió a la presentación de los resultados que nos permitió tener la información necesaria para el diseño de los siguientes estudios de la presente tesis.

2.5. Proceso de análisis de datos

En este estudio, para el tratamiento estadístico se usó el paquete estadístico SPSS v.22. Primeramente, de cara a la valoración de la fiabilidad o consistencia interna de las medidas se utilizó el alfa de Cronbach en todas las dimensiones, los dos componentes sumarios y la global de la calidad de vida (*ver tabla 7*), los resultados reflejaron una fiabilidad muy alta.

Tabla 7

Valores de fiabilidad del cuestionario sf-36

Dimensiones de la variable	Alfa de Cronbach
FF	,867
RF	,872
DC	,867
SG	,871
VT	,864
FS	,868
RE	,880
SM	,870
CSF	,853
CSM	,866
CV	,875

Posteriormente, una vez que todos los valores cuantitativos del cuestionario fueron extraídos y colocados en el programa estadístico, se analizó la distribución de la muestra a través de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, con resultados de $p < 0,05$ para la variable estudiada de calidad de vida (incluidas las ocho dimensiones y los dos componentes físico y mental), concluyendo que la distribución no era normal, por lo que se utilizó estadística no paramétrica para el cálculo de las diferencias.

Se realizaron análisis descriptivos para comprobar si existían diferencias significativas en las variables analizadas. Por un lado, se realizó la H de Kruskal-Wallis entre los cinco grupos de edad, ya que esta prueba se aplica para contrastar la igualdad de medias de tres o más poblaciones independientes. Por otro lado, en el análisis de los dos grupos según género se utilizó la U de Mann-Whitney para muestras independientes. Para todos estos análisis de datos se fijó la significatividad en $p < 0,05$.

3. Resultados

Los datos descriptivos de la variable calidad de vida, sus 8 dimensiones y los componentes físico y mental, para toda la muestra del estudio, se presentan en la *tabla 8*. Además de la media y la desviación estándar, se muestra la mediana y el rango intercuartil como valores característicos en muestras no paramétricas. En la *tabla 6* se observa que la muestra obtiene un valor muy alto en Función social, destacando notablemente por encima del resto de valores. Por el contrario, las dimensiones de Rol físico y Salud general son las de inferior valor, lo que se refleja en la baja puntuación del componente físico.

Tabla 8

Valores descriptivos de la muestra

Dimensiones de la variable	Media (n=213)	DE	Mediana	Rango
FF	76,52	20,02	80	100
RF	55,98	34,91	50	100
DC	69,24	22,40	70	100
SG	63,28	15,68	65	65
VT	70,79	19,15	75	100
FS	90,39	13,83	100	65
RE	73,74	32,70	100	100
SM	78,42	16,09	80	76
CSF	61,45	22,62	62,97	100
CSM	77,50	21,20	83,75	85,57
CV	69,99	14,39	71,16	79,24

Nota. FF: Función física; RF: Rol físico; DC: Dolor corporal; SG: Salud general; VT: Vitalidad; FS: Función social; RE: Rol emocional; SM: Salud mental; CSF: Componente sumario físico; CSM: Componente sumario mental; CV: Calidad de vida.

3.1. Relación de resultados diferenciados por grupos de edad

La *tabla 9* presenta la distribución de la muestra por grupos de edad, a través del análisis estadístico H de Kruskal-Wallis.

En primer lugar, los valores medios de cada grupo de edad muestran que los adultos mayores entre 60-64 años obtienen los valores más bajos de manera destacada en Rol físico, y después, en Salud general y Dolor corporal, lo que hizo que su valor del CSF fuera muy bajo. En el resto de dimensiones, este grupo obtuvo muy buenas puntuaciones, a destacar la Función social con un excelente valor (90,63).

El segundo grupo de edad (65-69) logró valores muy similares al anterior y siguió la misma tendencia en cuanto a orden de peores a mejores resultados, nuevamente las dimensiones con menor puntuación fueron Rol físico, Salud general y Dolor corporal, por consiguiente, alcanzó un bajo resultado en el CSF. Igualmente, a destacar positivamente, la Función social (89,92).

Dentro del tercer grupo de edad (70-74) se dio una tendencia parecida en los resultados siendo los valores en Rol físico y Salud general los más bajos, al igual que la puntuación del CSF. También se obtuvieron peores datos en Vitalidad y en Rol emocional. Nuevamente, como en los anteriores grupos de edad, la Función social fue el mejor resultado (90,00).

En el cuarto grupo de edad (75-79) se dieron los resultados inferiores como en el grupo anterior en las mismas dimensiones (Rol físico y Salud general) y CSF. Por el contrario, obtuvo buenos resultados en Función física (80,00) y social (92,16).

El grupo de mayor edad (+80) reflejó valores inferiores en las primeras dimensiones del cuestionario, por lo que su valor del CSF fue muy bajo, al igual que en la Calidad de vida, pero obtuvo excelentes resultados en Rol emocional (81,81) y en el CSM (83,04).

Observando los valores entre los cinco grupos de edad, se ven valores muy parejos entre los cuatro primeros grupos, pero el último grupo de edad (+80) reflejó valores inferiores en casi todas las dimensiones, especialmente, en las primeras, aquellas que son más físicas: Rol físico (50,00), Dolor corporal (56,81) y Salud general (55,00). Por el contrario, sus valores en el CSM fueron más altos que el resto (83,04).

En conclusión, las dimensiones con mayor probabilidad de mejora serán las mismas en todos ellos, Rol físico y Salud general, al igual que el CSF, ya que se tuvieron unos valores muy bajos. Por el contrario, como mejores valores, también se observaron datos muy parejos entre todos los grupos de edad, siendo la Función social y la Salud mental, las dimensiones con los resultados más positivos de todos los grupos de edad.

A su vez, también es reseñable destacar la importante diferencia que se dio entre los valores que se obtuvieron en los componentes físico y mental, especialmente, en el grupo de mayor edad (+80) con valores diferenciados por casi 40 puntos (47,88 y 83,04).

No obstante, a pesar de las diferencias indicadas, especialmente, con respecto al último grupo de edad (+80), según los datos que se obtuvieron y tras el análisis de medias H de Kruskal-Wallis, no se dieron diferencias significativas entre los distintos grupos de edad en ninguna de las dimensiones ni componentes físico y mental ni en el cómputo global de Calidad de vida.

Tabla 9

Valores medios, desviación estándar y análisis *H* de Kruskal-Wallis por grupos de edad

Dimensiones de la variable	60-64 (n=75)	65-69 (n=68)	70-74 (n=35)	75-79 (n=24)	+80 (n=11)	<i>H</i>	gl	<i>P</i>
FF	76,66(17,50)	75,88(21,87)	77,28(22,27)	80,00(16,55)	69,54(24,94)	1,930	4	,749
RF	56,26(34,68)	56,17(35,48)	56,00(35,49)	57,29(35,72)	50,00(35,35)	,422	4	,981
DC	67,46(19,54)	69,85(24,26)	71,78(23,99)	75,10(21,65)	56,81(23,18)	7,100	4	,131
SG	63,53(16,29)	63,75(16,12)	62,42(15,06)	66,25(15,62)	55,00(08,66)	5,012	4	,286
VT	72,13(19,22)	72,50(18,27)	67,71(20,12)	77,50(20,69)	61,81(17,06)	4,367	4	,359
FS	90,63(13,84)	89,92(15,12)	90,00(14,12)	92,16(09,42)	89,09(14,67)	,515	4	,972
RE	75,99(31,09)	73,69(33,83)	67,99(33,87)	71,52(30,02)	81,81(40,45)	3,205	4	,524
SM	79,30(16,19)	78,82(17,04)	75,77(14,90)	78,66(16,75)	77,81(13,06)	1,980	4	,739
CSF	60,52(20,23)	61,58(23,88)	64,01(24,85)	66,50(21,76)	47,88(22,65)	5,859	4	,210
CSM	79,93(18,79)	77,39(55,54)	72,46(21,38)	74,99(23,10)	83,04(23,41)	4,266	4	,371
CV	70,29(14,30)	70,62(14,82)	68,58(14,29)	71,51(13,27)	65,15(16,17)	1,856	4	,762

Nota. FF: Función física; RF: Rol físico; DC: Dolor corporal; SG: Salud general; VT: Vitalidad; FS: Función social; RE: Rol emocional; SM: Salud mental; CSF: Componente sumario físico; CSM: Componente sumario mental; CV: Calidad de vida.

3.2. Relación de resultados diferenciados por género

Como se observa en la *tabla 10* los datos sobre la calidad de vida por género, no muestran diferencias significativas en ninguno de los valores entre ambos grupos.

A través del análisis de la U de Mann-Whitney para muestras independientes, los hombres tuvieron medias superiores en casi todas las dimensiones del cuestionario, en el CSM y en el conjunto de la Calidad de vida. La muestra de mujeres solo superó a los hombres en Salud general, Función social y en el CSF.

Es de reseñar que fueron valores muy parejos y con escasas diferencias entre ambos grupos, a excepción de Vitalidad, Rol emocional y CSM. Tanto en mujeres como en hombres, los valores más bajos se dieron de manera destacada, en las dimensiones de Rol físico, Salud general y en el CSF. Por el contrario, los mejores datos fueron en Función social, Salud mental y CSM.

Al igual que sucedió en el análisis por grupos de edad, entre géneros destaca la importante diferencia que existió en los dos componentes (físico 60,93 y mental 80,06 en hombres) y, en mujeres, (físico 61,52 y mental 77,14), aun así, como ya dijimos anteriormente, sin encontrarse diferencias significativas.

Tabla 10*Valores medios, desviación estándar y análisis U de Mann-Whitney por género*

Dimensiones de la variable	Hombres (n=26)	Mujeres (n=187)	u	p
FF	77,30(22,59)	76,41(19,70)	2241,00	,517
RF	56,73(34,32)	55,88(35,09)	2408,00	,936
DC	69,32(18,41)	69,23(22,94)	2381,00	,864
SG	62,30(14,57)	63,42(15,86)	2297,50	,649
VT	74,23(15,91)	70,32(19,55)	2200,00	,431
FS	89,90(12,71)	90,46(14,01)	2293,00	,607
RE	76,92(34,98)	73,30(32,44)	2224,00	,438
SM	79,84(16,68)	78,22(16,04)	2260,50	,561
CSF	60,93(22,74)	61,52(22,66)	2415,00	,957
CSM	80,06(18,54)	77,14(21,56)	2318,50	,702
CV	71,22(14,29)	69,81(14,43)	2287,50	,626

Nota. FF: Función física; RF: Rol físico; DC: Dolor corporal; SG: Salud general; VT: Vitalidad; FS: Función social; RE: Rol emocional; SM: Salud mental; CSF: Componente sumario físico; CSM: Componente sumario mental; CV: Calidad de vida.

4. Discusión

La discusión se plantea a partir de los resultados obtenidos y las hipótesis de partida de este estudio. Para ello, los resultados más relevantes se han comparado con estudios que emplean el mismo instrumento (SF-36); con otras investigaciones que utilizan diferentes medidas objetivas y cuestionarios; y, con autores que, aunque no utilizaron las mismas variables, sí han podido ayudarnos a comprender mejor los resultados.

Hipótesis 1^a: La participación de adultos mayores en programas de actividad física es mayor entre el género femenino que en el masculino, tal y como reflejan otros estudios (Colom et al., 2014; Gómez-Cabello et al., 2018; López-Téllez et al., 2012; Pernambuco et al., 2012; Skropeta et al., 2014; Tamari et al., 2011).

Con respecto a la primera hipótesis, efectivamente la diferencia de género de los adultos mayores de la muestra es notable, se observa que hay una mayor participación femenina (87,79%) tal y como sucede en otros programas de AF en este grupo poblacional (Colom et al., 2014-88%; Gómez-Cabello et al., 2018-78,57%; López-Téllez et al., 2012-93%; Pernambuco et al., 2012-80,39%; Skropeta et al., 2014-89,58%; Tamari et al., 2011-81%). Por tanto, es muy reseñable la tremenda diferencia que existe dentro de la práctica de AF entre ambos sexos.

Hay que conocer los factores motivacionales y de adhesión que llevan a las personas de estas edades a seguir programas de AF, incluyendo diferenciaciones según sexo, para crear pautas de actuación en las instituciones promotoras de estas actividades que lleven a la participación de ambos sexos en ellas (Martín, Moscoso & Pedrajas, 2013; Martín & Piedra, 2017; Moreno, Marcos & Huéscar, 2016; Moya & Vargas, 2019; Salgado, 2018).

En algunas investigaciones se ha indicado la mejora de la salud como motivación principal en las mujeres para practicar AF (García Ferrando, 2006; García & Llopis, 2011; Gill et al., 1996; Kilpatrick, Hebert & Bartholomew, 2005; Koivula, 1999; Moreno, Marcos & Huéscar, 2016). Otro de los motivos que más valor otorgan las mujeres es el carácter social (Martín, Moscoso & Pedrajas, 2013; Salgado, 2018). Igualmente, la mejora de la apariencia física es una razón importante en las mujeres para participar en actividades físico-deportivas (Hellín et al., 2004; Martínez López, 2003; Martín et al., 2014).

Por otro lado, en los hombres existe mayor diversidad de resultados, algunos estudios otorgan la principal motivación al estar en mejor forma (Salgado, 2018), otros en cambio, señalan a la importancia de la práctica laboral o profesional anterior para llevar a cabo otra práctica actual de similares características (Martín, Moscoso & Pedrajas, 2013). El elemento lúdico, de empleo del tiempo y el gusto por el deporte son las razones que extraen García y Llopis (2011) sobre los intereses principales de los hombres. Más rotundos son los resultados aportados por Martín et al. (2010), los cuales expusieron que la población masculina, mayormente, no tiene interés por realizar AF ni otras actividades intelectuales, ya que sus preferencias se centran en juegos de azar con sus allegados. Una de las principales razones que daban era la exigencia física que habían sufrido en el mundo laboral y que no deseaban hacer tareas en esa línea. Otra opinión muy generalizada de los hombres es que no ven el futuro a largo plazo sino el día a día y, por tanto, prefieren disfrutar de lo que les gusta sin mayor preocupación, ni física ni mental (Amorós et al., 2006).

Hipótesis 2ª: Los niveles de calidad de vida relacionada con la salud junto con sus dimensiones y componentes (físico y mental), como otros estudios demuestran (Cakar et al., 2010; Gallegos et al., 2019; Kovacs et al., 2013; Martínez et al., 2013; Salguero et al., 2011), no muestran diferencias significativas con respecto al género y a la edad en adultos mayores.

La segunda hipótesis del estudio es afirmativa, coincidiendo con otros estudios, en la no existencia de diferencias significativas entre el género y la edad para la variable calidad de vida (Cakar et al., 2010; Gallegos et al., 2019; Kovacs et al., 2013; Martínez et al., 2013; Salguero et al., 2011).

Centrándonos en los resultados entre los grupos de edad, es coherente con la literatura que, el descenso en las puntuaciones asociado a la edad sea más acentuado en las escalas físicas y afecte levemente o nada a las escalas mentales y sociales (Blake et al., 2000; Hopman et al., 2000; Walters et al., 2001).

Así mismo, estudios anteriores también han obtenido idénticos resultados con respecto a la variable de la edad: cuanto mayor es la edad, más pérdida funcional a nivel físico existe (Henwood & Taaffe, 2006; Lobo et al., 2010; Spirduso, 2005; Winters-Stone & Snow, 2003). Este dato, hace pensar en actividades o estrategias (adaptación de materiales, menor carga física, ritmo de ejecución más lento, etc.) que puedan favorecer una mejora más importante en este grupo de edad (+80), sin perder la atención sobre el resto de los grupos.

Finalmente, dentro de las diferencias existentes entre hombres y mujeres, donde los primeros alcanzan mejores resultados que las féminas, en la misma línea de otros estudios que también obtuvieron estos resultados (Aghamolaei et al., 2011; Franzen et al., 2007; Guallar et al., 2004; Mazloomymahmoodabad et al., 2014). Entre las razones que estos autores argumentan para que las mujeres tengan inferiores resultados a los hombres se

encuentran: un menor nivel de educación, el hecho de casarse más jóvenes que los hombres, realizar tareas domésticas agotadoras, ser ama de casa, tener menores ingresos económicos, peor acceso a la asistencia sanitaria.

Hipótesis 3ª: La muestra obtiene valores de calidad de vida relacionada con la salud similares a otros estudios de adultos mayores que realizan actividad física (Campos et al., 2015; Gómez-Cabello et al., 2018; Guallar et al., 2004; Herazo et al., 2019; Jodra et al., 2019; León-Olivares, 2019; Martínez et al., 2013; Salguero et al., 2011).

Analizando los resultados del conjunto de la muestra, se observa el bajo valor presente en Rol físico y emocional comparado con otros estudios (Campos et al., 2015; Gómez-Cabello et al., 2018; Guallar et al., 2004; Jodra, 2019; León-Olivares, 2019; Martínez et al., 2013).

Tal y como se menciona en estudios anteriores, Elosua (2010), Freire (2007) e Isorna (2014) ambas dimensiones (Rol físico y emocional) son importantes a la hora de tenerlas en cuenta como factores de desarrollo de la calidad de vida y, por lo tanto, a la hora del diseño del programa enriquecido va a ser cometido principal el incidir sobre ambas para mejorarlas.

Por otro lado, se obtiene un valor muy similar a otros trabajos en la dimensión de Dolor corporal, (Campos et al., 2015; Herazo et al., 2019; León-Olivares et al., 2019).

En cambio, en Función física, hay estudios principales con valores inferiores a la muestra (Herazo et al., 2017; López-Téllez et al., 2012) y otras investigaciones con valores similares (León-Olivares et al., 2019; Martínez et al., 2013).

En Salud general y Vitalidad, se obtienen valores muy superiores comparando con (Gómez-Cabello et al., 2018; León-Olivares et al., 2019; López-Téllez et al., 2012); lo mismo sucede en Función social, (León-Olivares et al., 2019; López-Téllez et al., 2012; Martínez et

al., 2013); y, en Salud mental, (Campos et al., 2015; León-Olivares et al., 2019; López-Téllez et al., 2012; Martínez et al., 2013; Salguero et al., 2011).

Finalmente, en relación a los dos componentes sumario, físico y mental, la muestra obtiene valores muy superiores con los estudios que han extraído dichos datos (Herazo et al., 2017; Kwon et al., 2015; López-Téllez et al., 2012; Salguero et al., 2011).

Hipótesis 4^a: Los valores de calidad de vida relacionada con la salud de la muestra de adultos mayores participantes en el estudio son superiores a los obtenidos para población sedentaria española (López et al., 2003; Vilagut et al., 2005).

Se han comparado los resultados del estudio con otras investigaciones españolas referentes sobre población sedentaria de adultos mayores (López et al., 2003; Vilagut et al., 2008).

El estudio de población sedentaria (López et al., 2003) se ha utilizado como referente para comparar los resultados en otras investigaciones. Con respecto a la muestra del estudio, en Rol físico, es un valor muy por debajo de este estudio (73,3), al igual que sucede en Rol emocional (84,8). En Dolor corporal, es un valor similar al estudio referente de población sedentaria (68,4), mientras que en el resto de dimensiones los valores obtenidos son mucho más altos comparado con la población sedentaria.

Igualmente, según Vilagut et al. (2008), desglosando cada una de las dimensiones que evalúa el cuestionario SF-36 los resultados obtenidos dicen:

- Función física (FF): se aprecia un valor alto (76,52), posiblemente por tratarse de una muestra que realiza frecuentemente AF desde hace años. Tener altas puntuaciones implica que los adultos mayores pueden llevar a cabo todo tipo de actividades físicas sin limitación por su salud.

- Rol físico (RF): por el contrario, este valor es muy bajo (55,98), a pesar de tener una gran funcionalidad física, los adultos mayores tienen graves problemas en sus actividades diarias. Tener bajas puntuaciones en esta dimensión implica padecer problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a la salud física.
- Dolor corporal (DC): un valor aceptable (69,24), sus puntuaciones se interpretan como dolor moderado o leve y no limitante.
- Salud general (SG): es bajo el valor de la muestra (63,28) con respecto a otros estudios, sus perspectivas de vida son regulares, esta baja puntuación indica que los adultos mayores califican su salud como regular.
- Vitalidad (VT): es elevada (70,79), los adultos mayores de la muestra tienen más energía y menor cansancio para afrontar su etapa actual de vida. Implica se sienten dinámicos todo el tiempo.
- Función social (FS): tiene un valor muy alto (90,39). Se interpreta que el adulto mayor lleva a cabo las actividades sociales sin ninguna interferencia debida a problemas físicos o emocionales.
- Rol emocional (RE): la muestra tiene un resultado aceptable (73,74), los problemas emocionales a estos adultos mayores no les afectan en su día a día. No tienen graves problemas en el trabajo o en otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
- Salud mental (SM): resultados bastante elevados (78,42), los adultos mayores tienen mayor bienestar, menor ansiedad o depresión. Las puntuaciones altas se interpretan como que el adulto mayor tiene sentimientos de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.

Por tanto, se han obtenido unos resultados altos en la mayoría de las dimensiones y en ambos componentes, físico y mental. No obstante, existen dimensiones con mayor margen de mejora (Rol físico, Salud general y Rol emocional), pero no se pueden centrar las tareas exclusivamente sobre ellas, sino que se debe realizar un trabajo global de conjunto.

Tal y como diversos autores afirman (Acree et al., 2006; Chaves et al., 2017; Diegelmann et al., 2018; Millones & Zapata, 2019) esta globalidad es un elemento característico del concepto de calidad de vida por los diversos factores (sociales, económicos, físicos, afectivos) que la conforman (Fernández Ballesteros, 2009; Lima et al., 2009).

Igualmente, los adultos mayores se ven influenciados por algunos condicionantes: estado de ánimo y autoestima (Bohórquez, Lorenzo & García, 2014; Calero et al., 2016; Sáenz & Arciniegas, 2019); depresión, ansiedad y estrés de la vida cotidiana (Dantas et al., 2020; Kravitz, 2007; Jiménez, Martínez, Miró & Sánchez, 2008; Palmer et al., 2005; Park, Han & Kang, 2014); interacción social, convivencia y socialización (Barceló, 2015; Justine, 2010; Madrigal, 2010) que pueden ser superados con intervenciones en especial desde el ámbito de la AF (Battaglia et al., 2016; Blom et al., 2019; Chakravarty, Hubert, Lingala & Fies, 2008; De Lira et al., 2018; De Oliveira et al., 2019).

Esta evaluación diagnóstica nos ha permitido conocer los valores iniciales de calidad de vida relacionada con la salud en los participantes de la intervención. Dicho proceso es un aspecto fundamental para que pueda adaptarse el diseño de la intervención al contexto de aplicación específico de la misma (Corella, 2018; Gittelsohn et al., 1995; Kumanyika et al., 2003; Murillo et al., 2014; Pinoargote, 2013; Sallis, Owen & Fisher, 2015; Sanchís, 2017; Sevil, 2018; Universidad de Deusto, 2013).

**CAPÍTULO III. ESTUDIO II: ¿CÓMO ENRIQUECER UN PROGRAMA DE
PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA MEJORA DE CALIDAD DE
VIDA? PERSPECTIVA DE LOS ADULTOS MAYORES**

Lista de Contenidos

1. Introducción y Objetivo

2. Metodología

2.1. Diseño del estudio

2.2. Participantes del estudio

2.3. Procedimiento desarrollado en el estudio

2.4. Proceso de análisis de datos

3. Resultados

3.1. Identificamos nuestros propios activos de salud

3.2. Importancia de la calidad de vida en el día a día

3.3. La educación del ocio como punto de partida hacia el envejecimiento activo

4. Discusión

1. Introducción y Objetivo

Existen infinidad de intervenciones recientes en adultos mayores desde la práctica de la AF con el objetivo de mejorar su calidad de vida (Battaglia et al., 2016; Bendikova & Bartik, 2015; Bohórquez, Lorenzo & García, 2014; Clarke et al., 2017; Clifford et al., 2014; Dantas et al., 2020; De Oliveira et al., 2019; Krzepota, Biernat & Florkiewicz, 2015; Langlois et al., 2012; Martín-Cilleros et al., 2019; Oviedo & Bueno, 2015; Park, Han & Kang, 2014). Pero como señalan algunos autores, se observa una enorme diferencia existente entre la práctica y la investigación (Green & Glasgow, 2006; Starfield, 1998; Thompson et al., 2005). Esta diferencia se intenta minimizar con la búsqueda de enfoques más integrales y multidisciplinarios para no solo evaluar la eficacia de las intervenciones (Cohen, Manion & Morrison, 2018; Damschroder & Lowery, 2013; Hendricks et al., 2013; Jalali, et al., 2019; Oldenburg et al., 1997; Sweet et al., 2014).

Para ello, uno de los modelos de planificación y evaluación cada vez más extendido en el ámbito de las intervenciones para mejorar los comportamientos relacionados con la salud es el denominado marco RE-AIM (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance) [Alcance, Efectividad/Eficacia, Adopción, Implementación, Mantenimiento], creado por Glasgow, Vogt y Boles (1999), el cual fue desarrollado con el fin de facilitar la transferencia de la teoría a la práctica (Glasgow et al., 2019).

Igualmente, en muchas ocasiones las intervenciones las diseñan agentes externos o investigadores, o no se transmiten los resultados, dejando su investigación sin la pretensión de la sostenibilidad del proyecto en el sistema o contexto en el que se integra, siendo un proceso básico de la intervención (Ballew et al., 2010; Brownson et al., 2007; Mayer et al., 2000; Rogers, 2003).

Por ello, se debe diseñar una intervención con unas características propias e invariables, y a la vez, lograr el objetivo de aportar a los participantes del estudio una mejora de la salud y de la calidad de vida (Cofiño et al., 2005; Eriksson & Lindström, 2008; Granizo & Gállego, 2007; OMS, 1986; Rivera et al., 2011) y una mayor motivación, participación, autonomía, empoderamiento (Colomer & Álvarez, 2001; Frenk et al., 2010; Minkler, Wallerstein & Wilson, 2008; Restrepo, 2000). Es decir, alcanzar un nivel superior de compromiso con los adultos mayores para intervenir en ellos y con ellos.

Algunas características importantes de una intervención van a ser, por un lado, la promoción del empoderamiento de los adultos mayores (Hutchinson & Wexler, 2007; Liechty et al., 2012; Sawchuk, 2009; Wood & Danylchuk, 2011; Yarnal, Son & Liechty, 2011). Autores como Pardo (2016), indican su relevancia ya que se debe permitir que este grupo poblacional tome decisiones sobre su vida, hay que tener en cuenta sus opiniones y lograr fomentar su integración en la sociedad. Falagán (2018) plasma algunas pautas para lograr ese empoderamiento en las intervenciones con adultos mayores: aumento del activismo social, político y cultural; prevención y promoción de la salud mediante intervenciones con AF, alimentación, etc.; educación permanente para aumentar las relaciones sociales; el uso de TICS; mayor número de actividades de ocio; y, mayor presencia en el marco político.

Igualmente, otro factor reseñable es la implicación de la propia organización del área de deportes buscando la participación de toda la comunidad, en la línea de otros estudios que indican esta importancia de la comunidad que rodea a la intervención de forma que así se generará un mayor éxito de la misma (Cashman et al., 2008; Greenhalgh et al., 2016; Jones et al., 2008; Leemrijse et al., 2015; Leenaars et al., 2016; Minkler et al., 2008; Sims-Gould et al., 2020; Titze et al., 2019; Wallerstein & Duran, 2010). Solo así, se consigue una efectividad que aumente la participación de todo el conjunto y de los adultos mayores.

Con objeto de aumentar la relación con el resto de la comunidad, elemento característico del modelo Bio-social-ecológico (Sallis, Owen & Fisher, 2008; Sánchez-Casado et al., 2017; Trost et al., 2002), resulta importante el desarrollo en la identificación y el uso de activos o recursos de salud (Botello et al., 2013; Cofiño et al., 2016; Hernán, Morgan & Mena, 2013; Hernán, Cardo & Barranco, 2018; Hernán et al., 2019; Morgan & Hernán, 2015; Rivas, 2017; Sánchez-Casado, 2017; Suarez et al., 2014; Vera-Remartínez et al., 2017).

A su vez, otros autores señalan la necesidad de los adultos mayores de estar en constante desarrollo educativo mediante la participación en actividades de apoyo social lo que ayudará a mejorar su calidad de vida (Alfonso et al., 2016; Arias, 2013; Briones, 2013; Falagán, 2018; López, Padilla & Martínez, 2013).

Así mismo, otras investigaciones con adultos mayores han demostrado la importancia del ocio y en concreto, de un ocio relacionado con la AF y el envejecimiento activo, que lleva a un mejor sentimiento de bienestar físico y mental. Jaime y Monteagudo (2015) determinaron que las actividades de ocio relacionadas con la AF y el deporte alcanzan el mayor porcentaje de deseo en este grupo poblacional (31,8%). A su vez, diversos autores (Bradley, 1999; Cuenca, 2007; Lund & Engelsrud, 2008; Monteagudo, 2004; Netz et al., 2005; Nimrod & Janke, 2012) apuntan la necesidad de que el ocio se convierta en un factor de desarrollo personal positivo.

Lazcano, Madariaga y Doistua (2010) ven el ocio más allá de la ocupación del tiempo libre, buscando un sentido humanista, que es la actual línea de conceptualización en el siglo XXI. Igualmente, Vaillant (2002) en su investigación del ocio, indica que éste contribuye a la consolidación del sentimiento de implicación vital entre los adultos mayores y resulta esencial para el envejecimiento activo.

De esta forma, si se quiere generar una situación más real y conseguir que las áreas de deportes municipales puedan continuar con la intervención a posteriori, se tiene que proporcionar más autonomía y empoderamiento. Con esto, se consigue que los profesionales de la AF estén más motivados, se impliquen más y sean capaces de llevar la intervención a mayores niveles con la ayuda de diseños enriquecidos (Cuadra-Peralta et al., 2016; Gañán & Villafruela, 2015; Kwon et al., 2015; Lee et al., 2009; López-Téllez et al., 2012; Schmitt et al., 2010; Teri et al., 2011; Vivaldi, 2012; Wilhelmson et al., 2005).

Estos diseños, pasan por hacer una evaluación diagnóstica que muestre la opinión de los implicados en el programa, proporcione información o datos útiles a los investigadores, y ayuden en los diseños y las aplicaciones de los programas de intervención posteriores (Boaz et al., 2018; Cavill et al., 2012; Gill et al., 2013; Gittelsohn et al., 1995; Jull, Giles & Graham, 2017; Kumanyika et al., 2003; Langley, Wolstenholme & Cooke, 2018; McKay, Nettlefold & Bauman, 2018; Universidad de Deusto, 2013). Así, las opiniones presentadas por los adultos mayores participantes resultarán cruciales en el diseño de futuras intervenciones como indican algunos autores (Aviñó et al., 2014; Gibson, 2006; Gill et al., 2013; McGuire, 2000; Sims-Gould et al., 2020; Tkatch et al., 2017).

Por lo tanto, el objetivo general de este estudio se centra en completar, junto con el estudio I, el primer objetivo de la investigación: “describir y analizar la calidad de vida y la forma de promocionarla desde la educación del ocio”. Para ello, el objetivo específico de este estudio fue: “comprender las percepciones y opiniones de los adultos mayores, con la intención de obtener unas líneas básicas de actuación que permitan realizar de la forma más apropiada los programas municipales de promoción de la AF hacia la mejora de la calidad de vida”.

2. Metodología

2.1. Diseño del estudio

Este estudio presenta un diseño cualitativo, descriptivo e interpretativo utilizando como método de investigación, el grupo focal. Otros estudios han empleado también con éxito esta técnica para conocer las perspectivas de los adultos mayores (Aristegui, 2012; Cuenca, 2015; Gill et al., 2013; Liechty & Genoa, 2013; Lopes, 2018; Stewart, Shamdasani & Rook, 2009; Tkatch et al., 2017).

2.2. Participantes del estudio

Los participantes de este estudio pertenecían a la localidad de Utebo y su barrio Malpica, que fueron asignadas como grupo experimental del programa municipal de actividades deportivas que se pretendía enriquecer. Los programas municipales se seleccionaron a partir de los siguientes criterios:

- mayor tamaño de la muestra al inicio del estudio;
- mayor experiencia en programas y actividades para adultos mayores; y,
- sensibilidad hacia la temática del estudio.

En primer lugar, se realizó una reunión con los coordinadores y técnicos municipales que gestionaban y desarrollaban el programa de actividades deportivas que iba a ser enriquecido, para valorar con ellos la selección de los participantes en el grupo focal. Se estableció así una muestra no aleatoria e intencional. El criterio para la selección de los participantes fue que hubiera una representación equitativa de adultos mayores de las diferentes edades y de ambos sexos (a pesar de que la muestra de mujeres en el estudio era mucho mayor). Finalmente, participaron 14 adultos mayores (11 mujeres y 3 hombres).

2.3. Procedimiento desarrollado en el estudio

El grupo focal se llevó a cabo unas semanas antes de iniciarse el programa enriquecido. Previamente, se realizó un estudio piloto con un grupo de adultos mayores, para así comprobar la eficacia del método, la comprensión del mismo y la orientación de las preguntas.

Sobre la base de un guión semi-estructurado, con preguntas agrupadas por temas y con cuestiones relevantes para el estudio, el moderador podía introducir con cierta flexibilidad temas que creyera importantes. Las ideas básicas que se trataron en el grupo focal se eligieron del contenido del marco teórico y de las propuestas que surgían durante las discusiones de trabajo de los investigadores con los coordinadores y técnicos. Básicamente, se agruparon en tres categorías: Calidad de vida, Educación del ocio y Activos de salud.

Teniendo en cuenta la opinión de otros autores (Carvalho, Beraldo, Pedrosa & Coelho, 2004), la calidad de los datos obtenidos en un grupo focal depende, en gran medida, de la relación entre el moderador y los participantes, por lo que fue importante transmitir confianza, seguridad, facilitar las respuestas, reconducir o explicar, detalladamente, durante la realización del mismo. Igualmente, con objeto de obtener la información más correcta de los adultos mayores, el investigador presentó este proceso de la evaluación diagnóstica como parte de un estudio sobre cómo mejorar la calidad de vida a través de la promoción de la AF.

El grupo focal permitió recabar las opiniones de los adultos mayores acerca de la condición física, la salud, la satisfacción en la vida, las percepciones y visión que tienen respecto a su calidad de vida, así como, identificar sus motivaciones, sus necesidades de actividades para el programa de intervención que les iban a permitir ocupar su tiempo de ocio, su disponibilidad temporal, sus deseos e intereses, en definitiva, su vida.

La duración de la sesión fue de, aproximadamente, 60 minutos y tras comentar el protocolo del desarrollo de la misma se procedió a la grabación del audio previo consentimiento de los presentes, esta grabación posibilitó más adelante realizar la transcripción con mayor precisión.

El Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) también revisó y aprobó el estudio.

En la *tabla 11* se indican las fases más significativas del presente estudio. Hay que resaltar que los técnicos y coordinadores deportivos y, sobre todo, los adultos mayores participaron, de forma continua, en el desarrollo de las diferentes fases del estudio.

Tabla 11

Temporalización de las fases del estudio

FASES	DESCRIPCIÓN	AÑO
Fase I	Planteamiento del problema del estudio. Definición del objeto de estudio.	Noviembre/15
Fase II	Revisión bibliográfica de la literatura relativa al objeto de estudio y desarrollo del marco conceptual.	Enero- Diciembre/16
Fase III	Elección de las variables y selección del instrumento para la medición de las variables.	Enero/17
Fase IV	Localización y selección de los participantes del estudio.	Mayo/17
Fase V	Toma de datos iniciales para el estudio.	Octubre/17
Fase VI	Análisis de los datos y redacción del informe.	Diciembre/17
Fase VII	Presentación de los resultados.	Febrero/18

Fase I. Planteamiento y objeto de estudio: se trata de una fase inicial en la que se recopilaron las evidencias científicas existentes hasta el momento creando la base que nos serviría para asentar la investigación. Se diseñó el proyecto de investigación.

Fase II. Revisión bibliográfica: en esta segunda fase se efectuó una extensa revisión bibliográfica a nivel nacional e internacional, en busca del conocimiento y apoyo teórico necesario para el estudio.

Fase III. Selección de variables e instrumentos: después de analizar la literatura al respecto, se distinguió la variable y el instrumento (grupo focal) que tuviera la capacidad de aportar información sobre la calidad de vida, la educación del ocio y los activos de salud.

Fase IV. Selección de los participantes y permisos: en esta fase se seleccionaron a los participantes. Primeramente, se buscaron adultos mayores de ambos subgrupos que formaban el grupo experimental. Una vez reclutados los participantes se terminó de diseñar el proyecto y con ello, ser presentado para su aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA).

Fase V. Trabajo de campo y recogida de datos: alcanzadas las fases previas, se dio comienzo al trabajo de campo y la realización del grupo focal con los adultos mayores. Se buscó una investigación descriptiva, que definiera la situación actual sobre los conceptos planteados.

Fase VI. Análisis de datos y redacción del informe: una vez finalizada la fase anterior, se transcribieron los datos cualitativos mediante el software Nvivo 11.0.

Fase VII. Presentación de los resultados: en esta fase se procedió a la presentación de los resultados, tanto al equipo de trabajo como a los adultos mayores, lo que permitió tener la información necesaria para el diseño del programa enriquecido.

2.4. Proceso de análisis de los datos

En primer lugar, se llevó a cabo la revisión de la transcripción del grupo focal, realizándose un análisis de contenido cualitativo. Este proceso siguió un procedimiento mixto combinándose dos estrategias (Creswell, 2009): la inductiva, que permitió identificar aquellos

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

aspectos significativos y dominantes que surgían de los datos proporcionados por los participantes; y la deductiva, realizada a partir de la selección de conceptos teóricos clave del modelo Bio-social-ecológico y de Activos de salud y la Teoría de la Salutogénesis, como guía para identificar los temas principales del análisis. En consecuencia, el sistema de categorías construidas a partir de los datos obtenidos mediante continuas lecturas, codificaciones y comparaciones de los mismos, para identificar patrones comunes, fue creado en torno a temas claves a los modelos teóricos de la investigación que guiarían el diseño del programa enriquecido (*ver apéndice 8*). La adecuación e integridad del sistema de codificación se aseguró contrastando todo el proceso con dos expertas académicas en el campo de la AF.

La categorización de los datos (*ver tabla 12*) fue realizada con el apoyo del programa Nvivo (Versión 11.0), que nos permitió almacenar, organizar, recuperar y exportar los datos de manera eficiente. A partir de ahí, a la interpretación de los datos le siguió el diseño de líneas de actuación para la posterior intervención.

Tabla 12

Dimensión, categorías e indicadores del grupo focal

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES
1. Oportunidades y enfoques para enriquecer una intervención	1.1. Activos de salud	1.1.1. Personas
		1.1.2. Social
		1.1.3. Económico
		1.1.4. Cultural
		1.1.5. Organizaciones
		1.1.6. Espacios físicos
	1.2. Calidad de vida	1.2.1. Concepto e importancia
		1.2.2. Percepción de su nivel de calidad de vida
	1.3. Educación del ocio	1.3.1. Concepto e importancia
1.3.2. Relación con el envejecimiento activo		

3. Resultados

Los resultados del grupo focal se organizaron a partir de las tres categorías y de los indicadores de estudio. Se obtuvo un total de 307 argumentos (*ver tabla 13*), siendo mayor la participación en la categoría de Calidad de vida (134) y de Activos de salud (128), frente a los obtenidos sobre la categoría de Educación del ocio con 45 referencias. Estos datos presentan los puntos clave para enriquecer la intervención y responder al objetivo de este estudio. Además, se aseguró el anonimato de los participantes por lo que sus nombres no aparecen en las citas textuales utilizadas.

Tabla 13

Número de referencias surgidas en las categorías

CATEGORÍAS	N.º REFERENCIAS
Activos de salud	128
Calidad de vida	134
Educación del ocio	45
Totales	307

3.1. *Identificamos nuestros propios activos de salud*

Dentro de cada una de las categorías mencionadas se incluyen los diferentes indicadores que permiten la clasificación todavía mayor de los diferentes argumentos aportados por los participantes.

En primer lugar, sobre el indicador “personas”, los adultos mayores expresaron sentimientos y pensamientos positivos hacia la importancia de la salud: *“el ver las cosas de otra manera no tan negativo, es positivar como decía antes de que seamos positivos”* (Varón); *“me gustaría seguir teniendo entusiasmo, la pasión, seguir viviendo la vida, me encanta la vida, eso es lo que quiero seguir siendo, ya soy mayor y quiero estar así, quiero seguir así, tener esa ilusión (Mujer).*

Además de la importancia de la salud, principalmente las mujeres, indicaron que la salud se relaciona con diferentes aspectos y oportunidades (deporte, actividad física, alimentación, relaciones sociales, retos, superación): *“estar bien, comer bien, hacer deporte, es algo que llevamos dentro de nosotros” (Mujer); “cada día me levanto diciendo si puedo hacer algo más, llegar un poquito más, lo intentas y no puedes, pero yo me levanto a ver si puedo en todos los sentidos, en deporte, en tratar a los demás, si puedo llegar más que llegué ayer, mi lema es ese” (Mujer); “al estar bien podemos hacer de todo, lo mismo deporte, que cuidarse” (Mujer).*

También plasmaron cómo otras personas de su entorno, del municipio, familiares o los propios técnicos deportivos les ayudaban a estar más activos y a tener mayor salud: *“a mí estaba todo el día diciéndome (en referencia a uno de los técnicos deportivos), Nino que te estoy viendo, y es que me costaba, pasé un año malo, pero me fui animando y a raíz de ella y las que están aquí y las que no están pues te animan, sales adelante” (Varón); “estamos solos en casa, somos personas mayores, no tenemos los hijos, bueno algunos tenemos los nietos y los tenemos que atender, esto nos viene muy bien psicológicamente por lo menos a mí, los niños dan mucha energía” (Mujer); “al tener a los nietos, pues sales a pasear, al parque, juegas y esto nos viene muy bien para estar más activos” (Mujer).*

Dentro del siguiente indicador, en el ámbito “social” las relaciones con vecinos y personas del pueblo, les resultaban muy satisfactorias psicológicamente: *“la relación con otras gentes o personas, porque siempre se aprende de quien menos te esperas, siempre aprendes algo del que menos piensas, el poder ayudar a los demás, el convivir con los demás, yo para mí de verdad, ya estoy encantada” (Mujer).*

Otra de las ideas extraídas es que para ellos realizar AF en grupo, tanto hombres como mujeres, es percibido como una gran oportunidad para mejorar sus relaciones sociales y conocer mejor a las personas: *“la gimnasia, vienes con uno con otro, hablas, te cuentas, eso*

es vida” (Mujer); “la mente te cambia, ya te activas, te motivas” (Mujer); “en mi opinión pues hay muchas personas con las que no te hablas, pero vas a la gimnasia y te juntas y te das cuenta de que esa persona es lo más llana y agradable, sin embargo, a primera vista lo ves por la calle y te parece una persona muy seria y distante y eso pues te alegra mucho lo que has hecho, la amistad” (Varón).

Además, sobre todo las mujeres, argumentan que conseguir crear lazos de amistad es muy importante para favorecer un estado de ánimo positivo, de superación en el día a día y sobre todo en los momentos de debilidad: *“si llegan momentos de pesimismo hay que decir tengo que salir, tengo que tomar un café con las amiguitas, esa disposición de hacer, de voy a salir” (Mujer); “pasear con una amiga, esa conversación que tienes te puede aportar mucho” (Mujer).*

Normalmente, en la vejez las personas se desvinculan o se reduce la relación con las estructuras sociales, y eso para los adultos mayores influye negativamente. No sentirse vinculados a todo aquello que sigue ocurriendo en su entorno próximo les genera sentimientos negativos, porque generalmente para ellos gozar de la relación con los demás, como hemos visto en anteriores argumentos, es una garantía de salud: *“te sientes mal porque ya no estás dentro de la sociedad, de la familia, porque vas a visitar a casa de los hijos sientes que molestan que ya no se te ve bien” (Mujer); “no es todo rosa, hay que tener presente esa parte, para muchos sobramos ya y no estamos aquí” (Varón).*

En el siguiente indicador “instituciones u organizaciones” los organismos municipales eran un activo de salud muy válido, principalmente para los hombres. Sobre todo, por las actividades y programas que las áreas municipales de cultura, deporte, servicios sociales, etc. ofertan y proponen a los adultos mayores de sus localidades: *“en un sábado, no sé si se podría hacer aquí, estamos algunos que no hemos subido a la Torre de Utebo, la vemos todos los días y yo nunca he subido, pues hay un grupo de historia que lo enseña y la verdad*

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

es que puede ser muy interesante subir arriba a la torre” (Varón); “yo he estado compenetrando con el centro del Imserso y con la directora del centro de tercera edad y allí hacíamos una cantidad importante de actividades: primeros auxilios, manualidades, hay un montón de cosas que podríamos hacer también aquí, también hacíamos lectura” (Varón).

A su vez, opinan que los centros educativos, deportivos o culturales, principalmente en las mujeres generan sentimientos de fortaleza y superación: *“el pasar por el colegio, los niños jugando en el recreo, te transmiten energía y vitalidad” (Mujer); “el Servicio de Deportes de Utebo es un activo de salud” (Mujer); “yo por ejemplo nunca había leído un libro y me ponía a leer y me dormía y fui a la biblioteca y desde este verano llevo tres, te pones a leer, te metes en el libro, desconectas, lo dejas porque tienes que hacer otras cosas y estás pensando en volver a cogerlo y eso te ayuda muchísimo, yo soy disléxica y me costaba mucho y poco a poco, pues ya mejor y me relaja mucho” (Mujer).*

Otro de los indicadores que se consideraron para su contexto a la hora de programar el futuro diseño del programa fueron los “espacios físicos o naturales”, ya que son conocidos para ellos, los identifican con facilidad y los usan asiduamente: *“ir andando hasta la charca de Sobradiel y luego hacer un almuerzo con la gente de allí” (Varón); “elementos arquitectónicos como el Castellar, no tenemos un paredón y la vista alcanza muchísimo, hasta el horizonte, para mí también es un activo” (Mujer); “pasear por los campos, ir hasta la ribera del Ebro” (Varón).*

Igualmente, los elementos físicos de nuestra atmósfera terrestre que les generaban sentimientos de energía, fuerza, paz, ...: *“el cielo, yo no sé si miraréis vosotros, pero yo soy una enamorada de la luna me encanta ver sus fases, yo comento con mis amigas de Utebo y ni se dan cuenta y es que aquí sales y miras, se ve, caramba que bonito esta esto” (Mujer); “en mi pueblo, sí que es verdad que la gente se queda mirando la luna o el sol cuando se está poniendo, es como un momento muy bonito” (Mujer); “nosotros cuando estamos en el pueblo*

también salimos por la noche se ve la luna, las estrellas y es una satisfacción y una sensación de paz y el silencio” (Mujer).

Y consideran que los espacios naturales del entorno que ya conocen les podrían potenciar la salud y ser unos recursos muy válidos: *“a mí me gusta mucho andar por terrenos, por los sembrados, las plantas y me quedo mirando, me da alegría, me gusta mucho” (Mujer); “un parque para pasear tranquilos, una zona una huerta para visitar” (Varón).*

Dentro de la localidad son sabedores que existen espacios deportivos que no suelen usar y que podrían ser un activo: *“podríamos utilizar el gimnasio, hay máquinas para hacer cada uno lo que pueda y hacer como un reto o si estás en la bicicleta pues hoy en vez de hacer 5 km hacer 10, a ver, cuándo empieza a hacer frío a veces hacer cosas dentro está muy bien” (Mujer); “podíamos ir un sábado a la piscina cubierta” (Varón).*

Otro de los indicadores que era importante en el contexto del estudio era la “cultura”, las actividades culturales eran un importante estímulo de salud, principalmente para las mujeres: *“nosotras, por ejemplo, vamos a bailar, hacemos bailes en línea” (Mujer); “la lectura es un activo, porque te sientes mejor, te relajas, te hace soñar, desconectas, te metes en el libro” (Mujer); “pintar, eso te fortalece mucho porque la mente se te agiliza” (Mujer).*

Y, por último, hemos incluido el indicador relativo a la “economía”, para los adultos mayores este aspecto también les ayudaba en su salud: *“Llámalo como quieras, salud, ejercicio, el ir a comprar al Mercadona y todo” (Mujer); “Yo vivo aquí, y a veces cuando voy a comprar, cojo dos capazos charrando y se hace más llevadero el camino, te sientes mejor” (Varón).*

3.2. *Importancia de la calidad de vida en el día a día*

En este apartado los adultos mayores expusieron sus opiniones sobre diferentes aspectos relacionados con la calidad de vida, en primer lugar, sobre como ellos definen el concepto: *“pues lo es todo, porque estando bien podemos hacer de todo, lo mismo deporte, que cuidarse, es principal cuidarse” (Mujer); “la calidad de vida más bien es hacer ejercicios, hacer cosas que te pueden orientar, positivamente, en la vida con actividades o algo, en vez de que luego la cabeza se te vaya para otro lado, y al hacer ejercicio también pues enfermedades como el Alzheimer o demencia senil de momento se frenan” (Varón); “pues sí, estar bien, comer bien, hacer deporte y tener calidad de vida es algo que llevamos dentro de nosotros, el que quiere hacer cosas y las hace y el que no ...” (Mujer).*

Igualmente, las mujeres principalmente, destacaron la importancia de tener una buena salud y calidad de vida: *“si te encuentras bien haces deporte, limpias, limpias los cristales en casa, haces todo, pero si tú te encuentras bien, lo haces” (Mujer); “yo pienso que entra todo, encontrarse bien física y mentalmente, es importante tener salud. Una salud física y mental porque si tu mente no está unida con lo que, realmente, te está pidiendo tu cuerpo es algo que no funciona, entonces es encontrarse, hay algo que no funciona, pero yo creo que para mí es eso encontrarse bien, porque tienes salud, porque no te impide hacer las cosas que realmente la vida te pide hacer, para mí es eso, pero sin ir a buscarlo, es algo que lo notas, lo sientes, que te sale, algo que te sale, cómo ha dicho la señora que lo llevas tú dentro” (Mujer).*

Otro argumento a destacar fue cómo ellos se perciben en cuanto a su calidad de vida, en una escala de 0-10 puntos antes de iniciar el programa enriquecido. Las percepciones reflejan unas puntuaciones elevadas y con una visión optimista en general de los participantes: *“yo un 9” (varios varones y mujeres); “yo un 8, siempre se puede mejorar y todo no lo puedo*

hacer” (Mujer); “yo un 7, porque me duele mucho esta rodilla” (Mujer); “pues yo un 11 oye, que me siento estupendamente” (Varón).

Esa visión optimista, anteriormente reflejada, muestra que tanto los hombres y mujeres participantes piensan que pueden mejorar y aumentar su calidad de vida día a día: *“siempre se puede mejorar” (Mujer); “yo cada día me levanto diciendo si puedo hacer algo más, yo me levanto diciendo voy a ver, si te propones lo intentas, llegar un poquito más que otro día, lo intentas y no puedes, pero yo me levanto a ver si puedo en todos los sentidos, en deporte, en tratar a los demás, si puedo llegar más que llegué ayer, mi lema es ese” (Varón); “no es solo eso, es algo más, hay muchas cosas que se pueden hacer a lo largo del día” (Mujer). “tener ganas de vivir, entusiasmo, hacer las cosas que le gustan a uno” (Mujer); “yo puedo decir que es lo que estamos haciendo, yo ayudo a mi mujer, mucha gimnasia, mucho movimiento eso es lo que ayuda a la calidad de vida” (Varón); “bueno yo estoy durante el día haciendo actividades, deporte, lectura que te pueden engrandecer y, principalmente, es buscar siempre lo positivo, eso es lo que nos enriquece a las personas” (Mujer).*

3.3. La educación del ocio como punto de partida hacia un envejecimiento activo

El objetivo principal de toda pedagogía del tiempo libre es iniciar a las personas en un estilo de vida, en una forma personal de organizar, inteligentemente, su vida cotidiana. Más que de poner a su disposición una serie de actividades de tiempo libre, se trata de prepararles para el uso de una serie de instalaciones, servicios, programas, etc., que sean capaces de utilizar de forma correcta, es decir, hayan sido educados para la utilización de sus tiempos de ocio. Posteriormente, hay que ofrecerles la posibilidad de optar entre diferentes actividades que respondan a sus necesidades.

Los participantes destacaron que las actividades realizadas en su tiempo de ocio generan una satisfacción y un disfrute. Ya que son actividades motivadas por las satisfacciones e

intereses personales que resultan de ellas: *“yo no sé ni escribir ni leer, yo junto las letras para leer y ya está, pero aparte de eso, lo demás todo me llena y me ocupa el tiempo”* (Varón); *“yo siempre estoy haciendo cosas, soy un manitas siempre estoy arreglando cositas, lo que sea, así que cuando me voy a la cama por las noches estoy muerto no paro, si hay algo que no puedo arreglarlo es que ya es para tirar”* (Varón); *“yo estoy todo el día, ayudando, haciendo cosas también”* (Varón).

Algunos adultos mayores se centraron en la importancia de realizar AF en el tiempo libre y de ocio generándoles beneficios físicos y psicológicos: *“venir a las clases me hace sentir mejor y me ocupa la mañana”* (Mujer); *“ocupar mi tiempo libre con AF me ayuda mucho, física y mentalmente, muchas veces tienes ese momento de pereza, ese momento por la mañana que te cuesta, que no tienes ganas, no estás motivado, pero que te pones el chándal y ya la mente te cambia, te activas, te motiva”* (Mujer).

Así mismo, la AF en su tiempo de ocio les genera sentimientos de “bienestar y de mejora” de la salud: *“cuando sales del ejercicio estás mucho mejor, si uno estaba cansado mentalmente, pues se va y, además, es que tu mente está en lo que estás haciendo con los ejercicios y te hace sentir mucho mejor esa liberación, te vas con la mente despejada y con mejor ánimo”* (Varón).

Como se ha mostrado antes, el tiempo de ocio, al igual que la calidad de vida, los adultos mayores lo definen en términos de bienestar, disfrute y satisfacción de una persona, que le otorga a ésta cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Por ello, tanto para hombres como mujeres al destacar la importancia de practicar AF en su tiempo de ocio muestran que es para ellos llevar un envejecimiento activo: *“lo que hacemos nosotras, movernos mucho, aunque yo vaya despacito”* (Mujer); *“yo esto lo he descubierto a raíz de jubilarme, el hacer deporte y todo esto; y bueno pues aquí estoy muy bien”* (Varón); *“durante el día hacer actividades, deporte, que te puedan engrandecer”* (Mujer).

4. Discusión

Este estudio presenta los resultados obtenidos de la evaluación diagnóstica. Su propósito era obtener información para enriquecer una intervención orientada desde la promoción de la AF mediante el uso de los recursos o activos de salud para la mejora de la calidad de vida, adecuándola al contexto deportivo municipal específico de la localidad de Utebo y su barrio Malpica, con los adultos mayores que participaban en el estudio.

La complejidad de cualquier escenario de práctica aconseja partir de una evaluación diagnóstica o de un análisis de la situación lo más riguroso posible (Gittelsohn et al., 1995; Kumanyika et al., 2003; Universidad de Deusto, 2013; Cavill et al., 2012). Especialmente, dadas las diferencias existentes entre la práctica y la teoría (Glasgow et al., 2019; Green & Glasgow, 2006; Starfield, 1998; Thompson et al., 2005). Esta diferencia promueve la búsqueda en enfoques más integrales y multidisciplinarios para no solo evaluar la eficacia de las intervenciones (Cohen, Manion & Morrison, 2018; Damschroder & Lowery, 2013; Hendricks et al., 2013; Jalali, et al., 2019; Oldenburg et al., 1997; Sweet et al., 2014) sino también la sostenibilidad de las mismas (Ballew et al., 2010; Brownson et al., 2007; Mayer et al., 2000; Rogers, 2003).

Por eso, apostar por la participación de los adultos mayores desde el inicio del proceso de intervención es algo fundamental que desde diferentes estudios se ha buscado (Aviñó et al., 2014; Gibson, 2006; Gill et al., 2013; McGuire, 2000; Sims-Gould et al., 2020; Tkatch et al., 2017). De esa forma, las opiniones presentadas muestran algunos de los aspectos fundamentales que los adultos mayores consideran que se deberían tener en cuenta para enriquecer una intervención hacia la mejora de la calidad de vida.

Los resultados generados por las respuestas emitidas por los adultos mayores marcaron la importancia de las tres categorías establecidas previamente ya que en todas ellas se reflejaron unos índices elevados de alusiones por parte de los usuarios.

Con respecto a la primera categoría, los “Activos de salud”, es un término difícil de comprender no solo para los adultos mayores, sino también para los técnicos profesionales de la AF que forman parte del grupo de trabajo y que van a codiseñar el programa de intervención. Es un concepto relativamente novedoso y bastante desconocido en el ámbito de la promoción de la AF, bien es cierto que cada vez es mayor la relación que se produce entre éste y la salud y por ello, son más las investigaciones en las que se emplea este término relacionando ambos ámbitos (Botello et al., 2013; Cofiño et al. 2016; Rivas, 2017; Sánchez-Casado, 2017; Suarez et al., 2014; Vera-Remartínez et al., 2017).

Estos activos o recursos de salud que se han expuestos anteriormente, desglosados en varios indicadores, con objeto de lograr una mejor interpretación de las aportaciones generadas en el grupo focal, aportan un significado importante, sean del tipo que sean. Todos ellos son fundamentales para los adultos mayores en cuanto a su utilización para mejorar su bienestar físico, psicológico y social, al igual que detallaron otros estudios (Cofiño et al., 2016; Hernán, Morgan & Mena, 2013; Hernán, Cardo & Barranco, 2018; Hernán et al., 2019; Morgan & Hernán, 2015); y, por consiguiente, para la mejora de la calidad de vida (Cofiño et al., 2005; Eriksson & Lindström, 2008; Granizo & Gállego, 2007; OMS, 1986; Rivera et al., 2011).

Igualmente, para los adultos mayores es, especialmente, relevante la implicación con la comunidad cercana a ellos, es decir, la participación en actividades con su entorno social (amigos, familia, compañeros, vecinos, técnicos deportivos) y en el entorno físico próximo (espacios, instituciones, organizaciones) al igual que se ve reflejada dicha importancia en las áreas (micro-, meso- y exosistema) del modelo Bio-social-ecológico y que así lo refrendan otros autores (Aviñó et al., 2014; Cofiño et al., 2016; ; Hernán, Morgan & Mena, 2013; Morgan & Hernán, 2013; Sallis, Owen & Fisher, 2008; Sánchez-Casado et al., 2017; Trost et al., 2002).

Estos autores indican la importancia de la comunidad y de los diferentes entornos cercanos a los adultos mayores para ayudar y facilitar su compromiso con el desarrollo de una intervención. Otros autores van más allá y llegan a concretar más específicamente, por ejemplo, McDougall et al. (1997) hablan de la influencia de las instalaciones en el desarrollo de la AF; King et al. (1998) concluyeron que la AF se practica más en entornos rurales que en urbanos; Booth et al. (2000) demostraron que tener amigos para practicar AF mejora la participación.

Así mismo, los adultos mayores del grupo focal creen que es muy importante que el programa enriquecido cuente con su implicación en el propio diseño de la intervención, al igual que implicarlos en acciones de liderazgo o de protagonismo. Estas estrategias pueden ser exitosas prolongando los efectos positivos más allá de la intervención, dando esa característica de sostenibilidad tan importante en los diseños e implementaciones dentro del campo de los estudios sociales (Aviñó et al., 2014; Hasson et al., 2018; Murillo & Ureña, 2016; Quijano, 2003; Shinagel & North, 2014).

Para hacer esto, tal y como indican otros autores (Minkler, Wallerstein & Wilson, 2008) es esencial adquirir un empoderamiento psicológico a nivel personal, lo que les permitirá lograr el control percibido sobre su propio comportamiento, aumentar la conciencia crítica de su contexto social y lograr una mayor participación en las nuevas oportunidades que el futuro programa les proporcione. Para ello, los recursos o activos de salud, también pueden ayudarnos en esta tarea de empoderamiento de los adultos mayores, así lo han reflejado otros autores en sus estudios (Aviñó et al., 2014; Colomer & Álvarez, 2001; Frenk et al., 2010; Morgan & Ziglio, 2007; Restrepo, 2000).

Sobre la segunda categoría, la “Calidad de vida”, es llamativa la preocupación que genera en los adultos mayores al reportar un importante número de citas (134). A pesar de ser un término difícil de comprender, especialmente por la variedad de factores que forman parte de ella, los participantes del grupo focal consideran crucial para su existencia el vivir con calidad de vida y la ven con mejor perspectiva si tienen una buena salud. En este proceso hacia el mantenimiento y protagonismo en su calidad de vida, los adultos mayores participantes ven primordial realizar AF y, además, otras actividades que sean de otros ámbitos: culturales, voluntariado, medio ambientales, sociales, etc.

Esta relación con respecto a la importancia que produce el desarrollo de la AF para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores también la indican otros investigadores (Battaglia et al., 2016; Bendikova & Bartik, 2015; Bohórquez, Lorenzo & García, 2014; Clarke et al., 2017; Dantas et al., 2020; De Oliveira et al., 2019; Froment & García, 2018; Gallego et al., 2012; Jodra et al., 2019; Pinillos, 2016; Serrano, Lera & Espino, 2013; Su, Lee & Shinger, 2014). A su vez, otros autores señalan que participar en actividades de apoyo social ayudará a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores (Alfonso et al., 2016; Arias, 2013; Briones, 2013; López, Padilla & Martínez, 2013). El sentirse dentro de la sociedad y la comunidad es algo que les aporta satisfacción y calidad de vida.

Estas afirmaciones, tanto de los participantes en el grupo focal como de otros investigadores de la literatura, resultarán fundamentales para intervenir en fomentar la práctica de la AF no solo con el programa deportivo que ya existe, sino que enriquecido con otras actividades que puedan ayudar a complementarlo (Cuadra-Peralta et al., 2016; Gañán & Villafruela, 2015; Kwon et al., 2015; Lee et al., 2009; López-Téllez et al., 2012; Mazloomymahmoodabad et al., 2014; Schmitt et al., 2010; Teri et al., 2011; Vivaldi, 2012; Wilhelmson et al., 2005).

Finalmente, respecto a la tercera categoría, la “Educación del ocio”, los resultados señalan la importancia que les genera su ocupación del tiempo libre y de ocio, y en concreto, las actividades a desarrollar durante ese tiempo. Al igual que es reseñada en la literatura (Cuenca, 2007; Liechty et al., 2012; Lund & Engelsrud, 2008; Nimrod & Janke, 2012), los adultos mayores que ocupan su ocio a través de un envejecimiento activo y participan en programas de AF tienden a reportar una mayor satisfacción con la vida, bienestar psicológico, salud general mejorada y una sensación de crecimiento personal, de propósito y aprendizaje.

A su vez, diversos autores sugieren que, a los adultos mayores el ocio les proporciona un espacio para el empoderamiento, el autocuidado, la autoexpresión, el desarrollo de un nuevo sentido de identidad (Hutchinson & Wexler, 2007; Liechty et al., 2012; Sawchuk, 2009; Wood & Danylchuk, 2011; Yarnal, Son & Liechty, 2011).

Autores como Vaillant (2002), Jaime y Monteagudo (2015) han corroborado en sus investigaciones que el ocio contribuye a la consolidación del sentimiento de implicación vital entre los adultos mayores y resulta esencial en todo proceso de envejecimiento activo.

La idea del ocio va más allá de su mera conexión con el tiempo libre, sino que va en búsqueda del valor experiencial que subyace al ocio humanista, aquel que tiene una bien probada incidencia en la calidad de vida de las personas y es una de las condiciones necesarias para el envejecimiento activo (Lazcano, Madariaga & Doistua, 2010).

Como conclusión a este estudio se puede afirmar que, al cumplirse el objetivo del estudio y conocer las percepciones y opiniones de los adultos mayores sobre cómo mejorar la calidad de vida, la necesidad de la educación del ocio y la identificación y el uso de los activos de salud de su comunidad y de su entorno, será posible saber muchos aspectos que tendrán importancia para mejorar las actuaciones iniciales de intervención en el diseño de futuros programas (Boaz et al., 2018; Gill et al., 2013; Jull, Giles & Graham, 2017; Langley, Wolstenholme & Cooke, 2018; McKay, Nettlefold & Bauman, 2018; Tkatch et al., 2017).

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

**CAPÍTULO IV. ESTUDIO III. EFECTO DE LA INTERVENCIÓN ENRIQUECIDA
DESARROLLADA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA
EN ADULTOS MAYORES**

Lista de Contenidos

1. Introducción, Objetivos e Hipótesis

2. Metodología

2.1. *Diseño del estudio*

2.2. *Participantes del estudio*

2.2.1. **Adultos mayores**

2.2.2. **Técnicos y coordinadores deportivos**

2.3. *Variables del estudio*

2.3.1. **Variable dependiente**

2.3.2. **Variable independiente: Programa de intervención**

2.3.2.1. *Componentes del programa enriquecido y su relación con el modelo bio-social-ecológico*

2.4. *Procedimiento desarrollado en el estudio*

2.4.1. **Consideraciones éticas**

2.4.2. **Aplicación del programa de intervención**

2.4.2.1. *Procedimiento en cada componente del programa enriquecido. Distribución de retos, estrategias y acciones*

2.4.2.2. *Procedimiento de administración del cuestionario SF-36*

2.4.2.3. *Evaluación y seguimiento del programa*

2.4.2.4. *Temporalización de las fases del estudio*

2.5. *Proceso de análisis de datos*

3. Resultados

3.1. *Resultados del diseño y aplicación del programa de intervención*

3.2. *Resultados del efecto del programa de intervención*

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

3.2.1. Resultados descriptivos según grupos de estudio**3.2.2. Diferencias en medias ajustadas por grupos de estudio****3.2.3. Cambio a lo largo del tiempo en función del grupo de estudio****4. Discusión**

1. Introducción, Objetivos e Hipótesis

Cada vez es mayor el número de personas que componen la franja poblacional de adultos mayores y las estadísticas demuestran que esta tendencia seguirá en aumento, en concreto, la OMS (2017), determina que entre los años 2015 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años cambiará del 12% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 900 a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.

Por ello, desde hace ya unos años, la preocupación por conceptos como la salud, el envejecimiento activo o la calidad de vida en este sector poblacional es notable (Fernández-Ballesteros, 2009; Marhankova, 2011). Así mismo, cada vez es mayor el número de intervenciones de AF con objeto de mejorar la calidad de vida en adultos mayores (Battaglia et al., 2016; Bendikova & Bartik, 2015; Bohórquez, Lorenzo & García, 2014; Castillo & Romero, 2015; Clifford et al., 2014; Dantas et al., 2020; De Lira et al., 2018; De Oliveira et al., 2019; Del Pozo et al., 2013; Del Valle et al., 2016; Gallegos et al., 2019; Gómez-Píriz et., 2014; Janyacharoen et al., 2018; Karahan et al., 2015; Krzepota et al., 2015; Kovacs et al., 2013; Krist et al., 2013; Langlois et al., 2012; León-Olivares et al., 2019; Lobo et al., 2010; Martínez et al., 2013; Mura et al., 2014; Oviedo & Bueno, 2015; Park, Han & Kang, 2014; Saito, 2011; Serrano, Lera & Espino, 2013; Su, Lee & Shinger, 2014; Zuazagoitia, 2011).

Igualmente, desde diferentes organismos gubernamentales se están llevando a cabo programas y acciones hacia la promoción de la salud y la mejora de la calidad de vida en adultos mayores (Imsero, 2011; OMS, 2015). Aunque estas iniciativas o proyectos existentes no analizan la calidad de vida desde las diferentes perspectivas multidimensionales, amplias y ecológicas que favorecen la interacción de las redes interpersonales, socioculturales, medioambientales y políticas, conjugando así los múltiples factores individuales y los contextuales (instituciones, comunidad y políticas públicas), que influyen en la calidad de vida (Fernández Ballesteros, 2009).

Los programas y acciones que buscan una mejora de la calidad de vida relacionada con la salud necesitan apoyarse y basarse en enfoques, como el modelo Bio-social-ecológico de Bronfenbrenner (1979, 1989, 1999). En él se describe el desarrollo humano en términos de procesos de interacción cuyo efecto depende de las características de los individuos, los contextos donde se producen las interacciones y los periodos de tiempo durante los cuales las interacciones ocurren.

En los últimos años también se está apostando por este modelo Bio-social-ecológico para desarrollar programas de AF integrales (McKay et al., 2018; Lindsay-Smith et al., 2019; Roberts et al., 2017; Sadjapong et al., 2020; Van Acker et al., 2012). En este marco, el modelo permite orientar el diseño de estrategias de intervención para los diferentes factores de influencia de la misma (entorno físico, natural, social, familiar, amistades, profesionales, instituciones, etc.) complementando la AF con otras acciones que ayuden a su desarrollo dentro del ámbito cercano de la comunidad sobre la que se lleva a cabo la intervención. Algunos de estos complementos de la AF han sido ya detallados en la literatura por diversas intervenciones, por ejemplo: la participación en una mesa de agentes que facilite la colaboración entre diversas áreas (Arbós, 2017; Leemrijse et al., 2015; Leenaars et al., 2016; Titze et al., 2019); la implicación de los participantes de la intervención y de los técnicos deportivos en el diseño de la misma (Boaz et al., 2018; Corella, 2018; Greenhalgh et al., 2016; Langley, Wolstenholme & Cooke, 2018; Sanchis, 2017; Tkatch et al., 2017); la utilización de mecanismos de difusión, seguimiento y evaluación (Arsenijevic & Groot, 2017; Blom et al., 2020; Gomez-Bruton et al., 2020; Tomás et al., 2018); la participación de colaboradores que dinamicen y conecten las diferentes actuaciones (Brown, Elliott & Leatherdale, 2018; Murillo, 2013; Sevil, 2018; Sims-Gould et al., 2020).

Otros estudios dan un paso más, e integran la teoría de la Auto-determinación al modelo Bio-social-ecológico (Cruzten, 2010; De Bourdeauhuij et al., 2011b; King et al., 2002; Marcos et al. 2014; Moreno y Martínez, 2006; Zhang, 2009). Combinando la perspectiva individual (Deci y Ryan, 2000, 2002) con los factores ambientales (entorno físico y social), se puede lograr un avance importante en la promoción de la AF hacia la conducta autodeterminada (mejora de la motivación intrínseca).

En esta línea, modelos como el de Activos de salud consideran a la población como responsable de su propia salud y, por lo tanto, facilita el empoderamiento basado en las fortalezas y capacidades personales y colectivas de la población (Morgan & Zilgio, 2007). De esta forma, un aspecto fundamental que plantea este modelo es identificar aquellos factores o recursos que están presentes en el entorno de una determinada población y que contribuyen al mantenimiento de unas condiciones de vida saludables y de bienestar (Morgan y Hernán, 2013). La literatura científica también entiende que es clave la oportunidad de participar, contribuyendo tanto al proceso de decisión como a su puesta en marcha y evaluación (Cassetti et al., 2018; NICE, 2016; Popay et al., 2007). Porque la participación ha de servir para reducir las desigualdades en salud entre personas, mejorar las relaciones y ampliar las redes sociales, aspectos muy importantes para la salud (Cassetti et al., 2018). Con estas premisas, de mejorar la salud y el bienestar y disminuir las desigualdades sociales en salud, se han ido multiplicando los procesos de participación en salud.

Sin embargo, con el tiempo se ha visto que no “todo vale”. Por eso la Guía NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) de Participación Comunitaria presenta una recopilación de la evidencia disponible en esta materia, de aquellas recomendaciones que “sí valen”, que, posteriormente, han sido traducidas y adaptadas al contexto español por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS (en el que han participado 10 Comunidades Autónomas y 11 proyectos de participación comunitaria). Esta guía adaptada pretende hacer

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

accesibles dichas recomendaciones a todas las personas, respondiendo a la necesidad de reunirnos en torno a un lenguaje común y a una evidencia para alcanzar una participación realmente efectiva para ganar salud y equidad. Principalmente, se apuesta por una cooperación o codiseño basado en activos o recursos de salud para construir, desarrollar y lograr una sostenibilidad en la aplicación de futuras intervenciones sobre la salud (Marchioni et al., 2013; Morgan & Zilgio, 2007). Si se consigue que, a través de las oportunidades de participación, los adultos mayores tomen el control de sus propias vidas se les estará empoderando y otorgando capacidad cada día (Bustillos et al., 2012; Pardo, 2016).

Por lo tanto, en futuras intervenciones se debe permitir que los propios adultos mayores tomen sus propias decisiones, tener en cuenta sus opiniones, favorecer su implicación y hacerles un hueco en las comunidades y sociedad, para así lograr un envejecimiento más exitoso (Marhankova, 2011; Matiz, 2013; Pardo, 2016).

Además, se comparte también la opinión de Cruz (2000), cuando de acuerdo con Waters y Goodman (1991) nos dice: *“el enfoque de empoderamiento para tratar a personas mayores se basa en el hecho de que ellos pueden aprender, pueden cambiar y pueden tomar el control de sus vidas. [...] implica entonces que nuevas habilidades pueden ser aprendidas [...] incluyendo la revisión de creencias acerca de las habilidades de uno y de su propia eficacia”*.

El contexto del ocio, desde la perspectiva de la educación permanente, puede ser un escenario clave para fomentar la oportunidad de participar en los adultos mayores y con ello empoderarles cada día (Limón, 2004; Pardo, 2016). En este nuevo camino es necesario señalar el ocio como exponente de calidad de vida en los adultos mayores, y como un valioso recurso para fortalecer un desarrollo personal adecuado (Amorós, 2006; García, 2012; Katz, 2000). Otros autores, Orte et al., (2013), indican también al ocio como fórmula de

crecimiento personal, y como espacio de intercambio generacional para vivir y convivir, proactivamente, que incrementa la calidad de vida y promueve el envejecimiento activo.

Muchos autores e investigaciones han apostado por promover la AF a través de programas educativos y de asesoramiento sin considerar factores relacionados con la salud como: intereses y motivaciones de los participantes, entorno, recursos de la comunidad, hábitos saludables, etc. (American College of Medicina deportiva, 2004; Aparicio, Carbonell & Delgado, 2010; Iliffe et al. 2014; Patil et al., 2016; Rodríguez & Anguita, 2012; Van Cauwenberg et al., 2012).

En cambio, en los últimos años, se observa una tendencia de cambio en los programas de AF sobre este grupo poblacional y existe mayor preocupación por relacionar la AF con dichos factores de influencia citados anteriormente. Por ejemplo, en algunas intervenciones se ha cooperado con otras áreas de la comunidad para lograr mejorar la calidad de vida, principalmente, el área de Salud (Blom et al., 2020; Leemrijse et al., 2015; Leenaars et al., 2016; Sadjapong et al., 2020; Tizte et al., 2019). Otras han enriquecido su programa deportivo con sesiones de educación higiénico-sanitaria y jornadas de actividades sociales (Barriopedro, Eraña & Mallol, 2001; Campos et al., 2015; Chong, Woo & Kwan, 2006; López-Téllez et al., 2012; Mazloomymahm et al., 2014; Palmer, 2005); con prácticas específicas como danza (Freire Da Oliveira, 2009), mediante sesiones de juegos con niños (Skropeta et al., 2014); con otras actividades como ir de compras, cocinar, comer y limpiar (Kwon et al., 2015); o con sesiones de terapias, ocio, cuidado personal (Schmitt et al., 2010). Todos estos cambios llevados a cabo en las anteriores intervenciones han ayudado a mejorar diferentes dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud.

Ante la necesidad de seguir cambiando y ampliando los programas de AF existentes para adultos mayores, el propósito de este estudio pretendía abordar los dos últimos objetivos de la investigación:

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

- Diseñar y aplicar un programa de intervención enriquecido con estrategias basadas en los modelos Bio-social-ecológico y de Activos de salud buscando un proceso de empoderamiento de los agentes y actores para la promoción de la actividad física en los adultos mayores.
- Evaluar el efecto de la intervención enriquecida desarrollada sobre la calidad de vida en los adultos mayores.

Después de establecer los objetivos del programa enriquecido, se formuló la siguiente hipótesis de partida:

La aplicación del programa de intervención de actividad física basado en el modelo Bio-social-ecológico y el modelo de Activos fundamentado en la Teoría de la Salutogénesis producirá una mejora de la calidad de vida en los adultos mayores participantes (Rivera et al., 2017; Stephens et al., 2019; Theodoropoulou, Stavrou & Karteroliotis, 2017).

2. Metodología

2.1. Diseño del estudio

Se trata de un diseño cuasi-experimental y longitudinal, en el que participaron el área de deportes de la localidad de Utebo y su barrio Málpica como grupo experimental y otra área con varias localidades de la Mancomunidad Ribera Izquierda del Ebro como grupo control durante dos años. El grupo experimental recibió un programa de intervención para mejorar la calidad de vida, mientras que el grupo control no recibió ningún tipo de intervención.

La intervención pretendía causar un efecto positivo en los adultos mayores que participaban en el programa de actividades deportivas municipales, el cual fue enriquecido y recibió el nombre de “*Ser Mayor, RETA*”.

2.2. Participantes del estudio

La naturaleza del estudio llevó a diferenciar varios tipos de participantes. Por un lado, los auténticos protagonistas, es decir, los adultos mayores y, por otro, los técnicos y coordinadores deportivos que participaron en la aplicación del programa y en el grupo control, y otros colaboradores y facilitadores de los que se irá hablando a lo largo de este estudio.

2.2.1. Adultos mayores

Los adultos mayores del presente estudio fueron aquellos que de forma voluntaria se encontraban inscritos durante los cursos académicos 17/18 y 18/19 en los programas deportivos municipales de poblaciones cercanas a Zaragoza, en concreto, la localidad de Utebo y su barrio Malpica y, varias localidades de la Mancomunidad Ribera Izquierda del Ebro (La Puebla de Alfindén, Alfajarín, Nuez y Pastríz).

Los criterios de selección de las localidades cercanas a Zaragoza fueron:

- que hubiera un equilibrio entre sus características: instalaciones, experiencia y número de profesionales deportivos, cercanía a núcleo urbano, demanda de actividades deportivas por adultos mayores, nivel socioeconómico, tamaño poblacional;
- que existiera una predisposición en la colaboración con la Universidad en diferentes trabajos y proyectos con la población de adultos mayores.

Posteriormente, una vez elegidas las localidades, se seleccionó al que sería grupo experimental atendiendo a los siguientes criterios:

- mayor tamaño de la muestra al inicio del estudio;
- mayor experiencia en programas y actividades para adultos mayores; y
- sensibilidad hacia la temática del estudio.

Al final, la localidad de Utebo y su barrio Malpica fueron asignados como grupo experimental.

Tras la explicación del proyecto se excluyeron algunos participantes por diferentes motivos: no entregaron el consentimiento firmado, no estaban interesados en participar en el estudio, no se comprometían a poder realizar todo el programa de intervención, de ese modo, la muestra inicial se quedó en (n=120), con una media de edad de $65,8 \pm 1,18$ años (*ver tabla 14*). En la comarca de la Ribera Izquierda se estableció el grupo de control, aquí se incluyeron en el estudio (n=93), con una media de edad de $66,7 \pm 1,06$ años (*ver tabla 15*).

Tabla 14*Participantes a lo largo del estudio en el grupo experimental según edad y sexo*

	T0	T1	T2	T3
Total	120	107(89,2%)	87(72,5%)	73(60,8%)
Hombres	17(14,16%)	16(14,96%)	13(14,94%)	11(15,07%)
Mujeres	103(85,84%)	91(85,04%)	74(85,06%)	62(84,93%)
60-64	44(36,66%)	36(33,64%)	28(32,19%)	25(34,25%)
65-69	36(30%)	35(32,71%)	29(33,33%)	25(34,25%)
70-74	23(19,16%)	21(19,63%)	18(20,69%)	16(21,92%)
75-79	13(10,84%)	12(11,22%)	9(10,34%)	5(6,84%)
+80	4(3,34%)	3(2,80%)	3(3,45%)	2(2,74%)

Tabla 15*Participantes a lo largo del estudio en el grupo control según edad y sexo*

	T0	T1	T2	T3
Total	93	80(86,02%)	70(75,26%)	64(68,81%)
Hombres	9(9,68%)	7(8,75%)	7(10%)	6(9,37%)
Mujeres	84(90,32%)	73(91,25%)	63(90%)	58(90,63%)
60-64	31(33,33%)	25(31,25%)	24(34,28%)	22(34,37%)
65-69	32(34,42%)	28(30,50%)	24(34,28%)	22(34,37%)
70-74	12(12,90%)	10(12,50%)	7(10%)	6(9,38%)
75-79	11(11,83%)	11(13,75%)	9(12,86%)	8(12,50%)
+80	7(7,52%)	6(7,50%)	6(8,58%)	6(9,38%)

Como se puede observar en las tablas 13 y 14, la muestra del estudio apenas perdió participantes, en los diferentes momentos de medición. Algunos de los casos perdidos se debieron a los cuestionarios (no realizados, no entregados o incompletos), aunque también se produjo alguna baja por defunción o por no realizar completamente el programa enriquecido.

2.2.2. Técnicos y coordinadores deportivos

En el grupo control, el coordinador de deportes (hombre de 44 años, Licenciado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte con 15 años de experiencia en el cargo) y los técnicos deportivos (un hombre de 45 años y tres mujeres con edades entre 35 y 45 años, igualmente, todos ellos con titulación y más de 10 años impartiendo clases a adultos mayores) para que ellos valorarán si era interesante para los participantes de sus clases.

En el grupo experimental, la coordinadora de deportes (mujer de 45 años, Licenciada en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte con más de 20 años de experiencia en el cargo y el gerente del área deportiva (hombre de 54 años, Diplomado en Educación Física, y también, con más de 20 años en el cargo) fueron los primeros en conocer el estudio. Posteriormente, los técnicos deportivos (un hombre de 40 años y una mujer de 38 años, con titulación técnica deportiva y más de 10 años impartiendo clases en la localidad a los adultos mayores).

A lo largo del programa se incorporaron otros dos monitores deportivos (en prácticas de INEF) que también realizaban clase con los adultos mayores y otros dos colaboradores (también alumnos en prácticas de TAFAD) que fueron figura facilitadora y de unión comunicativa entre los adultos mayores y el equipo de trabajo.

2.3. Variables del estudio

2.3.1. Variable dependiente

Al igual que en el estudio I de esta investigación, la variable dependiente fue la calidad de vida relacionada con la salud. Por lo tanto, se añade un pequeño resumen del instrumento utilizado, el cuestionario SF-36:

Este cuestionario consta de 11 preguntas desglosadas en 36 ítems, las cuales exploran ocho dimensiones: Función física (FF); Rol físico (RF); Dolor corporal (DC); Salud general (SG); Vitalidad (VT); Función social (FS); Rol emocional (RE); Salud mental (SM).

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Las puntuaciones que se obtienen son, directamente, proporcionales al estado de salud; cuantas mayores sean, mejor estado de salud y oscilan de 0 a 100. Para el cálculo de las mismas se ha usado una aplicación informática creada por la Universidad de Granada (*ver apéndice 5*).

Igualmente, este cuestionario también calcula dos puntuaciones resumen, el componente sumario físico (CSF) y el componente sumario mental (CSM), siguiendo las indicaciones de Vilagut et al. (2008).

Para este estudio ha sido utilizada la versión española de SF-36v2 adaptada por Alonso et al. (2003), que hace referencia al estado de salud en las cuatro semanas anteriores al momento de pasar la encuesta.

2.3.2. Variable independiente: Programa de intervención

Todo lo escrito desde este apartado se refiere, solamente, al grupo experimental, el cual recibió el programa enriquecido. Antes de entrar de lleno en la explicación del programa enriquecido se plasman aquí unas breves aclaraciones:

- El elemento principal y más innovador de este estudio es la variable independiente, el enriquecimiento de un programa de intervención integral que permite ampliar las posibilidades de promoción de la AF mediante el uso de activos de salud para mejorar la calidad de vida en adultos mayores.
- Es fundamental destacar el carácter práctico y útil del nuevo programa de intervención porque lo que se pretendía, en mayor o menor medida, era promover cambios en el adulto mayor, para comparar los datos antes y después del programa con el grupo control.
- Para llevar a cabo el enriquecimiento se dio la oportunidad de participar, en las diferentes fases de la investigación, a los adultos mayores que formaban parte del grupo experimental. Además de la colaboración e implicación de los técnicos y la coordinadora de Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

deportes, ya que su trabajo y formación eran fundamentales para conseguir la sostenibilidad del programa.

- Se buscaba que los adultos mayores aumentaran su calidad de vida y que el programa enriquecido potenciara las oportunidades de participación y de práctica de AF, utilizando aquellos activos de salud identificados que podían ayudarles a conseguir un envejecimiento más activo.

Un enfoque más tradicional de la promoción de la AF en adultos mayores no suele tener en cuenta estos elementos, especialmente el de la individualidad, la gestión autónoma, la participación y los activos de salud. Pero este programa enriquecido quería atender las percepciones e intereses de todos los participantes de la investigación.

2.3.2.1. Componentes del programa enriquecido y su relación con el modelo bio-social-ecológico

Tras la realización de la evaluación diagnóstica (Estudio I y II) se conocieron los resultados, perspectivas y opiniones de los adultos mayores y, en base a ello, se procedió a la elaboración del programa de intervención enriquecido.

En la búsqueda de propuestas para el enriquecimiento de un programa de actividades deportivas municipales hacia la mejora de la calidad de vida en adultos mayores se perseguían estrategias y componentes adaptados al contexto del ocio y que orientaran sobre los nuevos enfoques contrastados de forma científica.

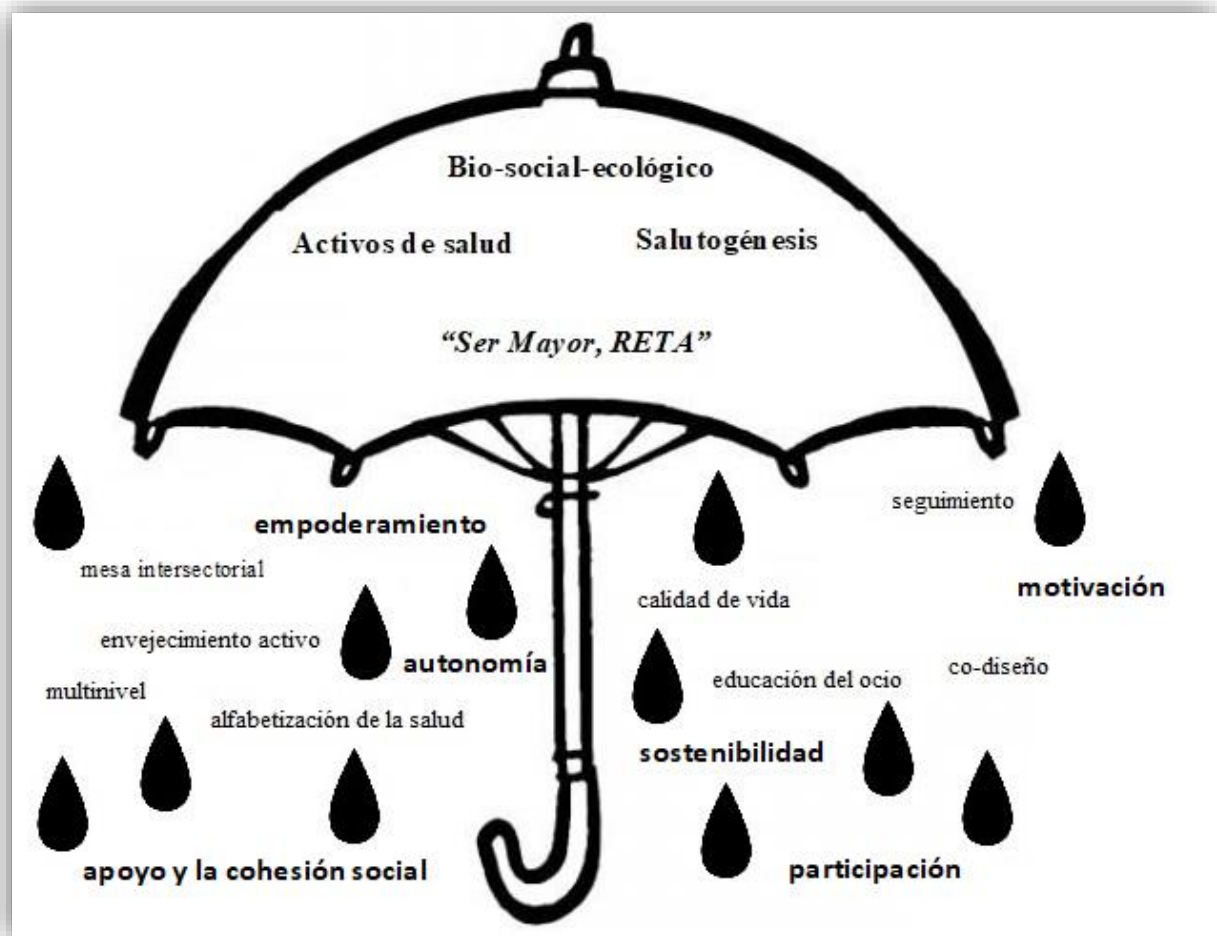
Partiendo del paraguas salutogénico de Lindström y Eriksson (2011), que estos autores utilizaron para integrar las distintas teorías que contribuyen a entender la salud desde el paradigma salutogénico, se ha reflejado el diseño de esta investigación y los elementos que configuran el programa enriquecido a partir de las evidencias encontradas en la literatura (*ver figura 10*).

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Las gotas de agua representan a los nuevos elementos incorporados (en negrita las pautas en las que se fundamenta) y que bajan del paraguas de la salutogénesis para enriquecer el nuevo programa “*Ser Mayor, RETA*”.

Figura 10

Diseño del programa “*Ser Mayor, RETA*”



Programa tradicional físico-deportivo

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Este nuevo planteamiento enriquecido del programa comenzó con la elaboración de un marco teórico basado en el modelo Bio-social-ecológico y el modelo de Activos de salud que se fundamenta en la Teoría de la Salutogénesis para renovar el programa ya existente. Esta fundamentación fue necesaria para la optimización de los recursos necesarios y su implementación, evaluación y mantenimiento, mejorando la coordinación intersectorial a través de alianzas/partnerships (activos de salud del entorno). La cual se abordó gracias a la existencia en la localidad del grupo “**Mesa intersectorial**”. Este grupo de expertos multisectorial (en nuestro caso, representantes del área de Salud, Deportes, Cultura, Medio Ambiente, Servicios Sociales, Fisioterapeuta, Enfermeros, Políticos, director del Aula del Mayor, Universidad de la Experiencia) cuya creación era muy reciente, se reúne cada mes para conocer y valorar los proyectos de las distintas áreas. Inicialmente, en este caso, se transmitieron los objetivos del estudio, posteriormente, los avances de la intervención y las colaboraciones necesarias y, finalmente, se informó de los resultados del estudio.

Otro de los elementos del nuevo programa fue la **participación** de diferentes agentes (adultos mayores, técnicos, coordinadores) en el **codiseño** del propio programa elaborando conjuntamente estrategias metodológicas, acciones y retos para todos los integrantes del propio programa enriquecido. Se creó un equipo de trabajo (colaboradores de la Universidad de Zaragoza, técnicos y coordinadores deportivos) que codiseñó la intervención dentro y fuera del horario habitual del programa de actividades deportivas.

Este diseño intersectorial, desde el liderazgo institucional hasta los participantes del programa enriquecido, fue compatible con el concepto de **empoderamiento**, ya que los adultos mayores al participar en la implementación de la intervención, desarrollan el proceso de empoderamiento (Padilla et al., 2016; Falagán, 2018; López, 2010). Este proceso tiene una responsabilidad compartida (área de deportes, técnicos, AM) en la que cada sector tenga la

capacidad de ser actor y agente (persona que influye, directa o indirectamente en la práctica de AF, y se implica en esa tarea).

A su vez, este codiseño complementado con el **seguimiento** efectuado tras la intervención permitirá una apropiación del programa enriquecido por parte de los técnicos deportivos que lo crean e implantan lo que favorecerá una futura **sostenibilidad** del mismo.

De esta forma, se complementó el programa ya existente con práctica de **AF multinivel** (actividades, tareas, colaboraciones, trabajos cooperativos, retos relacionados con la AF), esta diversidad permitirá potenciar la AF desde una actitud lúdica y positiva hacia la vida, con materiales y recursos variados, con nuevos escenarios de práctica adecuados y adaptados al desarrollo del programa, cambiando actitudes para favorecer nuevos hábitos de vida o nuevas situaciones de mejora de la calidad de vida.

Igualmente, esta variedad de práctica va a fomentar las relaciones sociales y la pertenencia a un grupo, **el apoyo y la cohesión social** con compañeros de características similares, al incentivar sus implicaciones individuales y en la comunidad, la subjetividad de las personas, sus creencias y formas de responder a las diversas situaciones que se enfrenten, al igual que a orientar sus respuestas en su interacción con el mundo y con los otros.

Afrontar nuevos retos, acciones, situaciones, etc., supone un aprendizaje para el adulto mayor y, para su logro, un aspecto crucial es atribuir significado a lo que se debe aprender, partiendo de lo que se conoce (principio de aprendizaje significativo). Pero el aprendizaje significativo no se produce al azar, sino que su aparición requiere la confluencia de ciertas condiciones: contenidos coherentes, claros e interesantes; que el adulto mayor tenga conocimientos previos pertinentes que les permitan abordar la nueva situación; una actitud favorable a la adquisición de los nuevos aprendizajes y, para ello, el adulto mayor debe estar, suficientemente, motivado.

Esta **motivación**, tanto por parte de los adultos mayores, como de los profesionales de la AF, se ha desarrollado a través de la Teoría de la Autodeterminación, la cual determina en qué medida las personas se involucran o no, libremente, en la realización de sus actividades, teniendo en cuenta una serie de mecanismos psicológicos reguladores de la conducta, y buscando en la medida de lo posible una mayor orientación hacia la motivación autodeterminada.

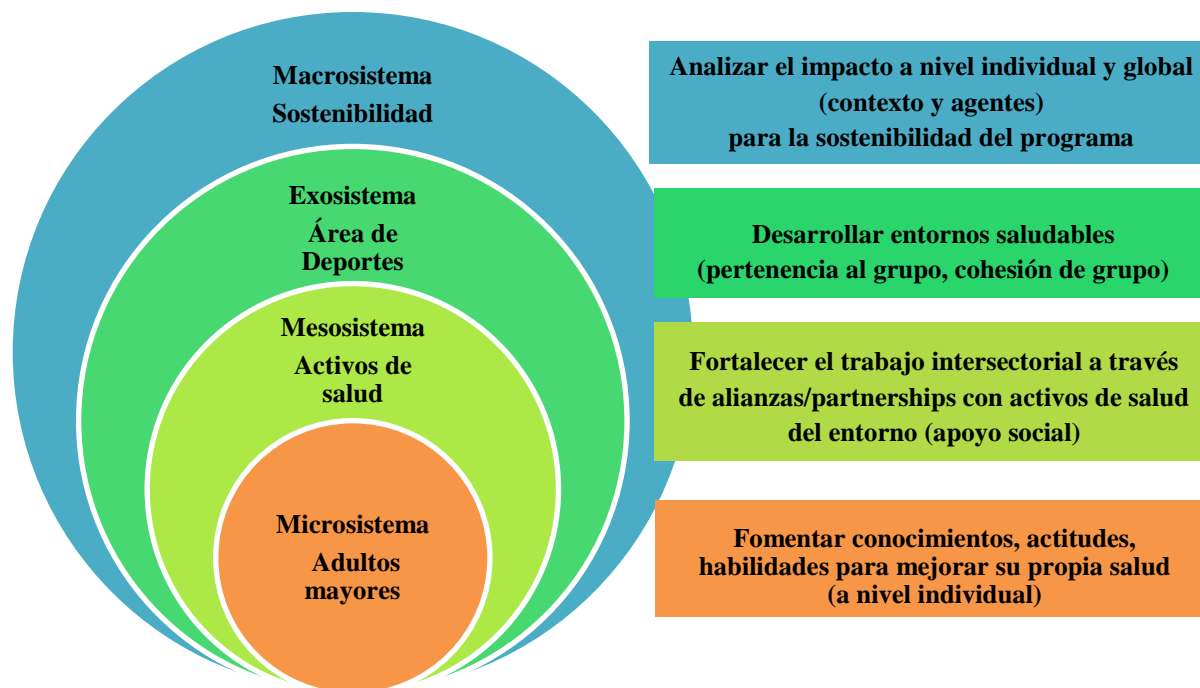
Otro de los elementos del programa era conseguir **la alfabetización de la salud**, la cual según la OMS (1998) *“hace referencia a las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud”*. La alfabetización para la salud no solo contempla el desarrollo de las habilidades personales, sino también, la interacción de las personas y su medio ambiente, y el aumento del empoderamiento individual y colectivo, con la intención de mantener o mejorar **la calidad de vida**.

Igualmente, uno de los elementos cruciales del programa enriquecido fue la **autonomía** del adulto mayor, la cual se vincula con la capacidad de previsión propia hacia una toma de decisiones de iniciativa personal, esencial para desarrollar un proceso de interiorización de la conducta. A su vez, se engloba en las 3 necesidades psicológicas básicas definidas por Deci y Ryan (2000), ya que su logro conllevará una mayor satisfacción de la vida que favorecerá el proceso de **envejecimiento activo** y la utilización de activos de salud por voluntad propia.

A continuación, se presentan las áreas o componentes de la intervención que han enriquecido el programa, utilizándose como canales de intervención a partir del modelo Bio-social-ecológico, y sus correspondientes objetivos (*ver figura 11*).

Figura 11

Niveles del modelo bio-social-ecológico y su relación con objetivos de las áreas o componentes del programa de intervención



1ª.- Microsistema: Adultos mayores

En un primer nivel, se incluyen a los adultos mayores. Desde este componente se ha buscado fortalecer conocimientos, actitudes y habilidades en los adultos mayores para mejorar su propia salud y calidad de vida. Al mismo tiempo que ellos conocían los beneficios de la AF, oportunidades y herramientas para incrementar su calidad de vida, y visualizaban barreras o dificultades, junto con posibles soluciones a las mismas.

En este componente o área de intervención se han trabajado las capacidades individuales propiciando un ambiente lúdico y participativo, una predisposición abierta y flexible hacia nuevos conocimientos, y un aumento de la autonomía de los adultos mayores en sus acciones dentro y fuera de las actividades del programa.

Algunas de las actuaciones desarrolladas en este primer nivel fueron:

- presentar los resultados de la evaluación diagnóstica.
- colaborar en la elección de actividades, retos (codiseñar la intervención).
- identificar nuevos activos de salud y proponer actividades para su utilización.

2ª.- *Mesosistema*: entorno próximo (activos de salud)

En este segundo nivel se incorpora el contexto familiar y el entorno próximo de los adultos mayores. Así como aquellos activos de salud que se identificaron y se convirtieron en aliados o colaboradores dentro del programa, para fortalecer el trabajo intersectorial.

El objetivo principal de este componente fue aumentar el apoyo social y aunar fuerzas para poder trabajar todos los interesados en la mejora de la calidad de vida del adulto mayor, compartiendo ideas y diseñando experiencias y oportunidades. Igualmente, se buscó desde esta área aumentar el apoyo social, construir y fortalecer redes sociales y nuevas alianzas con activos de salud del entorno que apoyaban la mejora de la calidad de vida y la promoción de la AF. Con la intención de conseguir un mayor trabajo en equipo, cooperación y una utilidad y transferencia de lo que se diseñaba y desarrollaba.

Algunas actuaciones de este nivel llevadas a cabo fueron:

- “jugar” con los activos de salud de Utebo y su barrio Malpica a partir de los resultados del grupo focal de la evaluación diagnóstica.
- co-diseñar retos con *partnerships*: institutos, medio ambiente, biblioteca, nutricionista, defensa personal, primeros auxilios, etc.
- reflexionar y recibir feedback de estos activos de salud.
- difundir en redes sociales, revista municipal y blog.
- participar mensualmente en la mesa intersectorial de Utebo.

3ª.- Exosistema: Área de deportes

El tercer componente estaba vinculado al área de deportes, la cual oferta una serie de programas y actividades deportivas municipales, coordinadas y desarrolladas por profesionales de la AF y la gestión deportiva.

El objetivo principal de este componente era ofrecer un programa enriquecido con mayor calidad, en cuanto a su organización, planificación, metodología, novedad e interdisciplinariedad (intervención multinivel). Se lo quería convertir en un proyecto o programa clave del municipio, donde los adultos mayores y sus técnicos y coordinadores lo sintieran suyo, desarrollando una identidad de grupo.

Algunas de las actuaciones de esta área de intervención fueron:

- actividades y juegos cooperativos, dinámicas de grupo;
- diseño y preparación de retos con ellos;
- flexibilidad en los horarios y actividades;
- juntarnos en otras actividades (Plogging, III Millas Romanas) fuera de la actividad diaria del programa;
- “convivencia del programa”: comidas, cenas, quedadas, etc.

4ª.- Macrosistema: sostenibilidad

El último componente o área de intervención estaba relacionado con la sostenibilidad del programa “*Ser Mayor, Reta*”. Aspecto que desde las primeras fases de esta investigación se tuvo en consideración y se fue desarrollando. Se analizó el impacto a nivel individual y global para el logro de dicha sostenibilidad a través de estrategias que permitieran un seguimiento de las acciones, conscientes de la inversión social que suponía la práctica de AF para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores y que ésta fuera accesible a todo el mundo y abordada desde un enfoque holístico.

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Al mismo tiempo se observó la evolución de la apropiación o propiedad del programa, la influencia, las decisiones o colaboraciones con los partnerships o activos de salud mediante el seguimiento durante el segundo año de la investigación.

Algunas de las actuaciones para lograr esta sostenibilidad fueron:

- evaluación final del programa (grupo de discusión y entrevistas en profundidad);
- evento y detalle de despedida en la última clase de la intervención;
- dossier con las características y desarrollo del programa enriquecido para los técnicos y coordinadores del grupo experimental;
- mantenimiento de la difusión en las redes sociales durante el seguimiento;
- desarrollo del reto posterior al programa (pasaporte).

2.4. Procedimiento desarrollado en el estudio

2.4.1. Consideraciones éticas

El Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) dio el visto bueno al estudio. A partir de su aprobación y después de que los datos de la evaluación diagnóstica fueran recogidos, los resultados aportados en la misma (estudio I y II) se presentaron a los integrantes del grupo de trabajo (coordinadora y técnicos deportivos), a la mesa intersectorial, y, sobre todo, a los adultos mayores para hacerles ver la importancia de lo que habían aportado y con ello que se sintieran partícipes del diseño del nuevo programa enriquecido. La intervención del programa enriquecido “*Ser Mayor, RETA*” se desarrolló durante 20 meses (de septiembre’17 a junio’19) en dos años consecutivos.

Al igual que se realizó en los estudios previos, todos los datos y documentos generados (cuestionarios, transcripciones, fotos, grabaciones, reflexiones, dossiers, etc.) durante la intervención (estudio III) se protegieron y se consideran, estrictamente, confidenciales.

2.4.2. Aplicación del programa de intervención

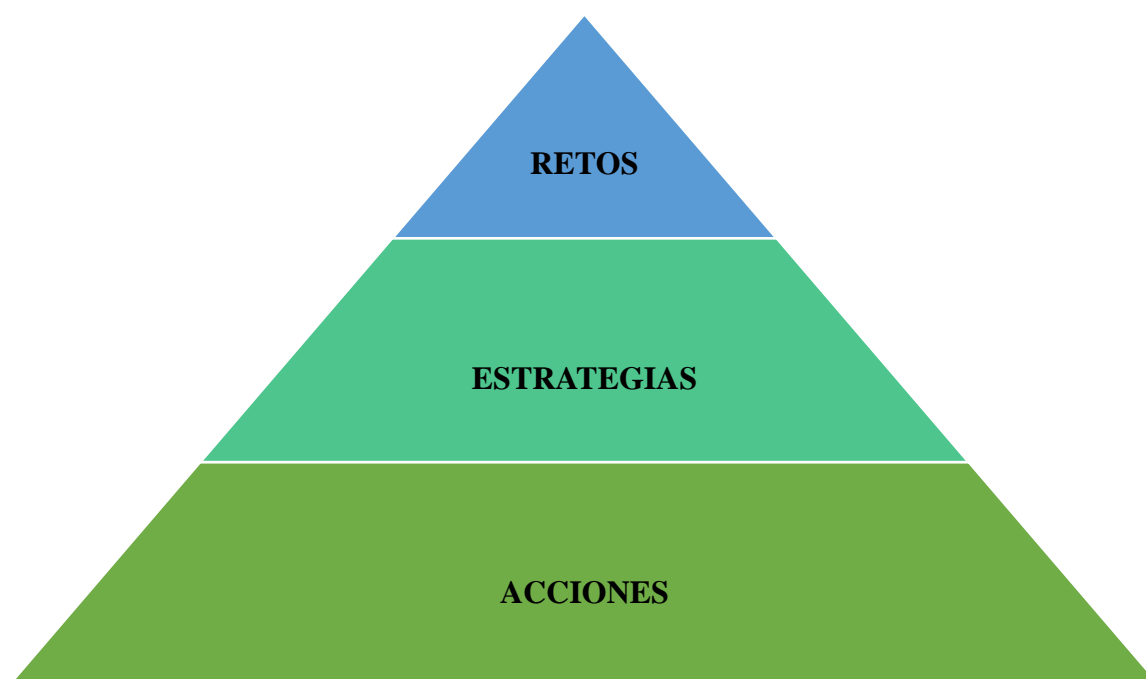
2.4.2.1. Procedimiento en cada componente del programa enriquecido. Distribución de retos, estrategias y acciones

Como se muestra en la *figura 12* en el programa enriquecido existen tres niveles de actuación: retos, estrategias y acciones. Cada uno de ellos sirve como base o complemento del siguiente, y todos ellos tienen su importancia y relevancia para la consecución de nuestro objetivo de mejora de la calidad de vida de los adultos mayores.

Igualmente, se recuerda que estas acciones, estrategias y retos puntuales están situadas en un nivel determinado del modelo Bio-social-ecológico como veremos más adelante en la *tabla 15*, pero como el propio modelo indica, todas ellas deben ser vistas en un conjunto. Por tanto, estos niveles de actuación no fueron tratados como elementos aislados de un nivel concreto, sino que hubo una conexión continua entre las áreas o componentes de la intervención, aunque su explicación se desarrolle por separado.

Figura 12

Niveles de actuación del programa enriquecido “Ser Mayor, RETA”



Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

En primer lugar, tenemos las acciones (por ejemplo, creación del abecedario, elaboración de las recetas de vida), las cuales se han llevado a cabo en momentos puntuales con sesiones específicas o durante varias sesiones de la práctica. En algunas ocasiones, se han podido realizar varias acciones para llevar a cabo una estrategia o reto.

El siguiente nivel de actuación, son las estrategias (por ejemplo, mural participativo, charla con otras áreas), con una finalidad concreta y en las que se han podido emplear una o varias acciones para llevarlas a cabo. Las estrategias tuvieron el objetivo de preparar y posibilitar la consecución de los retos, el nivel de actuación más complejo y de mayor desafío para los adultos mayores.

Los retos (por ejemplo, carrera, multideporte, Plogging), se han desarrollado a lo largo de la intervención para cada una de las áreas o componentes del programa mediante la realización de los niveles anteriores.

A continuación, se presentan en la *tabla 16* y, posteriormente, se explican más detalladamente, las diferentes acciones, estrategias y retos dentro de los niveles de actuación que se han llevado a cabo en los distintos componentes del programa, junto con los elementos que se desarrollan en cada uno de los retos y su correspondiente nivel de influencia alcanzado (alto-medio-bajo).

Tabla 16

Componentes, elementos, retos, estrategias y acciones del programa enriquecido “Ser Mayor, RETA”

Componentes del programa de intervención	Elementos del programa enriquecido	Retos	Estrategias	Acciones
MICROSISTEMA (Adultos Mayores)	Mot *; Aut y Coh**; P ***; Sos ***	1.- Planificación y programación con adultos mayores	1.- Mural participativo	1.- Creación de un abecedario en papel de embalaje expuesto a la entrada de la instalación
MESOSISTEMA (Activos de salud)	P ***; Sos *** P ***; Emp y Aut** Aut y Emp **; Sos* Mot *; P **; Coh ** P ***; Emp **; Aut* P ***; Mot ***; Coh ** P *; Emp **; Aut ** P, Mot y Coh ***; Emp **; Sos *; Sos ***; P **;	1.- Red de Activos 2.- Gimnasia en la calle 3.- Recetario 4.- Plogging 5.- Primeros auxilios 6.- Actividad física Intergeneracional 7.- Juegos tradicionales 8.- Promoción de Actividad Física 9.- Difusión de la intervención	1.- Identificación de Activos 2.- Charla y Fichas 3.- Charla Naturópata 4.- Charla con Medio Ambiente 5.- Charlas con Protección civil 6.- Preparación y organización de las estaciones con fichas 7.- Fabricación de materiales; Orden de estaciones 8.- Otros activos 9.- Reunión con la Mesa Intersectorial y con equipo de trabajo	1.- Fichas Servicios Sociales y “Jugando con activos” 2.- Sesiones prácticas 3.- Creación de Recetas de vida 4.- Recogida de residuos 5.- Sesiones prácticas con Protección civil 6.- Práctica con adolescentes 7.- Práctica de juegos con niños escolares 8.- Uso y participación en otras actividades 9.- Mesa intersectorial - Redes sociales - Prensa local

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

	Sos ***; Mot **; P *** Emp ***; Aut **	1.- Planificación y programación con técnicos	1.- Mochila de ideas. - Tendedor de palabras	1.- Aportación de los técnicos en reuniones periódicas
EXOSISTEMA (Área de deportes)	Aut **; Emp *; P *** M ***; Coh ***	2.- III Millas Romanas. - Dándole ritmo a la Navidad	2.- Fuerza de grupo	2.- Tú decides (camiseta, nombre del proyecto...)

MACROSISTEMA (Sostenibilidad)	Sos ***; Coh ***; P *** Mot ***; Aut **	1.- Jornada de convivencia	1.- Prep. y org. de un torneo deportivo y almuerzo de convivencia	1.- Práctica de torneo de petanca y almuerzo
	Sos ***; P **;	2.- Difusión del seguimiento	2.- Reuniones con la Mesa Intersectorial y con el equipo de trabajo	2.- Mesa intersectorial - Redes sociales - Prensa local
	Sos ***; P y Emp ***; Aut **; Mot **	3.- Seguimiento del programa	3.- Consenso con equipo de trabajo	3.- Entrega de Pasaporte

Nota. * poca influencia. **media influencia. ***alta influencia.

Mot=motivación; Emp=empoderamiento; Aut=autonomía; Coh=cohesión y apoyo social; P=participación; Sos=sostenibilidad.

Microsistema (Adultos mayores)

En este primer nivel, tras decidir como se podía hacer partícipes a los adultos mayores en el codiseño, se llevó a cabo la única acción, la creación de un **abecedario**, con la ayuda de algunos adultos mayores se dibujaron las letras del abecedario y se pegaron en orden sobre papel de embalar.

Tras esta acción, se realizó una estrategia, el **Mural participativo**, (*ver apéndice 9*), mediante la colocación del mural con todas las letras del abecedario. Este mural se colocó en la entrada de las dos instalaciones deportivas donde se realizaban las actividades, para fomentar la implicación de los adultos mayores en el proyecto conociendo sus ideas, mensajes, opiniones permitiendo una visualización más directa de todas las aportaciones. Su exposición se inició un mes antes del proyecto de intervención y, ante su éxito, se mantuvo durante todo el año para continuar recibiendo la información de las inquietudes, intereses, deseos, etc. que iban transmitiendo los adultos mayores.

Ambos niveles de actuación anteriores desarrollaron el reto de este primer componente del programa de intervención que consistió en alcanzar una **planificación y programación (codiseño) con los adultos mayores** ayudados por el equipo de trabajo conformado para la investigación. Este reto permitió desarrollar diferentes elementos que enriquecieron el programa “*Ser Mayor, RETA*”:

- **Participación:** el hacer partícipes del diseño y de la programación a los adultos mayores fue de suma importancia al principio del programa enriquecido, además de inducirlos a que fueran más protagonistas con dicha participación.
- **Sostenibilidad:** gran nivel de influencia, al participar los adultos mayores en el codiseño permitió que el programa tuviera sostenibilidad futura, ya que en gran medida fueron sus necesidades y aportaciones en el mural las que ayudaron a conformarlo.

uso y de la importancia de todos ellos como conjunto. Para ello, se elaboró el material curricular, el cual consistía en diversas cartulinas de colores según la tipología del activo de salud que se había determinado en los resultados cualitativos de la evaluación diagnóstica. Este material se repartió entre los adultos mayores y se realizaron varios juegos cooperativos para alcanzar el objetivo predefinido mediante la práctica de AF (*ver apéndice 10*).

Las dos acciones descritas, anteriormente, permitieron completar la estrategia de **identificación de activos de salud** que se había planteado en este componente del programa de intervención. Los adultos mayores fueron poco a poco entendiendo el concepto de activo de salud y fueron identificándolos a lo largo de la intervención, e incluso aportando nuevos activos. Finalmente, el reto correspondiente fue la **Red de Activos**, con posterioridad a la identificación, llega la siguiente fase, mucho más complicada, la utilización de los activos identificados. El objetivo de este reto fue favorecer el uso de los mismos por parte de los adultos mayores del programa de intervención.

Con respecto a los elementos desarrollados en este reto, fueron:

- **Participación:** convertir a los adultos mayores en protagonistas de la identificación de activos fue clave al inicio del programa enriquecido.
- **Sostenibilidad:** gran nivel de influencia, al participar los adultos mayores en una Red de Activos de gran valor para la localidad y, ser un referente a nivel autonómico y nacional al ser la única creada en Aragón.

Otro de los retos de este nivel, **Gimnasia en la calle**, en el cual el objetivo principal fue facilitar la utilización de este activo específico para los adultos mayores y, sobre todo, el que ellos mismos pudieran hacer un futuro uso fuera de las actividades dirigidas del programa (*ver apéndice 11*).

Con respecto a los elementos llevados a cabo en este reto, tenemos:

- **Participación:** alto nivel de influencia el alcanzado en este elemento con este reto, donde la participación de los adultos mayores fue crucial para el desarrollo del mismo.
- **Autonomía:** nivel de influencia media el conseguido aquí, ya que tras la explicación de las fichas fueron los propios adultos mayores los que trabajaron por su cuenta.
- **Empoderamiento:** igual que en el anterior, se alcanzó un nivel medio con este reto, los adultos mayores entendieron su realización y, fuera de las actividades dirigidas por el área de deportes, los propios adultos mayores llevaron a cabo las actividades por su propia iniciativa.

Para su consecución, se elaboraron varias estrategias, en primer lugar, unas **fichas** de los aparatos y de los ejercicios que se realizarían en cada una de las estaciones que existen en los distintos Parques de Mayores de gimnasia colocados en el municipio. Posteriormente, estas fichas se aclararon con una **charla explicativa** en una sesión de visita a los Parques antes de su utilización. Finalmente, se llevaron a la acción y se trabajaron varias sesiones en los aparatos gimnásticos con la **práctica de los ejercicios** preparados.

Para alcanzar éxito en el siguiente reto, se llevó a cabo una acción denominada **Recetas de vida**, la cual fue desarrollada durante dos semanas con el objetivo de elaborar una receta de cocina por cada uno de los participantes del programa de intervención. Esta receta debía estar elaborada también con ingredientes existenciales que les aportaran bienestar, calidad de vida, alegría, satisfacción y, posteriormente, entregar dicha receta en las bibliotecas municipales con objeto de fomentar la lectura mediante el uso de las mismas (*ver apéndice 12*).

Primeramente, para el correcto desarrollo de las Recetas de vida se realizó una estrategia mediante una charla informativa sobre alimentación saludable impartida por una naturópata

con el objetivo de concienciar a los adultos mayores en una correcta alimentación orientada a este grupo poblacional (*ver apéndice 12*).

Finalmente, para lograr el reto, se elaboró un **recetario** con todas las aportaciones de los adultos mayores (*ver apéndice 28*). Este reto tuvo la participación de diversas áreas de la localidad, alcanzando un carácter multidisciplinar, tras la elaboración de las recetas por parte de los adultos mayores y, tras su entrega en unas urnas habilitadas en las bibliotecas municipales fueron recogidas por el área de deportes que junto con el equipo de investigación y de trabajo decidieron darles un formato común a todas ellas. Posteriormente, el equipo de artes gráficas y periodismo de Utebo realizó la elaboración del recetario en formato reducido y accesible, para entregarlo como detalle y recuerdo de la participación en el programa de intervención “*Ser Mayor, RETA*”. Así mismo, se entregaron otras copias a las dos bibliotecas municipales para que quedaran archivadas en las mismas y pudieran ser utilizadas por otros vecinos de la localidad.

Con respecto a los elementos en este reto, se desarrollaron:

- **Autonomía:** se logró un nivel medio de influencia al ser los adultos mayores los que elaboraron sus propias recetas mediante sus conocimientos y experiencias de vida que pudieran satisfacerles emocionalmente.
- **Empoderamiento:** como el anterior, se alcanzó un nivel medio de empoderamiento, los adultos mayores con posterioridad al programa, tenían conocimiento del uso de las bibliotecas y de su funcionamiento y ellos mismos podían disfrutar de este servicio por si solos.
- **Sostenibilidad:** bajo nivel de influencia, pero existente, al crearse el recetario y entregarse a los adultos mayores y a las bibliotecas que colaboraron en la recogida de las recetas, de forma que quedaba a disposición de todos sus usuarios y de la comunidad local para su posterior uso.

Plogging, reto de concienciación desarrollado con el área de Medio Ambiente de Utebo cuyo objetivo era colaborar en el cuidado del medio ambiente y concienciar a otros ciudadanos de la importancia de la labor humanitaria en la conservación del entorno (*ver apéndice 13*).

Una primera sesión se desarrolló con una estrategia mediante una **charla informativa** del respeto y cuidado del medio ambiente y, sobre todo, del entorno cercano. También se explicó el protocolo de la realización de la actividad en sí.

En la siguiente sesión, se realizó la acción mediante una **marcha senderista** de una hora de duración por los alrededores del casco urbano del municipio con la implicación de los adultos mayores en la recogida de residuos orgánicos, plásticos y vidrio.

Los elementos desarrollados con este reto fueron:

- **Participación:** nivel medio de influencia el alcanzado con este reto, donde la participación de los adultos mayores fue crucial para el desarrollo del mismo, aunque no tuvieron concienciación para desarrollarlo en futuras ocasiones.
- **Cohesión:** fue fundamental en el grupo de adultos mayores que hubiera unión entre ellos, ya que sino, hubiera sido muy difícil la realización del reto de manera tan efectiva y coordinada.
- **Motivación:** en menor medida, pero sí se dio un nivel bajo, ya que sin ella no hubiera sido posible su realización, al estar reacios a su desarrollo.

En el siguiente reto, **Primeros Auxilios**, se realizaron como acción y estrategia, cuatro **sesiones de práctica y teoría** sobre diversos temas del área de Primeros Auxilios como quemaduras, heridas, hemorragias, reanimación cardiopulmonar, obstrucción aérea, etc. Estas sesiones fueron impartidas por Protección Civil de la localidad, con el objetivo de apreciar la

importancia de una correcta actuación en el caso de una urgencia ante situaciones de riesgo para la salud en cualquier situación de la vida diaria (*ver apéndice 14*).

Este reto realizó los siguientes elementos:

- **Participación:** alto nivel de influencia el alcanzado en este elemento con este reto, donde la participación de los adultos mayores fue crucial para la práctica de los talleres llevados a cabo.
- **Empoderamiento:** se logró un nivel medio con este reto, los adultos mayores con posterioridad al programa, tenían conocimiento de los talleres y, por su cuenta, podían desarrollar ciertas acciones.
- **Autonomía:** se obtuvo un nivel bajo de influencia ya que era complicado para ellos realizar, por sí mismos, las acciones de este reto, pero sí tuvieron cierta autonomía.

Con el objetivo de realizar práctica conjunta con otro grupo poblacional y crear vínculos afectivos entre ellos se llevó a cabo el siguiente reto de **Actividad física Intergeneracional** (*ver apéndice 15*). Para su consecución, los adultos mayores usaron como estrategia la preparación del torneo amistoso contra otra generación mediante **cuatro sesiones prácticas** deportivas de varias disciplinas (baloncesto, bádminton, tenis de mesa, lanzamientos a portería, ...).

Posteriormente, como acción concreta, los propios adultos mayores **organizaron y practicaron la competición amistosa** que se desarrolló con adolescentes del Instituto de Educación Secundaria “Torre de los Espejos” del municipio.

Con respecto a los elementos ejecutados por medio de este reto:

- **Participación:** nivel alto de influencia alcanzado, donde la organización y participación de los adultos mayores fue crucial para el desarrollo del mismo.

- **Motivación:** hubo un nivel alto también, la motivación durante la preparación y la realización del reto fue excelente.
- **Cohesión:** fue crucial para los adultos mayores que hubiera unión y conjunción entre ellos, sino hubi sido muy difícil la realización de manera tan efectiva y coordinada para competir, amistosamente, contra los adolescentes, logrando un nivel medio de influencia.

En la misma línea del reto anterior, se llevó a cabo una acción, **la práctica de juegos tradicionales con alumnos de primaria**. Para su preparación, como estrategia, se desarrollaron tres sesiones de juegos tradicionales aragoneses en las que los adultos mayores fueron **practicando e incluso elaborando** con materiales propios algunos de los juegos a desarrollar.

Posteriormente, para la consecución del reto se realizó una jornada final de **Juegos tradicionales con niños** del Colegio Infanta Elena con el objetivo de colaborar con las maestras del área de Educación Física del colegio en el fomento de las tradiciones locales y crear lazos de colaboración entre niños y mayores (*ver apéndice 16*).

Los elementos trabajados fueron:

- **Autonomía:** se logró un nivel medio de influencia ya que era complicado para ellos realizar por sí mismos las acciones de este reto, pero si se logró cierta autonomía en algunas acciones.
- **Empoderamiento:** se alcanzó un nivel medio con este reto, los adultos mayores con posterioridad al programa, tenían conocimiento de los juegos y por su cuenta, podían desarrollar ciertas acciones de los mismos.
- **Participación:** bajo nivel de influencia el alcanzado en este elemento con este reto, donde la participación de los adultos mayores no fue elevada al priorizar la práctica de los niños, pero si fue notable en la organización.

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

La participación en acciones concretas y puntuales (por ejemplo, defensa personal, Chikung) a partir de intereses de los adultos mayores, pero realizadas por otros profesionales de la actividad física permitió conectar las estrategias en el **uso de activos** de la comunidad, sirviendo como reto de **promoción de la AF** dentro del programa enriquecido.

Las actividades que se realizaron fueron:

Autodefensa: dos sesiones de trabajo con un experto en artes marciales de la Federación de Karate que permitió un trabajo de defensa personal ante situación de ataques, robos, agresiones tanto a uno mismo como a otras personas (*ver apéndice 17*).

Chikung: esta actividad de dos sesiones y, realizada por una experta del centro ACS en Promoción de la Salud, tuvo una gran acogida al tratarse de la combinación de ejercicios físicos y mentales y, supuso un mayor aliciente para nuestros adultos mayores, los cuales desarrollaron la actividad con gran acogida y entusiasmo. Tal es así, que algunos de ellos se apuntaron a sesiones extra desarrolladas por el área de deportes en horario de tardes (*ver apéndice 18*).

Paseos: esta actividad se realizó, principalmente, durante el primer mes de intervención para la preparación del primer reto, las III Millas Romanas. Los adultos mayores realizaban paseos por el entorno cercano al municipio con objeto de mejorar su condición física y, de esa forma, poder completar la prueba. Ante la gran acogida que tuvo, se decidió mantener esta actividad fuera del programa en los viernes, dado que es un día que no hay clase planificada. De esa forma, los adultos mayores incrementaron su participación en AF (*ver apéndice 19*).

Como objetivo de este reto de **promoción de la AF**, se marcó el reforzar el vínculo entre los adultos mayores y los ámbitos más cercanos que también promocionan la AF en la localidad.

Se desarrollaron los siguientes elementos:

- **Participación:** alto nivel de influencia el alcanzado en este elemento con estas actividades, su participación fue elevada en todas ellas para lograr la promoción de la AF.
- **Motivación:** hubo un nivel alto, la motivación durante la realización de las actividades fue excelente, especialmente, en la preparación de la carrera popular con los paseos.
- **Cohesión:** fue crucial para los adultos mayores que hubiera unión y conjunción entre ellos, logrando un nivel alto de influencia, especialmente, en la preparación de la carrera popular con los paseos
- **Empoderamiento:** se alcanzó un nivel medio con este reto, los adultos mayores con posterioridad al programa, tenían conocimiento de nuevos activos y, por su cuenta, podían desarrollar ciertas acciones de los mismos.
- **Sostenibilidad:** bajo nivel de influencia, pero existente, al ser partícipes de actividades conjuntas con la comunidad local que permitirán un mantenimiento de las mismas en el futuro.

El último de los retos de este nivel tuvo presente varias acciones (al llevarlas a cabo) y estrategias (al planificar las posteriores acciones) que explicamos a continuación:

Mesa Intersectorial, mensualmente, el municipio de Utebo realiza una reunión entre varias áreas del municipio (Salud, Cultura, Aula del Mayor, Fisioterapia, Servicios Sociales, Universidad de la experiencia, Deportes) para fomentar hábitos saludables entre la población. Desde nuestro programa de intervención se participó en ellas para difundir y ampliar la información del proyecto e implicar a otros sectores de la localidad que tienen en cuenta la promoción de AF y el uso de activos como una necesidad de toda la comunidad. Así mismo, sirvió para colaborar en determinadas actividades, participaciones y eventos que programan estas áreas de la localidad (por ejemplo, Taller de Memoria, juegos San Lamberticos).

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Difusión en redes: durante toda la intervención, con una frecuencia semanal, se utilizaron varios elementos informáticos para difundir el proyecto mediante distintas redes sociales. Específicamente, se creó una página en Facebook (www.facebook.com/SerMayorRETA), en Twitter (Ser Mayor, [RETA@AdultosMayoresA](https://twitter.com/RETAAdultosMayoresA)) y un blog exclusivo del programa (adultosmayoresactivos.wordpress.com).

En todas estas redes se iban explicando las diversas actividades, retos o estrategias que se iban realizando y se colgaban fotos de las mismas con el objetivo de enriquecer en mayor medida el programa y ayudar a difundirlo entre la población del municipio y a otras comunidades (*ver apéndice 20*).

Publicaciones en prensa local: el municipio cuenta con una revista local denominada “Utebo Actual” que realiza publicaciones mensuales en la prensa local. Cada reto mensual fue publicado mediante un artículo y, además, también se detallaban otras estrategias, actividades y contenidos de la intervención. Todas estas publicaciones sirvieron para ir conectando el programa de intervención con el municipio durante todo el desarrollo del mismo (*ver apéndice 21*).

El reto en sí, se denominó **Difusión de la intervención**, ya que consistía en dar mayor visibilidad al proyecto a través de las publicaciones puntuales y continuas con objeto de lograr hacer partícipes a familiares, amistades y resto de comunidad cercana a los adultos mayores participantes en el programa enriquecido.

Con respecto a los elementos llevados a cabo:

- **Sostenibilidad:** alto nivel de influencia, al ser partícipes de la difusión, conjuntamente, con la comunidad local a través de otros organismos.
- **Participación:** medio nivel de influencia el alcanzado en este elemento con estas actividades, su participación fue conveniente para la difusión del programa.

Mochila de ideas, esta estrategia se realizó al comienzo de todo el estudio, una vez que se había otorgado el grupo experimental a la localidad de Utebo y su barrio Malpica y que habían sido informados los técnicos deportivos del objetivo y desarrollo del estudio. Tras una primera reunión se decidió crear esta estrategia antes de iniciarse la intervención y que los técnicos la completaran durante el verano de 2017 para conocer sus opiniones y aportaciones y así, hacerlos partícipes del programa en su diseño (*ver apéndice 22*).

Tendedor de palabras, durante el primer mes, antes de la aplicación del programa, se llevó a cabo esta estrategia mediante la realización de una reunión con los técnicos deportivos con el objetivo de darles cierta formación sobre el marco teórico y la terminología del proyecto, además de que, nuevamente, nos expresaron sus opiniones sobre el diseño de la intervención. De esa manera, se pretendía conseguir un equipo de trabajo consciente del proyecto y de las posibles actuaciones a realizar de manera conjunta y acorde al diseño establecido (*ver apéndice 23*).

El reto, **codiseño con los técnicos deportivos**, después de hacerlos sabedores de la teoría del programa y de los aspectos más relevantes del mismo, era crucial que tuvieran su versión sobre el programa, que fuera también suyo. De esa forma, se podía lograr en el futuro que el programa tuviera sostenibilidad.

Con respecto a los elementos desarrollados, tenemos:

- **Participación:** altísimo nivel de influencia el alcanzado en este elemento por los técnicos profesionales con estas actividades, su participación fue elevada en todas ellas.
- **Empoderamiento:** se alcanzó un nivel alto, los técnicos con posterioridad al programa, tenían conocimiento de nuevas acciones y estrategias para planificar, programar y, por su cuenta, poder desarrollarlas por sí mismos.
- **Sostenibilidad:** alto nivel de influencia, al ser partícipes por sí mismos de la planificación del programa, lo que permitirá mejor creación y desarrollo en posteriores años.

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

- Motivación: hubo un nivel medio, la motivación durante la realización de las actividades fue necesaria para tener iniciativas propias de exposición de ideas.
- Autonomía: se logró un nivel medio de influencia ya que era complicado para ellos realizar por si mismos las acciones de este reto, pero sí se logró cierta autonomía en algunas de ellas.

Dado el modelo teórico elegido, uno de los factores de intervención más importantes fue la pertenencia y unión de grupo. Para su consecución, se realizaron varias acciones bajo el nombre “**Tú decides**” y una estrategia, **Fuerza de grupo**, que resultaron fundamentales para nuestra investigación.

Al comienzo de la intervención, el equipo de trabajo otorgó a los adultos mayores la potestad de decidir algunos aspectos relevantes para el programa, como fue la elección de una camiseta técnica para realizar las clases de AF con el mismo uniforme, así como su color y diseño. Tras varias valoraciones, se decidió por una camiseta deportiva de tejido transpirable, en color azul y con tipo de cuello redondo.

Otra de las aportaciones fue el lema o nombre del proyecto, para ello, se escucharon varias propuestas de los adultos mayores y después, se realizó una votación, el resultado de la misma dio el nombre del programa: “*Ser Mayor, RETA*” que se seriegrafió en la camiseta identificativa elegida (*ver apéndice 24*).

Como mayor nivel de actuación se desarrollaron 2 retos:

En la localidad se celebra una carrera organizada por los clubs de Atletismo de Utebo para corredores, las VIII Millas Romanas, pero se creó una nueva categoría adaptada a los adultos mayores (**III Millas Romanas**). Previamente a la actividad en sí, se realizaron ocho sesiones de senderismo durante el mes de octubre para luego realizar la carrera en tres grupos de nivel según el ritmo de marcha alcanzado por los adultos mayores.

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Con este primer reto desarrollado al comienzo del programa, se pretendió equiparar a todos los adultos mayores del grupo con el resto de la comunidad del municipio mediante la participación en una actividad física organizada y con renombre en la comunidad. Así mismo, se pretendía dar una gran difusión al inicio del proyecto (*ver apéndice 25*).

Dándole ritmo a la Navidad, este reto se desarrolló dentro de la estrategia de la cohesión de grupo al comienzo del programa y sirvió de manera notable al objetivo pretendido. Para su consecución, los dos subgrupos que constituían el conjunto del grupo experimental realizaron, en la práctica de AF de sus clases, seis sesiones de una coreografía de baile.

Posteriormente, se representó dicho baile ensayado en las sesiones y se realizó una comida navideña en un restaurante de la localidad, con el objetivo de que ambos subgrupos se integraran, conjuntamente, en el proyecto fomentando la pertenencia y cohesión del grupo (*ver apéndice 26*).

Los elementos desarrollados en ambos retos fueron:

- **Participación:** altísimo nivel de influencia el alcanzado en este elemento, su participación fue elevada en ambas, pero especialmente, en la carrera popular.
- **Motivación:** hubo un nivel muy elevado. Durante la realización de las sesiones fue necesario tenerla para afrontar las exigentes prácticas en la preparación de los retos.
- **Cohesión:** fue crucial para los adultos mayores que hubiera unión y conjunción entre ellos, logrando un nivel alto de influencia.
- **Autonomía:** se logró un nivel medio de influencia ya que era complicado para ellos realizar por si mismos las acciones de este reto.
- **Empoderamiento:** se alcanzó un nivel bajo, algunos de estos retos serán difíciles de realizar en el futuro en solitario.

Los elementos trabajados en este reto fueron:

- **Participación:** altísimo nivel de influencia el alcanzado de este elemento con este reto, su participación fue muy elevada, tanto en la organización y desarrollo del torneo y del almuerzo.
- **Motivación:** hubo un nivel alto, la motivación durante la realización de este reto fue excelente, gracias al interés de hacerlo bien ante los asistentes y visitantes.
- **Sostenibilidad:** alto nivel de influencia, al ser partícipes de las actividades, conjuntamente, con la comunidad local (técnicos, club de petanca, otros usuarios) permitiendo su duración en posteriores años.
- **Cohesión:** fue crucial para los adultos mayores que hubiera unión y conjunción entre ellos, logrando un nivel alto de influencia, especialmente, en la preparación del almuerzo.
- **Autonomía:** se logró un nivel medio de influencia ya que era complicado para ellos realizar por si mismos las acciones de este reto, especialmente, en la organización del torneo, pero si se logró cierta autonomía en la práctica del torneo y en la preparación del almuerzo.

Difusión en seguimiento, este reto tuvo en este proceso de seguimiento idénticas acciones a las realizadas en la fase de intervención:

Mesa Intersectorial, durante esta fase de seguimiento el programa de intervención enriquecido participó trimestralmente en las reuniones de este grupo de trabajo para difundir y ampliar la información del proyecto e implicar a otros sectores de la localidad. Así mismo, sirvió para colaborar en determinadas actividades, participaciones y eventos en promoción de la AF y de la salud que organizaban las otras áreas del municipio (Taller de Memoria, Juegos San Lamberticos).

Difusión en redes, nuevamente, durante el seguimiento y como ya se hizo en la fase de intervención se siguieron utilizando las distintas redes sociales, explicando las diversas actividades, retos o estrategias que se fueron realizando con el objetivo de enriquecer el programa y ayudar a difundirlo entre la población de Utebo y a otras comunidades (*ver apéndice 20*).

Publicaciones en prensa local, la revista “Utebo Actual” siguió realizando publicaciones en la prensa local de los contenidos de la intervención, conectando el programa con la localidad (*ver apéndice 21*).

Con respecto a los elementos desarrollados:

- **Sostenibilidad**: alto nivel de influencia, al ser partícipes de la difusión, conjuntamente, con la comunidad local a través de otros organismos.
- **Participación**: medio nivel de influencia el alcanzado en este elemento con estas actividades, su participación fue conveniente para la difusión del programa.

La última acción realizada en la intervención tras el segundo año, el de seguimiento, fue la entrega de un **Pasaporte**, con el objetivo de otorgar sostenibilidad al proyecto en cursos posteriores sin la intervención directa de agentes externos (equipo investigador). Para su elaboración fue necesaria la estrategia, **en consenso con el equipo de trabajo**, mediante diferentes propuestas y reuniones.

Con ambos niveles de actuación anteriores se buscó la consecución del reto, **Seguimiento del programa**, ya que, por su cuenta e iniciativa, los adultos mayores deberían ir usando los diferentes activos que se les indica en el pasaporte y, posteriormente, el área de deportes daba por validados aquellos que sí se hubieran realizado. De esta manera, se pretendía fomentar todavía más el empoderamiento de los participantes (*ver apéndice 30*).

Los elementos que se desarrollados fueron:

- **Sostenibilidad:** alto nivel de influencia, al ser partícipes de la misma mediante la realización del pasaporte de activos en posteriores años por su propia iniciativa.
- **Participación:** alto nivel de influencia el alcanzado en este elemento con este reto, su participación será fundamental para el desarrollo del programa en años posteriores.
- **Empoderamiento:** se da un nivel alto, al realizar en el futuro, por sí mismos, diferentes activos planteados en el pasaporte.
- **Autonomía:** se logra un nivel medio de influencia ya que es complicado para ellos realizar, por sí mismos, este reto en su totalidad, pero si se logra cierta autonomía en algunas de las acciones que lo conforman.
- **Motivación:** nivel medio, muy necesario este elemento para que los adultos mayores sean capaces de lograr llevar a cabo las acciones.

En la siguiente *tabla 20*, se muestra la temporalización de los retos del área de intervención o componente de Macrosistema (Sostenibilidad).

Tabla 20

Temporalización del componente Macrosistema

	Año 2018					Año 2019				
Petanca y convivencia.			x							x
Difusión del seguimiento.						x	x	x	x	x
Seguimiento (Pasaporte)										x

Tras la exposición de los retos, estrategias y acciones con sus correspondientes elementos desarrollados en cada uno de los componentes de la intervención, se muestran en este apartado la cronología y temporalización de los mismos, llevados a cabo en el primer año de la intervención, con fechas precisas del momento de la ejecución (*ver tabla 21*).

Tabla 21

Cronología de los retos, estrategias y acciones según componentes durante el primer año de la intervención

Fecha	Reto/Estrategia/Acción	Micro	Meso	Exo	Macro
15/06/17	Tendedor de palabras			X	
	Mochila de ideas			X	
30/08/17	Concreción proyecto-técnicos Utebo			X	
06/09/17	Reunión Mesa Intersectorial		X		
11/09/17	Abecedario de Activos	X			
11/09/17	Presentación grupo experimental	X			
14/09/17	Entrega consentimientos	X			
15/09/17	Reunión equipo de trabajo: reto 1			X	
21/09/17	Realización SF-36	X			
26/09/17	Difusión en revista municipal		X		
06/10/17	Tú decides: camiseta, lema...			X	
11/10/17	Mural participativo	X			
18/10/17	Reunión equipo de trabajo: reto 1			X	
25/10/17	Concreción de grupo de discusión	X			
27/10/17	Difusión en revista y redes sociales		X		
27/10/17	Reunión Mesa Intersectorial		X		
29/10/17	Reto 1: III Millas Romanas			X	
29/10/17	Difusión del reto 1		X		
30/10/17	Realización grupo de discusión	X			
06/11/17	Identificación activos de salud SS		X		
08/11/17	Reunión equipo de trabajo: reto 2			X	
09/11/17	Charla con naturópata		X		
13/11/17	Colaboración con bibliotecas		X		
16/11/17	Reto 2: Recetas de vida		X		
20/11/17	Seguimiento del reto 2 en bibliotecas		X		
27/11/17	Reunión equipo de trabajo: reto 3			X	
30/11/17	Charla resultados grupo discusión	X			
11/12/17	Recogida recetas en bibliotecas		X		
15/12/17	Difusión del reto 2		X		
15/12/17	Reunión Mesa Intersectorial		X		
20/12/17	Reto 3: Jornada de convivencia: baile + comida			X	
26/12/17	Difusión del reto 3		X		
30/12/17	Elaboración recetario			X	
08/01/18	Reunión equipo de trabajo: reto 4 y 5			X	
18/01/18	Chi Kung y Mindfulness		X		
20/01/18	Reto 4: Multideporte intergeneracional con adolescentes		X		
22/01/18	Difusión del reto 4		X		
25/01/18	Autodefensa		X		
26/01/18	Reunión Mesa Intersectorial		X		

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

01-08-15	Reto 5: Primeros Auxilios		X		
22/02/18					
15/02/18	Difusión reto 5		X		
15/02/18	Reunión equipo de trabajo: comunicación de resultados. Seguimiento proyecto				X
20/02/18	Comunicación Resultados SF-36	X			
22/02/18	Jugando con activos		X		
23/02/18	Reunión equipo de trabajo: reto 6				X
02/03/18	Reunión Mesa Intersectorial		X		
01-08-15/03/18	Reto 6: Parques de mayores		X		
12/03/18	Reunión equipo de trabajo: Seguimiento				X
15/03/18	Difusión del reto 6		X		
19/03/18	Seguimiento proyecto				X
28/03/18	Reunión equipo de trabajo: reto 7				X
13/04/18	Reunión Mesa Intersectorial		X		
16/04/18	Reunión equipo de trabajo: seguimiento				X
19/04/18	Reto 7: Juegos tradicionales		X		
19/04/18	Difusión del reto 7		X		
22/04/18	Identificación de activos		X		
30/04/18	Reunión equipo de trabajo: seguimiento y preparación reto 8				X
04/05/18	Reunión equipo de trabajo: postest				X
10/05/18	Charla con Medio ambiente				X
11/05/18	Reto 8: Plogging		X		
12/05/18	Difusión del reto 8		X		
17/05/18	Reunión equipo de trabajo: reto 9				X
24/05/18	Reunión equipo de trabajo: seguimiento y preparación reto 9				X
04/06/18	Reunión equipo de trabajo: reto 9				X
07/06/18	Reto 9: Petanca y jornada de convivencia				X
11/06/18	Realización postest	X			
12/06/18	Difusión del reto 9			X	
14/06/18	Entrega recetario, fin de intervención	X			
27/06/18	Valoración y propuestas de futuro				X

En la tabla, puede verse claramente la tendencia inicial antes del comienzo de la intervención en la formación de los técnicos profesionales (exosistema). Por otro lado, al comienzo de la intervención la mayoría de las actuaciones tuvieron, directamente, como protagonistas a los adultos mayores (microsistema). Posteriormente, la distribución de las mismas fue abarcando todos los niveles, especialmente, (mesosistema y exosistema).

Finalmente, para completar todo el conjunto como establece el modelo Bio-social-ecológico, el último nivel (macrosistema), se tuvo en cuenta al final del primer año, pero se desarrolló, fundamentalmente, en el seguimiento, que se detalla más adelante.

2.4.2.2. Procedimiento de administración del cuestionario

El proceso de cumplimentación del cuestionario SF-36, se realizó tal y como se muestra en el estudio I, con la particularidad de que para abordar este estudio III se necesitó repetir el proceso en tres momentos: tiempo 1 (junio 2018); tiempo 2 (septiembre 2019); tiempo 3 (junio 2019). Para con ello poder analizar los niveles de calidad de vida relacionada con la salud desde el inicio de la investigación. En todas las mediciones, se contó con la colaboración del equipo de trabajo que junto al investigador ayudaron a la elaboración de los cuestionarios ante la dificultad de algunas preguntas. Tras la cumplimentación, se revisaron los cuestionarios realizados por los adultos mayores, descartando aquellos en los que los datos no estaban completos. Al mismo tiempo, se comprobó que los códigos de identificación que habían rellenado eran correctos, de acuerdo con los listados de que disponía el grupo de trabajo.

2.4.2.3. Evaluación y seguimiento del programa

Después de 10 meses de implementación del programa enriquecido, se continuó con un seguimiento y evaluación (otros 10 meses), para determinar los efectos de la intervención en la mejora de la calidad de vida un año después de su codiseño y desarrollo. Igualmente se pretendía empoderar a los técnicos (profesionales de la AF) para ver como ellos se apropiaban del programa enriquecido.

La evaluación de seguimiento del programa enriquecido (en su 2º año), no sólo quiso medir el impacto a nivel individual de los participantes y el impacto de la apropiación del programa por parte del área de Deportes, sino también, el posible impacto social que pudiera tener este tipo de programas enriquecidos en la localidad de Utebo (aumento en el número de inscripciones, visibilidad, importancia, apoyo político, colaboración con nuevos activos, reconocimiento RAPPs, etc.).

El objetivo con el seguimiento fue medir el progreso en cada una de las áreas clave del marco de referencia (micro-, meso-, exo-, y macrosistema) por medio de un método de evaluación de programas de intervención denominado “evaluación de la teoría del programa” (Davidson, 2000; Rogers et al., 2000). Dicha teoría se puede definir como un proceso que, en primer lugar, identifica cómo funciona la intervención y qué resultados pretende obtener construyendo un modelo teórico del programa, y, en segundo lugar, estructura todo el proceso de indagación a través de dicho modelo teórico. No solamente busca evaluar si se han logrado los objetivos sino también identificar los mecanismos causales que han conducido a ellos (Ligero, 2011).

Para evaluar el programa enriquecido “*Ser Mayor, RETA*” se elaboraron cinco criterios y sus correspondientes preguntas (*ver tabla 22*) que se consideraron relevantes según la literatura revisada (Davidson, 2000; Ligero, 2011; Rogers et al., 2000). Estos criterios a observar fueron ejecutados por el equipo de trabajo constituido en su día antes de la intervención, el cual estaba formado por el investigador, la coordinadora del área de Deportes, la responsable de la Universidad y los profesionales de la AF. Este equipo de trabajo se mantuvo durante el seguimiento y se unieron otros colaboradores que se fueron incorporando durante el segundo año, alumnos de TAFAD o de INEF que estaban realizando las prácticas para la obtención de la titulación correspondiente en el área de deportes.

Tabla 22*Criterios de seguimiento y evaluación y ejemplos de preguntas*

CRITERIO	EJEMPLOS DE PREGUNTAS PARA EVALUARLO
Resultados o acciones de intervención	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Las acciones son relevantes para las...? - ¿Muestra la acción suficiente impacto en los objetivos que se pretenden? - ¿Es probable que la acción tenga un impacto semejante al aplicarse en entornos/ambientes diferentes?
Naturaleza de la acción	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué clasificación de acción le corresponde? - ¿Existe una justificación basada en investigación teórica que indique que esta acción o resultado funcionará? - ¿Existe algún riesgo asociado con esta acción o resultado? (ético, de alcance o de reputación)
Alineación con el modelo de referencia y la variable de estudio (calidad de vida)	<ul style="list-style-type: none"> - ¿La acción se alinea con...? - ¿La acción aporta una mejora de la calidad de vida en el contexto de estudio? - ¿La acción promueve la cultura interna... y la intersectorialidad?
Potencial del crecimiento	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene la institución (área de Deportes) la capacidad interna y recursos para hacer crecer esta acción? - ¿Cómo se integra la acción con los procesos, sistemas o infraestructura que ya tiene la institución? - ¿Hay otras personas o agentes que puedan adoptar la acción?
Viabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál fue el costo de la acción? - ¿La acción provee de suficiente retorno que justifique su crecimiento?

Nota: Adaptado de Ligeró (2011).

El primer paso antes de comenzar con el seguimiento del programa fue realizar una reunión con el equipo de trabajo para plantear entre todos los pasos a seguir en el segundo año. Con este fin, el investigador elaboró una guía (*ver apéndice 36*) para los miembros del equipo de trabajo que incluía aspectos relevantes del programa y los resultados del primer año de intervención. Posteriormente, se realizaron reuniones mensuales para revisar y analizar los diferentes resultados, acciones y dificultades que iban surgiendo con el desarrollo del programa enriquecido. Igualmente, estas reuniones sirvieron para completar las fichas de

seguimiento por los técnicos deportivos e ir plasmando las necesidades del programa que se iban generando (ver figura 13 y apéndice 31).

Figura 13

Ficha de seguimiento para los técnicos deportivos

Nº de ficha: _____ Fecha: _____

Teoría del programa			Criterios que se consideran relevantes			
Resultados	Procesos o mecanismos de implementación	Recursos, organización y otros elementos estructurales	Relevancia del resultado	Naturaleza del resultado y alineación con el modelo	Potencial del crecimiento	Viabilidad
<i>Cambios producidos en la intervención</i>	<i>Acciones, decisiones, personas e interacciones que se hacen para producir los cambios. Secuencia, sucesión... es crucial el orden en el que suceden las cosas</i>	<i>Elementos que se necesitan para que los procesos puedan funcionar. Es algo relativamente estable de distintos tipos de recursos para alcanzar los fines/objetivos del proyecto.</i>	<i>¿El resultado, cambio o acción es relevante para los objetivos que se pretenden?</i>	<i>*N1, N2, N3, N4</i>	<i>¿Tiene el área de Deportes) la capacidad interna y recursos para hacer crecer este cambio o acción?</i>	<i>¿Cuál fue el costo del cambio o acción? ¿El cambio o acción provee de suficiente retorno que justifique su crecimiento?</i>

N1: Fortalecer conocimientos, actitudes, habilidades para mejorar su propia salud (a nivel individual): Poner en marcha herramientas y estrategias que deben de dotar al adulto mayor para que sienta la necesidad de llevar una vida activa y que sienta placer por ello; N2: Fortalecer el trabajo intersectorial a través de alianzas con actores de salud del entorno (apoyo social): Aunar fuerzas para poder trabajar todos los interesados en la calidad de vida del adulto mayor, en la misma línea de trabajo, compartiendo ideas y experiencias. Transferencia, utilidad, cooperación y trabajo en equipo; N3: Desarrollar entornos saludables (pertenencia al grupo, cohesión de grupo): Conseguir que los programas ofrecidos por el área de Deportes promuevan la calidad de vida y sea un proyecto clave del municipio (RAPPS), implicando a los técnicos y directores, y que sientan placer y realización por lo que hacen. Organización/planificación, metodología, novedad, interdisciplinariedad/multicomponente y entusiasmo; N4: Analizar el impacto a nivel individual y global (contexto y agentes) para la sostenibilidad del programa: Ser conscientes de la inversión social que supone la práctica de actividad física y la calidad de vida para las personas y que ésta tenga acceso todo el mundo. Gratis, accesible, holístico y facilidades. Conocer el potencial que tiene el macrosistema, en el desarrollo del contexto.

Al mismo tiempo, el investigador junto con la responsable de Deportes y de la Universidad, participaron, trimestralmente, en las reuniones con la mesa de agentes del municipio (intersectorial) presentando el desarrollo y seguimiento del programa a los responsables de la promoción de la salud de la comunidad local.

Por lo tanto, esta propuesta de evaluación y seguimiento encaja con una de las necesidades para la investigación futura (Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008), ya que existen pocas evidencias que muestren los efectos de una intervención en promoción de la AF después de finalizar el periodo de la intervención.

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

La temporalización de las acciones durante el seguimiento queda reflejada en la siguiente tabla (*ver tabla 23*).

Tabla 23

Cronología de las acciones realizadas durante el seguimiento del estudio

Reunión equipo: entrega guía del programa de enriquecimiento. Difusión.	18/09/2018
Reunión equipo: explicación y entrega de cuestionarios sf-36.	15/10/2018
Realización sf-36. Reunión para la difusión del proyecto.	18/10/2018
Reunión equipo: ficha de seguimiento del proyecto. Grupo de discusión.	30/10/2018
Comunicación equipo: ficha de seguimiento del proyecto.	15/11/2018
Reunión mesa intersectorial. Difusión del proyecto.	30/11/2018
Reunión equipo: seguimiento y difusión del proyecto.	09/01/2019
Reunión equipo: seguimiento del proyecto.	25/01/2019
Comunicación equipo: ficha de seguimiento del proyecto.	07/02/2019
Reunión mesa intersectorial. Difusión del proyecto.	22/02/2019
Reunión equipo: seguimiento, cambio de planificación.	01/03/2019
Reunión equipo: seguimiento, estrategias de motivación	18/03/2019
Reunión equipo: seguimiento, estrategias de motivación. Difusión.	25/03/2019
Comunicación equipo: ficha de seguimiento del proyecto.	11/04/2019
Reunión equipo: concreción sesión final y T4. Difusión.	25/04/2019
Sesión final con adultos mayores. sf-36 (T4)	06/05/2019
Entrevista a técnicos (T4). Difusión.	20/05/2019
Grupo de discusión (T4)	22/05/2019
Reunión equipo: seguimiento, difusión y propuestas de futuro (pasaporte) y reunión mesa intersectorial.	31/05/2019

2.4.2.4. Temporalización de las fases del estudio

En este último apartado se presenta la temporalización de las fases principales de estudio III, desglosando las tareas más significativas del mismo (*ver tabla 24*). Cabe destacar, que tanto los técnicos deportivos, como la coordinadora y los colaboradores, además de los adultos mayores, participaron de forma continuada en el desarrollo de cada una de estas fases.

Diseño, implementación y evaluación de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Fase I. Aplicación del programa de intervención: se procedió a la implementación del programa enriquecido durante dos cursos académicos, en el transcurso del mismo, como ya se indicó anteriormente, se efectuaron mediciones del cuestionario y grupos focales al final del primer año y al inicio y final del segundo.

Fase II. Toma de datos finales: se finalizó el trabajo de campo con la recopilación de los datos finales de los adultos mayores (cuestionario) para conocer la incidencia alcanzada tras la realización del programa de intervención en los niveles de calidad de vida, sus dimensiones y componentes físico y mental.

Fase III. Discusión e interpretación de los resultados: una vez finalizada la fase anterior, se transcribieron los datos cuantitativos mediante el software del cuestionario SF-36 y, posteriormente, fueron exportados al paquete estadístico SPSS en su versión 26.0. A partir de los resultados se procedió a la discusión de los mismos comparándolos con otros estudios recabados en la literatura.

Fase IV. Redacción final del estudio: tras recogerse los resultados de otros estudios y las conclusiones que habían efectuado otros investigadores se llevó a cabo la elaboración final del estudio revisando las distintas partes que lo conforman para actualizarlo.

Fase V. Exposición de los resultados: en esta fase se presentaron los resultados y las conclusiones extraídas del presente estudio III y del conjunto de la tesis, tanto a los adultos mayores participantes del programa enriquecido como al equipo de trabajo que lo había desarrollado y, por último, al grupo control que había servido de comparación con el grupo de la intervención.

2.5. Proceso de análisis de datos

Para el tratamiento estadístico de los datos recogidos se utilizó el programa estadístico SPSS 26.0. El primer lugar, se llevó a cabo un análisis de fiabilidad a partir de la consistencia interna de las variables estudiadas a través del coeficiente alfa de Cronbach (*ver tabla 25*), los resultados reflejaron una fiabilidad muy buena.

Tabla 25

Valores de fiabilidad del cuestionario sf-36

Dimensiones de la variable	Alfa de Cronbach
FF	,849
RF	,854
DC	,852
SG	,854
VT	,847
FS	,852
RE	,867
SM	,854
CSF	,848
CSM	,860
CV	,838

Después, se analizó la distribución de la muestra a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, con resultados de $p < 0,05$ para la variable estudiada de calidad de vida (incluidas las ocho dimensiones y los dos componentes) en los cuatro momentos de medición, concluyendo que la distribución no era normal, por lo que se utilizó estadística no paramétrica para el cálculo exploratorio de las diferencias.

Inicialmente, se calcularon los estadísticos descriptivos “sin ajustar” de la media (M) y la desviación estándar (DE) de los adultos mayores en las cuatro mediciones: al inicio del estudio (Línea base-T0), al final del primer año (T1), inicio del segundo año (T2) y al final de

todo el programa (T3), ofreciendo una evolución de las características de los participantes a lo largo del tiempo en cada grupo de estudio.

Seguidamente, se utilizó el análisis estadístico U de Mann-Whitney de la variable estudiada (calidad de vida) para comparar entre sí los datos de los dos grupos de estudio, control y experimental, y determinar si entre ellos hubo diferencias significativas en cada uno de los cuatro momentos de medición. En este análisis se estableció el nivel de significatividad a $p < 0,05$, (*ver apéndice 32*).

Posteriormente, se usó la prueba estadística de Wilcoxon para comparar los valores de cada grupo de estudio por separado a lo largo del estudio en sus cuatro mediciones. Por un lado, la muestra del grupo experimental que llevó a cabo el programa de intervención enriquecido que se había implantado y, por otro, el grupo control con su programa de actividades deportivas tradicional planificado. Debido a la gran cantidad de test realizados en este análisis de Wilcoxon, se estableció el nivel de significatividad a $p < 0,01$, al aplicar la corrección al error de Bonferroni, (*ver apéndice 33*).

A partir de estos pasos previos en el estudio de las variables, se adoptó un enfoque multinivel usando la función modelo lineal generalizado mixto en SPSS versión 26.0, con el fin de estimar las diferencias ajustadas en las medias de las variables de interés entre el grupo experimental y el grupo control. Este método permite valorar el cambio individual a lo largo del tiempo, explorar diferencias entre los grupos en las trayectorias de cambio, evaluar el efecto de la intervención desde el momento inicial y el cambio en el tiempo en las dimensiones, componentes y global de la calidad de vida. Este enfoque es apropiado para examinar el cambio a nivel individual porque crea un modelo jerárquico de dos niveles que agrupa las observaciones a lo largo del tiempo en los individuos de donde provienen teniendo así en cuenta la variabilidad y correlación que las medidas repetidas introducen (Ntoumanis, 2014; Shek & Ma, 2011).

Teniendo en cuenta la relativa uniformidad en el distanciamiento temporal de las mediciones, los valores de línea de base (T0) de la variable “tiempo” se establecieron a 0 y los valores de las siguientes mediciones a 1, 2 y 3. Los participantes en el grupo experimental fueron representados por el valor 1 y los del grupo control por el valor -1 y la misma categorización de tipo “efecto” se empleó para los dos grupos de edad analizados como covariables en este estudio. Por su parte, el género masculino fue representado por el valor 0 y el género femenino por el valor 1 dado que el género se puede considerar una variable categórica puramente nominal.

Siguiendo recomendaciones en la literatura (Shek & Ma, 2011; Singer & Willett, 2003), modelos estadísticos preliminares examinaron diferencias en las medias de las variables relacionadas con la calidad de vida entre los participantes, y si la trayectoria de cambio, en caso de existir, era constante (lineal) o aceleraba o desaceleraba con el tiempo (no lineal). A fin de examinar esta posibilidad, un parámetro cuadrático (tiempo al cuadrado) se añadió al modelo previo que examinaba si el parámetro de cambio lineal (tiempo) era estadísticamente significativo o no.

El género y el grupo de edad fueron examinados, posteriormente, para comprender como se relacionan, de modo individual, con el momento inicial (línea base-T0) y la trayectoria de cambio de cada una de las dimensiones y componentes de la calidad de vida. Asimismo, un variable dicotómica “Grupo” fue examinada como covariable para comprobar si existían diferencias entre el grupo experimental y el grupo control en el momento inicial (línea base-T0) y el cambio a lo largo del tiempo (interacción grupo-tiempo). Los modelos multivariantes finales para cada dimensión relacionada con la calidad de vida incluyeron el grupo de edad, el género y la interacción entre el grupo y el tiempo como covariables para obtener estimaciones ajustadas del efecto del tratamiento experimental (“Grupo”) en el momento inicial (línea base-T0) y el cambio a lo largo del tiempo en cada una de las dimensiones de calidad de vida.

Para cada una de estas variables, tres tipos de estructuras de covarianza utilizadas comúnmente con datos longitudinales (sin estructura, simetría compuesta y auto regresiva de primer orden) fueron examinadas para determinar la estructura de covarianza del error que se ajusta mejor a los datos existentes teniendo en cuenta criterios de información relevantes (criterio logarítmico de probabilidad, criterio de información de Akaike y criterio de información bayesiano). En los modelos se permitió al intercepto y pendientes lineales variar entre los individuos.

Los modelos se calcularon utilizando estimadores robustos para acomodar desviaciones de la normalidad en algunas de las variables. El análisis se realizó según el principio de intención de tratar “intention-to-treat principle” y todas las observaciones disponibles se utilizaron para estimar los modelos. Diferencias en medias ajustadas y coeficientes correspondientes a los términos de interacción son presentados con los correspondientes errores estándares, valores de probabilidad e intervalos de confianza del 95%. Las diferencias en medias ajustadas, estimadas a partir de los modelos multivariantes descritos previamente, tienen en cuenta diferencias iniciales entre el grupo experimental y el grupo control en las dimensiones, componentes y global de calidad de vida. El método de Bonferroni se aplicó en los análisis como medida correctora de los intervalos de confianza y niveles de significatividad debido a la realización de múltiples test estadísticos.

Así mismo, se estimaron las diferencias ajustadas de las medias por género y por grupos de edad, pero estas dos últimas variables al tratarse de resultados de toda la muestra sin distinguir entre grupos de estudio no se adjuntan en este estudio, al ser específico sobre el efecto del programa enriquecido, y se aportan como apéndices al final del trabajo, (*ver apéndices 34 y 35*).

3. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de este estudio, de acuerdo con los objetivos propuestos. El primer apartado corresponde a los resultados del diseño y la implementación del programa (objetivo 2° de la investigación). En el segundo apartado se expone el efecto del programa de intervención en los niveles de calidad de vida relacionada con la salud (objetivo 3° de la investigación). Todos estos resultados pretenden dar respuesta a la hipótesis de partida del estudio III.

3.1. Resultados del diseño e implementación del programa de intervención

A lo largo de este estudio, el propósito era enriquecer un programa que tuviera una aplicación sostenible y que perdurara más allá de la intervención.

El resultado fue: un programa multinivel, la colaboración con la mesa intersectorial de salud, la creación de retos, estrategias y acciones, el seguimiento exhaustivo, la implicación de todos los participantes de la investigación (adultos mayores, área de deportes, técnicos deportivos, agentes externos, etc.) y, la creación de materiales.

Este programa, con una clara intervención multinivel, ha supuesto un esfuerzo colectivo. A nivel de los adultos mayores, se trabajó al comenzar la intervención con la importancia de sus opiniones mediante estrategias de participación, reflexión e implicación como fueron: *apéndice 9: Mural participativo* y *apéndice 29: las fichas de Activos de Salud*.

Seguidamente, con el objetivo de favorecer la identidad y cohesión de grupo, se desarrollaron las siguientes actuaciones: *apéndice 10: Jugando con Activos*; *apéndice 25: III Millas Romanas*; *apéndice 26: Diseño de camiseta, elección del nombre del programa*.

Para el logro de reforzar la promoción de la AF a través de la identificación y el uso de activos o recursos de salud, se añadieron a la intervención actividades o estrategias como, por ejemplo: *apéndice 11: Gimnasios en la calle*; *apéndice 13: Plogging*; *apéndice 15: Actividad*

física intergeneracional; apéndice 16: Juegos tradicionales con niños; apéndice 17: Autodefensa; apéndice 18: Chikung; apéndice 19: Paseos en familia.

Un factor fundamental del programa enriquecido era efectuar un codiseño entre los investigadores, el área de deportes y los técnicos deportivos, para ello, se realizaron antes de la intervención diversas reuniones entre todos ellos y posteriormente, se desarrollaron algunas estrategias como: *apéndice 22: Mochila de ideas; apéndice 23: Tendedor de palabras.*

Por otra parte, la implicación de los técnicos deportivos generó un compromiso con el área de deportes mediante reuniones semanales trabajando la planificación y organización de las actividades, su discurso verbal, su motivación y estableciendo una conexión entre las actuaciones abordadas en los componentes de la intervención. Con el tiempo, se consiguió que los técnicos tuvieran mayor autonomía e implicación en el trabajo y supieran adaptar la intervención a su contexto.

Gracias a la implicación de los responsables de instituciones y organismos externos al área de deportes, se pudo colaborar con la Mesa Intersectorial de Salud. Este grupo de expertos de diversas áreas (salud, servicios sociales, fisioterapia, discapacidad, terapia ocupacional, etc.) permitió, a lo largo de los dos años que duró la investigación, el diálogo de todos los agentes implicados con los adultos mayores. A partir de las reuniones que se mantuvieron con ellos se logró, entre otras cosas: 1) participar en la RAPPS como colaboradores de su proyecto; 2) participar en actividades generadas por estos y otros organismos: *Taller de Memoria, Juegos San Lamberticos*; 3) colaboración entre la Universidad y el área de deportes; 4) cooperación con otros estudios de estas áreas de la localidad; 5) esfuerzo conjunto para la mejora de la salud de la población de la localidad: *apéndice 12: Recetas de vida; apéndice 14: Primeros Auxilios*; 6) apoyar la sostenibilidad en el tiempo de la Mesa Intersectorial; y 7) crear recursos materiales que sirvan para mantener el programa y proyectarlo a otras localidades: *apéndice 30: Pasaporte.*

Para difundir la actividad del programa de intervención se aplicó una serie de estrategias: al principio, se utilizó la web municipal para incluir el proyecto dentro de la sección del área de deportes, haciéndolo conocedor a toda la población. Posteriormente, se crearon varios perfiles en redes sociales: una página en Facebook (www.facebook.com/SerMayorRETA), un perfil en Twitter (Ser Mayor, RETA@AdultosMayoresA) y un blog exclusivo del programa (adultosmayoresactivos.wordpress.com), cuyo objetivo fue conectar todas las estrategias del año de intervención con la comunidad. También se difundió el programa mensualmente en la revista local “Utebo Actual”, informando sobre las actividades del programa, y sobre las dinámicas y conceptos propios de la intervención (*apéndice 21: Difusión en prensa local*).

El diseño del programa contaba con un sistema de seguimiento exhaustivo a través de reuniones periódicas durante el segundo año del equipo de trabajo, de la difusión, de las colaboraciones de los estudiantes en prácticas y de las fichas de seguimiento para los técnicos deportivos (*apéndice 31*) que permitió conocer la evolución de las variables que influían en los adultos mayores a la hora de practicar AF.

3.2. Resultados del efecto del programa de intervención

Se analiza en este apartado el efecto del programa en todas las dimensiones de la variable calidad de vida relacionada con la salud, en los dos componentes (físico y mental) y en la puntuación global de la CVRS en función del grupo de estudio a lo largo de las mediciones del estudio para comprobar si hubo diferencias significativas, entre estas variables al comienzo del estudio (Línea base-T0) y las tres mediciones efectuadas durante la intervención.

3.2.1. Resultados descriptivos según grupos de estudio

En primer lugar, se exponen los valores descriptivos (media y desviación estándar) en ambos grupos de estudio a lo largo del programa de intervención en las cuatro mediciones. De esta forma, se pueden ver las variaciones de resultado en cada grupo de estudio en cada uno de los momentos de medición por separado sin tener en cuenta el factor temporal y otras variables incluidas en el modelo lineal generalizado mixto (*ver tabla 26*).

Como ya se explicó en la evaluación diagnóstica en el conjunto de la muestra total, los resultados reflejaron que, en la primera medición (Línea base-T0) antes de la aplicación del programa enriquecido, hubo unos valores muy elevados. Ahora al desglosarlos por grupos de estudio se vio que en el grupo experimental aún son más altos que en el grupo control, lo que suponía un mayor reto para el estudio, ambos grupos llevan años realizando AF dentro de sus programas deportivos municipales y este hecho posibilita sus buenos resultados de partida.

A pesar de la dificultad añadida por estos datos iniciales, tras el primer año de intervención en la segunda medición (T1), el grupo experimental mejoró en todas variables excepto en Función social y Vitalidad. En el grupo control, que llevo a cabo su programa de AF habitual, también se mejoraron sus valores excepto en Rol físico, Función social, Rol emocional y CSM. Por tanto, gracias a la intervención mediante el programa enriquecido, el grupo experimental tuvo mejoras en más dimensiones a pesar de tener datos iniciales más altos.

Posteriormente, en el desarrollo del segundo año, tanto al inicio del mismo (T2) como en la finalización (T3), los valores medios fueron inferiores en ambas mediciones del segundo año con respecto a las producidas en el primer año, especialmente, en la tercera medición (T2) tras el parón del verano.

No obstante, durante el desarrollo de este segundo año se mejoraron los datos logrados en la medición al inicio del mismo (T2) y se produjo una recuperación a los valores alcanzados,

inicialmente, en la evaluación diagnóstica (T0) en casi la totalidad de las dimensiones en ambos grupos, especialmente, en el grupo experimental, lo que da un gran valor al efecto del programa en su fase de seguimiento, como se explica, posteriormente, en los siguientes análisis.

Tabla 26

Análisis descriptivos (media y desviación estándar) en los grupos de estudio en los cuatro momentos de medición

	T0(n=213)		T1(n=187)		T2(n=157)		T3(n=137)	
	Grupo	Grupo	Grupo	Grupo	Grupo	Grupo	Grupo	Grupo
	Experimental	Control	Experimental	Control	Experimental	Control	Experimental	Control
	M(DE)	M(DE)	M(DE)	M(DE)	M(DE)	M(DE)	M(DE)	M(DE)
FF	78,12(20,39)	74,29(19,44)	79,39(20,05)	74,56(20,51)	72,87(20,35)	70,21(18,54)	77,12(19,39)	73,59(20,20)
RF	57,91(35,20)	53,49(34,57)	64,25(32,05)	53,43(35,83)	55,68(35,10)	50,28(29,35)	57,92(35,00)	51,48(35,89)
DC	70,22(22,63)	67,98(22,16)	72,19(22,37)	68,93(21,78)	69,36(22,84)	65,85(19,01)	70,23(22,47)	68,00(22,29)
SG	64,70(16,09)	61,45(15,02)	65,51(16,86)	62,62(17,13)	60,91(14,63)	60,07(12,35)	64,79(16,08)	60,46(15,85)
VT	72,16(18,46)	69,03(19,97)	71,54(19,55)	72,43(17,89)	69,48(19,79)	67,07(17,78)	71,43(18,38)	68,82(18,46)
FS	91,12(13,90)	89,45(13,77)	91,07(14,56)	88,30(13,87)	89,07(15,16)	86,81(14,29)	89,85(13,83)	89,06(13,93)
RE	74,30(32,73)	73,02(32,81)	80,99(27,13)	68,47(34,19)	72,69(34,04)	65,59(36,00)	74,97(33,44)	73,95(34,86)
SM	79,03(15,13)	77,63(17,29)	80,67(15,68)	79,45(16,55)	78,48(15,16)	75,94(15,71)	79,78(15,90)	77,31(16,14)
CSF	63,30(23,16)	59,06(21,79)	65,07(23,71)	60,47(22,23)	59,24(22,10)	56,85(18,97)	62,41(22,04)	57,26(22,37)
CSM	77,86(20,71)	77,03(21,91)	80,37(18,40)	75,96(22,97)	77,55(20,69)	73,51(21,64)	77,86(21,78)	77,94(20,91)
CV	70,89(14,42)	68,81(14,33)	73,78(12,35)	70,01(14,08)	68,94(14,71)	67,69(09,28)	70,93(13,56)	69,25(14,17)

Nota. FF: Función física; RF: Rol físico; DC: Dolor corporal; SG: Salud general; VT: Vitalidad; FS: Función social; RE: Rol emocional; SM: Salud mental; CSF: Componente sumario físico; CSM: Componente sumario mental; CV: Calidad de vida.

3.2.2. Diferencias en medias ajustadas por grupos de estudio

A continuación, se pueden observar en la *tabla 27*, el contraste de medias ajustadas y la significatividad en los grupos de estudio entre la primera medición (Línea base-T0) y las tres siguientes (T1-T2-T3). Estos datos permiten comprobar la evolución entre grupos durante la aplicación de la intervención del programa enriquecido a lo largo de todo el estudio y poder determinar el efecto producido sobre el grupo experimental.

Los resultados indicaron que entre la primera medición (Línea base-T0) y la intervención directa del programa enriquecido tras finalizar el primer año (T1) se produjo un contraste positivo general a favor del grupo experimental. Es decir, el efecto del programa otorgó mejoras al grupo de la intervención durante este período entre mediciones en todas las dimensiones, componentes y en el global de la calidad de vida, a destacar en las dimensiones de Función física con más de 4 puntos; de Rol emocional con más de 6 puntos o en Rol físico con más de 7 puntos, y en el CSF con más de 4 puntos. Precisamente, Rol físico y Rol emocional fueron las dimensiones que peores resultados se dieron en la evaluación diagnóstica. No obstante, solo se lograron diferencias significativas entre ambas mediciones en la dimensión de Función física, pero también hubo valores muy próximos a la significatividad en las dimensiones de Rol físico, Rol emocional y en el global de la Calidad de vida.

Se puede determinar en base a estos resultados que la intervención produjo en el grupo experimental una mejora, especialmente, en las dimensiones que mayor relación existe con los aspectos físicos (Función física, Rol físico y CSF) como se corresponde con un programa de AF y, en este caso, al complementarlo y enriquecerlo ha posibilitado mejoras en otras dimensiones (mentales, dolor, sociales) y, sobre todo, en el Rol emocional de manera destacada y, por consiguiente, en el global de Calidad de vida.

En la siguiente medición, los resultados indicaron que entre la primera medición (Línea base-T0) y el inicio del segundo año del programa enriquecido (T2) se produjo, nuevamente, un contraste positivo a favor del grupo experimental en todas las dimensiones, componentes y en el global de Calidad de vida, lo que indica la persistencia del efecto del programa otorgando mejoras al grupo de la intervención. Aunque el contraste entre grupos tenga valores inferiores a la (T1) destacan las mismas dimensiones (Función física, Rol emocional, Rol físico y CSF). Además, se dieron diferencias significativas entre ambas mediciones en las dimensiones de Función física, Rol físico, Rol emocional y en el global de Calidad de vida. También hubo valores muy próximos a la significatividad en las dimensiones de Salud general, Función social, CSF y CSM.

Con estos resultados tras el parón veraniego y antes de comenzar el año de seguimiento del programa, se ha producido un lógico descenso de las puntuaciones en las medias ajustadas desde el comienzo del estudio en ambos grupos de estudio, no obstante, se puede determinar que se mantienen los efectos de la intervención del primer año y persisten los datos a favor del grupo experimental, incluso se han incrementado estas diferencias entre grupos en las dimensiones con peores resultados tras el primer año (Vitalidad, Salud mental, CSM, Dolor, Función social). Por lo tanto, al mantenerse los efectos de la intervención durante un mayor tiempo, las medias ajustadas dan una mayor diferencia significativa con respecto al grupo control.

Por último, entre la primera medición (Línea base-T0) y la última (T3), los resultados vuelven a reflejar el contraste positivo a favor del grupo experimental en todas las dimensiones, componentes y en el global de Calidad de vida, aunque en menor medida que las anteriores mediciones, aun así, este dato indica que el efecto del programa persiste sobre el grupo de la intervención, especialmente, en las mismas dimensiones que destacaron anteriormente, Función física, Rol emocional, Rol físico y CSF. En este segundo año, se

produjo una recuperación de los valores gracias a los programas deportivos llevados a cabo en ambos grupos, pero en el grupo experimental, se incrementó en algunas dimensiones concretas (Salud general, Salud mental, Vitalidad y CSF). Con estos datos, se puede indicar la sostenibilidad del programa que permitió que se dieran mayores diferencias significativas entre ambas mediciones en las dimensiones de Función física, Rol físico, Salud general, Rol emocional, CSF y en el global de Calidad de vida.

Tabla 27

Contraste de medias ajustadas por grupo de estudio

T0-T1				
Dimensiones	Contraste	Error estándar	95% Intervalo de Confianza^a	p
FF	4,148	1,970	(0,275 - 8,021)	,036*
RF	7,116	3,723	(-0,203 - 14,435)	,057
DC	2,466	2,358	(-2,169 - 5,600)	,296
SG	3,099	1,646	(-0,136 - 6,335)	,060
VT	1,032	1,964	(-2,830 - 4,894)	,600
FS	2,135	1,411	(-0,639 - 4,910)	,131
RE	6,515	3,321	(-0,015 - 13,045)	,051
SM	1,243	1,650	(-2,000 - 4,486)	,452
CSF	4,226	2,437	(-0,565 - 9,017)	,084
CSM	2,519	2,153	(-1,714 - 6,752)	,243
CV	2,791	1,429	(-0,017 - 5,600)	,051
T0-T2				
Dimensiones	Contraste	Error estándar	95% Intervalo de Confianza^b	p
FF	3,764	1,647	(0,529 - 6,998)	,023*
RF	6,740	3,198	(0,457 - 13,022)	,036*
DC	2,727	1,982	(-1,167 - 6,621)	,169
SG	2,477	1,355	(-0,184 - 5,138)	,068
VT	1,435	1,625	(-1,756 - 4,626)	,378
FS	2,173	1,241	(-0,265 - 4,611)	,081
RE	6,698	2,706	(1,383 - 12,013)	,014*
SM	1,594	1,328	(-1,016 - 4,203)	,231
CSF	3,747	1,984	(-0,150 - 7,644)	,059
CSM	2,925	1,742	(-0,496 - 6,346)	,094
CV	2,370	1,151	(-0,109 - 4,631)	,040*
T0-T3				
Dimensiones	Contraste	Error estándar	95% Intervalo de Confianza^c	p
FF	3,583	1,455	(0,727 - 6,439)	,014*
RF	6,327	2,859	(0,713 - 11,940)	,027*
DC	2,660	1,774	(-0,822 - 6,142)	,134
SG	2,759	1,244	(0,317 - 5,202)	,027*
VT	1,602	1,413	(-1,172 - 4,376)	,257
FS	1,831	1,070	(-0,270 - 3,931)	,088
RE	5,259	2,466	(0,417 - 10,101)	,033*
SM	1,692	1,232	(-0,726 - 4,110)	,170
CSF	3,929	1,781	(0,432 - 7,426)	,028*
CSM	2,249	1,572	(-0,838 - 5,336)	,153
CV	2,122	1,050	(0,060 - 4,185)	,044*

Nota. * $p < 0,05$. FF: Función física; RF: Rol físico; DC: Dolor corporal; SG: Salud general; VT: Vitalidad; FS: Función social; RE: Rol emocional; SM: Salud mental; CSF: Componente sumario físico; CSM: Componente sumario mental; CV: Calidad de vida. ^amedias ajustadas entre T0-T1; ^bmedias ajustadas entre T0-T2; ^cmedias ajustadas entre T0-T3.

3.2.3. Cambio a lo largo del tiempo en función del grupo de estudio

A continuación, en la *tabla 28*, se ven los coeficientes correspondientes al término de interacción entre el grupo de estudio y el parámetro de cambio lineal (tiempo). Dichos coeficientes indican que la pertenencia a uno u otro grupo no modifica el efecto del tiempo en las variables relacionadas con la calidad de vida que, en general, tiende a ser estable durante el periodo de dos años considerado en este estudio. En otras palabras, ambos grupos mantienen niveles elevados en las dimensiones y componentes de la calidad de vida analizados durante este periodo. Una cierta excepción a esta norma es la interacción entre el grupo de estudio y el tiempo que se observa en relación con la variable Rol emocional, cuyo valor se incrementa de forma casi significativa en el grupo experimental en comparación con el grupo control durante el primer año de la intervención (T0-T1) ($B= 11,498, p = ,068$).

Dicho incremento en el grupo experimental puede deberse al énfasis durante el primer año de la intervención en abordar aspectos emocionales relacionados, por ejemplo, con la implicación de los adultos mayores en el codiseño, la participación en acciones, estrategias y retos propuestos por ellos, la comunicación con los técnicos deportivos, la mayor identificación y utilización de activos de salud, etc.

Tabla 28*Cambio a lo largo del tiempo en las variables relacionadas con la calidad de vida*

T0-T1				
Dimensiones	B^a	Error estándar	95% Intervalo de confianza	p
FF	1,039	4,0745	(-6,971 - 9,050)	,799
RF	5,788	6,4003	(-6,795 - 18,371)	,366
DC	0,480	4,1824	(-7,743 - 8,703)	,909
SG	-0,471	3,2596	(-6,879 - 5,938)	,885
VT	-4,224	3,7202	(-11,538 - 3,090)	,257
FS	0,903	2,7918	(-4,586 - 6,391)	,747
RE	11,498	6,2765	(-0,842 - 23,838)	,068
SM	-0,179	3,2569	(-6,582 - 6,224)	,956
CSF	-0,155	4,2532	(-8,516 - 8,207)	,971
CSM	3,843	4,2723	(-4,556 - 12,243)	,369
CV	1,590	2,7057	(-3,729 - 6,910)	,557
T0-T2				
Dimensiones	B^a	Error estándar	95% Intervalo de confianza	p
FF	-0,382	2,1418	(-4,589 - 3,825)	,858
RF	0,864	3,5477	(-6,105 - 7,832)	,808
DC	0,522	2,1968	(-3,793 - 4,837)	,812
SG	-1,202	1,5266	(-4,201 - 1,797)	,431
VT	-0,502	2,0660	(-4,560 - 3,556)	,808
FS	0,297	1,5197	(-2,688 - 3,282)	,845
RE	3,464	3,6435	(-3,693 - 10,620)	,342
SM	0,513	1,7498	(-2,924 - 3,950)	,770
CSF	-0,905	2,2345	(-5,295 - 3,484)	,685
CSM	1,749	2,3016	(-2,772 - 6,270)	,448
CV	-0,293	1,4592	(-3,159 - 2,573)	,841
T0-T3				
Dimensiones	B^a	Error estándar	95% Intervalo de confianza	p
FF	-0,419	1,4280	(-3,223 - 2,385)	,769
RF	-0,192	2,4568	(-5,015 - 4,632)	,938
DC	0,102	1,5157	(-2,874 - 3,078)	,946
SG	-0,138	1,0467	(-2,193 - 1,917)	,895
VT	0,010	1,3005	(-2,543 - 2,564)	,994
FS	-0,342	0,9738	(-2,254 - 1,570)	,725
RE	-0,490	2,3990	(-5,201 - 4,220)	,838
SM	0,350	1,1115	(-1,832 - 2,532)	,753
CSF	-0,151	1,5506	(-3,196 - 2,893)	,922
CSM	-0,172	1,4959	(-3,109 - 2,766)	,909
CV	-0,468	0,9715	(-2,376 - 1,439)	,630

Nota. FF: Función física; RF: Rol físico; DC: Dolor corporal; SG: Salud general; VT: Vitalidad; FS: Función social; RE: Rol emocional; SM: Salud mental; CSF: Componente sumario físico; CSM: Componente sumario mental; CV: Calidad de vida. ^a Coeficiente del término de interacción lineal entre el grupo de estudio y el tiempo (referencia grupo control).

En resumen, los resultados del análisis lineal generalizado mixto confirman que:

- Las trayectorias de las dimensiones y componentes de la calidad de vida se mantienen relativamente estables en general y no difieren significativamente entre los dos grupos a lo largo del tiempo.
- Teniendo en cuenta diferencias iniciales y otros factores relevantes, el grupo experimental muestra los niveles más elevados en calidad de vida global y en algunas dimensiones específicas durante el periodo de tiempo de dos años comprendido entre la primera y la última medición (T0-T3).
- Aunque las diferencias entre los grupos se mantienen relativamente estables, conforme pasa el tiempo algunas de estas diferencias se hacen significativas desde un punto de vista estadístico. Esto es debido a una reducción en los errores típicos de la diferencia entre las medias y, consecuentemente, a un estrechamiento de los intervalos de confianza del 95%, de modo que en algunos casos dichos intervalos no incluyen el valor de cero entre los márgenes. Esto indica que el efecto positivo de la intervención se generaliza o se vuelve más homogéneo entre los participantes del grupo experimental a medida que avanza el tiempo.
- El hecho de que las diferencias significativas en las dimensiones de calidad de vida entre los grupos tienden a aparecer a partir del fin de la intervención per se (T1), demuestra potencial de mantenimiento/sostenibilidad de los efectos de la misma a medio y largo plazo. Asimismo, dicha circunstancia parece reforzar el principio de base de la intervención de que es posible capacitar y empoderar a los técnicos de deportes para que se hagan cargo de la misma de formar autónoma e independiente de los investigadores.
- Los hombres muestran niveles significativamente más altos que las mujeres en el global de calidad de vida y en la dimensión de Vitalidad durante el periodo de tiempo considerado (T0-T3), mientras que no se observan diferencias significativas al respecto entre los dos grupos de edad comparados en este estudio.

4. Discusión

En este apartado se discuten los principales resultados, que ayudarán a comprender los análisis de los mismos y las relaciones que entre ellos se han producido. Posteriormente, se van a comparar los resultados con otros estudios que utilizaron el mismo cuestionario SF-36 y otros instrumentos para medir la calidad de vida en adultos mayores. Igualmente, se tendrán en cuenta otras intervenciones que, aunque no tienen las mismas características que este programa enriquecido, pueden ayudar a comprender los resultados. A su vez, otras investigaciones que han estudiado la relación positiva entre AF y calidad de vida y tengan o no resultados similares a los logrados en esta intervención. También se han tenido en cuenta otros estudios que han desarrollado los mismos conceptos teóricos que en este diseño de la intervención: el modelo Bio-social-ecológico (Bronfenbrenner, 1979, 1989, 1999), el modelo de Activos de salud (Morgan & Ziglio, 2007), la Teoría de la Salutogénesis (Antonovsky, 1979), la Teoría de la Autodeterminación (Cruzten, 2010; De Bourdeauhuij et al., 2011b; Deci y Ryan, 2000, 2002; Marcos et al. 2014; Zhang, 2009), el apoyo en la oportunidad de participar como “medio” y como “fin” (Cassetti et al., 2018; NICE, 2016; Popay et al., 2007), el fomento del empoderamiento (Bustillos et al., 2012; Marhankova, 2011; Matiz, 2013; Pardo, 2016), la educación del ocio como exponente de calidad de vida y como recurso para un envejecimiento activo (Amorós, 2006; García, 2012; Katz, 2000; Orte et al., 2013).

Tras estas breves indicaciones, se recuerda la hipótesis principal de este estudio: la aplicación del programa de intervención de actividad física basado en el modelo Bio-social-ecológico y el modelo de Activos fundamentado en la Teoría de la Salutogénesis producirá una mejora de la calidad de vida en los adultos mayores participantes (Rivera et al., 2017; Stephens et al., 2019; Theodoropoulou, Stavrou & Karteroliotis, 2017). A continuación, se presenta un resumen de las reflexiones más relevantes extraídas tras los resultados alcanzados, tanto en el diseño como en el efecto de la intervención del programa enriquecido.

Principales resultados sobre el diseño e implementación de un programa de intervención enriquecido desde el modelo Bio-social-ecológico y la Salutogénesis:

Una intervención mediante un programa enriquecido multinivel a partir de las aportaciones de los adultos mayores mediante un codiseño con los técnicos deportivos.

Es necesario analizar el estudio conectando todas sus partes, por eso se puede decir que los resultados confirman que un programa de intervención enriquecido multinivel, como otras investigaciones aportan (Lindsay-Smith et al., 2019; López-Téllez et al., 2012; McKay et al., 2018; Roberts et al., 2017; Sadjapong et al., 2020) que siga las premisas del modelo Bio-social-ecológico y la Salutogénesis, aumenta los niveles de calidad de vida de manera importante y significativa, al igual que ya indicaron en otros estudios basados en este marco teórico (Aviño et al., 2014; Cofiño et al., 2016; Cuadra-Peralta, et al., 2016; Rivera et al., 2011; Vivaldi y Barra, 2012).

La participación en la “mesa intersectorial” de salud de carácter multidisciplinar, que implica a los agentes que tienen influencia en el contexto sociocultural de la intervención.

Por otro lado, la participación en la “mesa intersectorial” de carácter multidisciplinar, hizo que se implicaran otros agentes que influyen en el contexto sociocultural de la intervención, está en sintonía con otros estudios que plantean que la práctica de AF puede fomentar la colaboración y aumentar las oportunidades de práctica entre distintos sectores o recursos humanos que ya existen en la comunidad (Arbós, 2017; Elosúa, 2010; Freire Da Oliveira, 2007; Leemrijse et al., 2015; Leenaars et al., 2016; Titze et al., 2019).

El compromiso e implicación de los agentes y actores de la intervención (área de deportes, técnicos deportivos, adultos mayores) en la creación, adaptación y desarrollo del programa enriquecido.

La implicación de los adultos mayores al comienzo de la intervención y durante el desarrollo de la misma permitió que el equipo de trabajo formado para el estudio tuviera la posibilidad de ir creando, adaptando y mejorando los retos, estrategias y actividades en base a las aportaciones que les surgían a ellos y a los adultos mayores, los verdaderos protagonistas de la investigación.

En relación a los técnicos deportivos su implicación generó un compromiso con el área de deportes mediante reuniones semanales trabajando la planificación, la organización y conectando las estrategias y actividades creadas con los componentes de la intervención para la consecución de los diferentes retos que se les proponía a los adultos mayores.

Como se ha expuesto, anteriormente, resulta esencial consensuar todas las acciones concernientes al programa de intervención con todos los agentes, siguiendo esta misma línea de actuación en programas de salud tenemos otros estudios (Boaz et al., 2018; Corella, 2018; Gill et al., 2013; Greenhalgh et al., 2016; Jull, Giles & Graham, 2017; Langley, Wolstenholme & Cooke, 2018; Parra, 2017; Sanchis, 2017; Tkatch et al., 2017).

La utilización de mecanismos de difusión, seguimiento y evaluación de las variables de estudio, para garantizar la traducción integrada del conocimiento y conseguir una mayor implicación de todos los agentes y actores participantes en la intervención.

En este estudio, el uso de estrategias o procedimientos de difusión, sobre todo a nivel social, ha generado cambios importantes en la promoción de la AF y en el aumento de los niveles de calidad de vida en los adultos mayores.

En concreto, las estrategias de difusión (creación del blog en Wordpress, los perfiles en Facebook y Twitter) dieron a conocer el programa de intervención; integraron a todos los agentes y actores implicados en la misma; promovieron la concienciación y la participación de los adultos mayores; y, aumentaron el apoyo a la AF mediante actividades, estrategias de intervención y/o retos accesibles a toda la comunidad, como ya recogen otras investigaciones (Murillo, 2013; Owen et al., 2006; Saunders et al., 2006; Sevil, 2018; Wilson et al., 2005)

Con respecto al seguimiento, tanto en esta intervención como en otras investigaciones se refleja la importancia de esta fase, en ocasiones las mejoras alcanzadas pierden mucho de su efecto en el seguimiento y es importante reflejarlo en los estudios de ámbito social y de la salud, pero para que se mejore o se mantengan las mejoras alcanzadas, anteriormente, en la intervención directa se considera fundamental este seguimiento (Arsenijevic & Groot, 2017; Blom et al., 2020; Gomez et al., 2020; Rank et al., 2014; Tomás et al., 2018).

La participación de nuevos activos de salud (colaboradores) que dinamicen y conecten las diferentes estrategias y retos que configuran el programa de intervención en la fase de seguimiento.

Como se vio antes en los resultados y también, en otras investigaciones (Brown, Elliott & Leatherdale, 2018; Busch et al., 2013; Langille & Rodgers, 2010; Murillo, 2013; Sevil, 2018; Sims-Gould et al., 2020; Van Acker et al., 2011), este programa de intervención ha contado con la figura de facilitadores o colaboradores que se encargaban de gestionar las diferentes conexiones dentro del propio equipo de trabajo con los adultos mayores, y también con la comunidad local. Principalmente, impulsaron la intervención durante el segundo año de la intervención. La persona o personas que realizan estas funciones para coordinar programas multinivel, en los que existen muchas acciones realizadas desde diferentes áreas o dimensiones, resultan fundamentales para un mejor desarrollo del programa enriquecido.

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

En este caso, los colaboradores fueron alumnos en prácticas de INEF y TAFAD, pero a pesar de su enorme utilidad, no debe recaer la responsabilidad de acometer estas acciones de conexión del programa de intervención, únicamente, en ellos.

La creación de materiales y recursos para los técnicos deportivos, sobre la aplicación del programa de intervención para fomentar su autonomía y facilitar la sostenibilidad del programa.

La elaboración de materiales para la aplicación de la intervención como ya aparece en otras investigaciones (Aviñó et al., 2014; Cofiño et al., 2016; Díaz, 2016; Pinoargote, 2013; Rivera et al., 2011; Webber et al., 2008) resultó fundamental para la implicación de los técnicos deportivos y su integración en el programa de intervención desde el comienzo del estudio, haciéndoles partícipes desde el primer momento mediante acciones más visibles como el “tendedor de palabras” o la “mochila de ideas”. Con los adultos mayores, la realización de materiales también fomentaba su implicación y participación (“abecedario”, “jugando con Activos”). Pero esta elaboración no se quedó en la fase de aplicación, sino que algunos de estos materiales se mantuvieron en el seguimiento y también se elaboraron otros como el “pasaporte” para facilitar la sostenibilidad posterior a la intervención.

Principales resultados del efecto de un programa de intervención enriquecido desde el modelo Bio-social-ecológico y la Salutogénesis:

La intervención tiene un efecto importante y positivo sobre los niveles de calidad de vida en todos los adultos mayores participantes.

Observando los resultados de las medias alcanzadas por los adultos mayores se ha producido un efecto positivo e importante sobre los mismos al mejorar los valores iniciales. Tras la intervención directa en el grupo experimental se obtuvieron mejoras en todas las dimensiones excepto Vitalidad y Función social, al igual que se mejoró en los componentes físico y mental y en Calidad de vida. Igualmente, estos resultados se mantienen al final del seguimiento y, tras los dos años del programa, los adultos mayores que han realizado el programa enriquecido obtienen mejores resultados que el grupo control en todas las dimensiones excepto en el CSM. Si se observan los resultados de las medias ajustadas por el tiempo, el grupo de la intervención obtuvo mejores datos con respecto al grupo control, especialmente, en Rol físico, Rol emocional, Función física y CSF.

Como ya reflejamos en el marco teórico y al comienzo de este estudio, un elemento primordial para la mejora de la salud y de la calidad de vida es la participación en actividades físicas y deportivas (Battaglia et al., 2016; Bendikova & Bartik, 2015; Bohórquez, Lorenzo & García, 2014; Clifford et al., 2014; Gómez-Píriz et., 2014; Krzepota, Biernat & Florkiewicz, 2015; Langlois et al., 2012; Oviedo & Bueno, 2015; Park, Han & Kang, 2014; Serrano, Lera y Espino, 2013; Su, Lee & Shinger, 2014).

Así, nuestros resultados están en la línea con otras intervenciones realizadas sobre adultos mayores para mejorar la CVRS mediante un programa de AF. Por ejemplo, los participantes en el estudio de Kovács et al. (2013) mejoraron los subdominios de la calidad de vida del Función física, la Vitalidad y la Salud general tras la práctica de AF después de 25 semanas.

De los tres grupos de intervención en Martínez et al. (2013), el grupo que practicaba ejercicio dos veces por semana demostró una mejora en la Calidad de vida superior al grupo que solo realizaba una vez por semana y al grupo que no realizaba AF.

Por su parte, Saito (2011) mostró que las personas activas presentaron una mayor percepción de Calidad de vida comparado con las que no realizaban AF. Las mayores diferencias en el grupo de adultos mayores activos fueron en Rol social y Rol emocional. En el estudio de Cakar et al. (2010) se mejoraron los porcentajes de Calidad de vida en ambos grupos que realizaban AF, siendo mayor la mejora en el grupo que realizaba más actividades deportivas.

En la misma línea, Jodra, Maté y Domínguez (2019) concluyeron que las capacidades funcionales, la percepción de un buen estado general de salud física y mental, constituyen dimensiones que se ven influenciadas, positivamente, por la práctica de actividad física.

Blom et al. (2020) en su investigación con un grupo poblacional que realizó un programa de AF se produjeron mejoras en todas las dimensiones de la CVRS después de 3 meses de intervención y se mantuvieron dichas mejoras a los 15 meses del inicio de su programa.

Pero el programa enriquecido “*Ser Mayor, RETA*” tenía una particularidad, el enriquecimiento de la AF conllevó una complementación, ampliación de recursos, un programa multinivel que englobó otros sectores de la comunidad y amplió los recursos de salud de los adultos mayores. Estas intervenciones multinivel también las han aplicados otros investigadores para evaluar y mejorar la calidad de vida obteniendo resultados similares (Chittrakul et al., 2020; Karahan et al., 2015; León-Olivares et al., 2019; Rivera et al., 2017; Sadjapong et al., 2020; Stephens et al., 2019; Theodoropoulou, Stavrou & Karteroliotis, 2017; Tizte et al., 2020).

Se consiguen diferencias significativas en los niveles de calidad de vida de los adultos mayores que han realizado el programa de intervención enriquecido con respecto al grupo control; estas diferencias ganan significatividad durante el segundo año.

Como los resultados del estudio determinaron se han obtenido mejoras en los niveles de calidad de vida de los adultos mayores. Desde un punto de vista estadístico, entre ambos grupos de estudio, se han producido diferencias significativas en todos los momentos de la intervención y éstas han ido aumentando con el paso del tiempo. Concretamente, en la segunda medición (T1) tras la intervención directa, se dieron en la dimensión de Función física, aunque otras dimensiones estuvieron muy próximas (Rol físico, Rol emocional), precisamente, las dimensiones que peores resultados alcanzaron en la evaluación diagnóstica, igualmente, la significatividad fue muy cercana en el global de Calidad de vida.

En cuanto a la Función física, la significatividad obtenida en la intervención está en consonancia con varios trabajos relativos al efecto de diferentes programas de ejercicios en la capacidad funcional de adultos mayores (Dantas et al., 2020; De Lira et al., 2018; Paw et al., 2008; Silva et al., 2017). En estos trabajos se llega a la conclusión de que los programas multinivel mejoran las capacidades funcionales de los adultos mayores y favorecen la prevención de enfermedades relacionadas con el sedentarismo, el riesgo de caídas y el envejecimiento, aumentando, al mismo tiempo, la autonomía y la salud general. Asimismo, se especifica que el ejercicio aeróbico proporciona un efecto positivo en la calidad de vida y la salud física.

Igualmente, en otros estudios (Bjerk, et al., 2018; Blom et al., 2019; Clarke et al., 2017; De Oliveira, 2019; Kóvacs et al., 2013; Krist et al., 2013) también se lograron diferencias significativas en esta dimensión al finalizar la intervención.

En el inicio del segundo año, se incrementaron estas diferencias significativas y se alcanzaron en Función física, Rol físico, Rol emocional y en el global de Calidad de vida. Estos resultados están en la línea de otras intervenciones (Acree et al., 2006; Aoki et al., 2015; León-Olivares et al., 2019; Stanghelle et al., 2019) que indican que un estilo de vida activo mejora la Función física y el Rol físico en adultos mayores, lo que posiblemente, contribuya al aumento de los niveles de CVRS en los ámbitos relacionados con la salud física y provoca cambios significativos en dichas dimensiones. Igualmente, estos resultados se asemejan con los aportados por otros estudios en los que se ha encontrado una asociación positiva entre la AF y el Rol físico y emocional (Campos et al., 2015; Colom et al., 2014; Kwon et al., 2015; López-Téllez et al., 2012; Schmitt et al., 2010; Wanderley et al., 2011).

En este estudio, con respecto al Rol emocional, el grupo experimental alcanzó de las mayores mejoras, al igual que sucedió también en el estudio de Madrigal (2010). Ello podría deberse a que la AF en este programa enriquecido promocionó la implicación en el codiseño, la identificación de nuevos activos de salud, el apoyo y la interacción social, que son componentes clave para el envejecimiento, emocionalmente, positivo (Barriopedro, Eraña & Mallol, 2001; Chong, Woo & Kwan, 2006; Palmer, 2005).

Por último, al finalizar toda la intervención tras dos años del estudio las diferencias significativas aumentaron y se dieron en Función física, Rol físico, Salud general, Rol emocional, CSF y en el global de Calidad de vida. Así, la relación significativa entre el nivel de AF y calidad de vida en la dimensión de Salud general está de acuerdo con la observada en otros estudios que alcanzan significatividad en dicha dimensión (Del Pozo et al., 2013; Del Valle et al., 2016; King et al., 2002; Kóvacs et al., 2013; Lobo et al., 2010; Mura et al., 2014; Teri et al., 2011).

Por el contrario, existen intervenciones que han obtenidos mayores diferencias significativas, pero en ellas, la comparativa del grupo control era un grupo sedentario/inactivo o con menor cantidad de AF, lo que difiere, notablemente, con este caso, que se trataba de un grupo control o “regular” al realizar su programa deportivo habitual desde hace años. Así, en el estudio de Gallegos et al. (2019) tras un análisis de regresión sobre cuatro grupos de estudio de adultos mayores, se obtuvieron diferencias significativas en todas las dimensiones en aquellos que realizaban AF y seguían el programa de salud preventiva sobre aquellos adultos mayores inactivos o que no seguían el programa de salud. Igualmente, lo mismo sucede en otros estudios (Aoki et al., 2015; Campos et al., 2015; López-Téllez et al., 2012; Martínez et al., 2013; Mazloomymahm et al., 2014) que obtuvieron significatividad en las 8 dimensiones del cuestionario.

Recientemente, Chittrakul et al. (2020) tras una intervención de AF de 12 semanas y un posterior seguimiento de la misma duración, se produjo una mejora significativa de la CVRS en los adultos mayores que realizaban AF sobre los inactivos.

No se ha podido alcanzar un mayor nivel de calidad de vida relacionada con la salud con más tiempo de aplicación de la intervención, pero los efectos del programa enriquecido permanecen más estables y compactos otorgando sostenibilidad y generando apropiación del mismo por los técnicos deportivos.

Los resultados reflejan una mejora importante tras la intervención del primer año, pero no así tras el seguimiento del segundo, por lo tanto, no se ha logrado mantener el nivel de las medias alcanzadas de la segunda medición. No obstante, es correcto indicar que se han vuelto a producir mejoras importantes con la aplicación del programa durante el transcurso del segundo año con respecto a la medición efectuada al inicio del mismo año. De esta forma, se puede indicar que los valores alcanzados al final de cada año de intervención son superiores a

los obtenidos al comienzo de su respectivo año, por consiguiente, se demuestra el importante y positivo efecto que el programa ha ejercido sobre los adultos mayores en cada uno de los dos años. Por tanto, los datos estadísticos determinan que con el paso del tiempo la relación tiempo-grupo permanece más estable y compacta gracias a los efectos del programa. Estos datos otorgan sostenibilidad al programa enriquecido tras dos años de intervención e indican la apropiación de los técnicos deportivos.

En la revisión de la literatura se encuentran estudios que obtuvieron mejoras importantes en intervenciones de corta duración, por ejemplo, Aoki et al. (2015) y Campos et al. (2015) tras solo 3 meses sus adultos mayores mejoraron en todas las dimensiones, al igual que en el estudio de Mazloomymahmoodabad et al. (2014) cuya intervención duró 9 meses. En otras intervenciones de duración más extensa, los resultados no son tan positivos, Schmitt et al. (2010) en 12 meses solo mejoraron en Rol físico y Rol emocional; en Lobo et al. (2010) tras 15 meses las mejoras solo se obtuvieron en Salud general; o en el estudio de Teri et al. (2011) cuya intervención de 18 meses solo mejoró en Salud general y Salud mental.

Más recientemente, Murray et al. (2017) hicieron varios momentos de medición hasta los 24 meses y concluyeron que, tras 15 meses de intervención, los efectos de la misma fueron mínimos e inconsistentes y, a medida que aumentaba el tiempo los datos regresaban a los niveles de referencia. No obstante, se debe indicar que solo se hizo la fase de intervención, le faltó la fase de seguimiento. McEwan, Rhodes y Beauchamp (2020) analizaron 224 intervenciones sobre AF y en general, encontraron mejoras significativas y de tamaño medio en AF desde el inicio hasta la post-intervención, seguidas de disminuciones significativas y de pequeño tamaño desde la post-intervención hasta el seguimiento. En la misma línea que este estudio, con intervención y seguimiento, se observa que en la mayoría de los estudios se producen mejoras significativas durante el curso de la intervención, pero sus efectos no se mantienen después de la misma (Amireault et al., 2013; Kwasnicka et al., 2016).

Igualmente, Sadjapong et al. (2020) analizaron los CSF y CSM mediante un programa multicomponente de AF en adultos mayores y tras 12 semanas de intervención se obtuvieron mejoras en ambos CSF y CSM, pero se produjo un descenso de dichas mejoras en las 12 semanas de seguimiento, además, solo lograron diferencias significativas en el CSF tras la intervención.

Los resultados de la muestra indican valores superiores con respecto a otros estudios sobre población de adultos mayores (Campos et al., 2015; Guallar et al., 2004; Kovacs et al., 2013; López et al., 2003; López-Téllez et al., 2012; Martínez et al., 2013; Skropeta et al., 2014; Tamari, 2011; Vilagut et al., 2005; Zuazagoitia, 2011).

Al comienzo del estudio ya se observó que la muestra obtenía valores muy superiores a otros estudios anteriores (Kovacs et al., 2013; Martínez et al., 2013; Skropeta et al., 2014; Tamari, 2011). Pero en comparación con otros, se obtenían valores muy inferiores en las dimensiones de Rol físico y Rol emocional (Campos et al., 2015; Guallar et al., 2004; López et al., 2003; López-Téllez et al., 2012; Vilagut et al., 2005; Zuazagoitia, 2011).

A nivel nacional, el estudio inicial efectuado sobre población sedentaria por López et al. (2003), ha sido tomado como referencia en otros estudios posteriores. Así, por ejemplo, López-Téllez et al. (2012) tras la intervención en su estudio, las escalas del SF-36 se equipararon a los valores de referencia y las escalas Función física y Función social los superaron de forma significativa. En el estudio de Zuazagoitia (2011) se comprobó que antes de la aplicación de su programa se daban valores inferiores a los referentes y tras realizar una intervención de AF los valores de las dimensiones de Función física, Dolor corporal, Vitalidad y Salud mental se igualaron a los de la población española en referencia al estudio de López et al. (2003).

En este estudio, los datos iniciales que fueron inferiores (Rol físico y Rol emocional) se han mantenido a lo largo de todo el estudio con respecto a López et al. (2003) que sus datos fueron (73,3 y 84,8), no obstante, como ya se indicó anteriormente, se lograron mejoras importantes a la consecución del primer año de intervención en ambas dimensiones, aunque al igual que en el resto de dimensiones se perdió puntuación media en el segundo año.

No obstante, gracias a la estabilidad del efecto del programa enriquecido se pudieron determinar diferencias significativas en ambas dimensiones a partir de la tercera medición (T2).

Con estos últimos datos se puede concluir diciendo que si bien es cierto que en los últimos años se han publicado numerosos estudios sobre la mejora de la calidad de vida en adultos mayores mediante la AF (Castillo y Romero, 2015; Clifford et al., 2014; Dantas et al., 2020; De Lira et al., 2018; De Oliveira et al., 2019; Del Valle et al., 2016; Gill et al., 2013; Gómez-Píriz et al., 2014; Gómez-Cabello et al., 2018; Janyacharoen, Srisamai & Sawanyawisuth, 2018; Karahan et al., 2015), las revisiones sistemáticas de la literatura advierten de la dificultad de intervenir, positivamente, sobre la misma dada su complejidad por la multitud de variables que la afectan.

A su vez, como ya se mencionó, el grupo experimental reflejó unos valores iniciales muy altos en casi todas sus dimensiones, por lo que resultaba más difícil mejorar estos datos iniciales tan elevados, en cambio, con la aplicación del programa enriquecido se lograron mejorar. Además, el grupo control (quizás mejor llamado “regular”), no era un grupo sedentario, lo que hubiera posibilitado unas diferencias estadísticas mayores, sino que es un grupo de similares características al experimental (participación en programa deportivo, AF frecuente, años de experiencia, cohesión de grupo, etc.).

Por lo tanto, los resultados obtenidos otorgan mayor trascendencia a la investigación, que responde y confirma la hipótesis de partida: la aplicación del programa de intervención de actividad física basado en el modelo Bio-social-ecológico y el modelo de Activos fundamentado en la Teoría de la Salutogénesis ha producido un efecto positivo y una mejora de la calidad de vida en los adultos mayores participantes.

CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES FINALES DE LA INVESTIGACIÓN

Lista de Contenidos

1. Limitaciones

2. Conclusiones

3. Propuestas de Futuro

1. Limitaciones

Teniendo en cuenta todo el trabajo y los estudios llevados a cabo y, a la finalización de esta investigación, se presentan aquí las limitaciones más significativas que habría que tener en consideración en futuros estudios:

- La muestra con respecto al género, a priori resultaba desigual, el número de mujeres era mucho mayor que el de los hombres, no se sabe si estos datos podían influir en que los resultados variaran y, aunque bien es cierto que, en este estudio ambos grupos (experimental y control) presentaban similares características, se consideró mejor no aportar el análisis de esta variable tras la evaluación diagnóstica al no reflejarse resultados relevantes en el conjunto de la muestra y se adjuntan como apéndice.
- Igualmente, los datos de la muestra por grupos de edad eran difíciles de comparar al existir pocos sujetos en algunos de los de menor edad y aunque se hizo otra agrupación (60-69) y (70-85) para abarcar mayor cantidad de muestra en los mismos, no obstante, los resultados no fueron relevantes en el conjunto de la muestra y no se aportaron al estudio sino como apéndice final.
- La investigación realizada en el área de deportes de la localidad de Utebo y su barrio Malpica, tiene unas características concretas que hay que tener muy en cuenta. El contexto y la población que se investiga están en un continuo proceso de cambios y de adaptaciones en su salud y calidad de vida, sobre los que debe trabajar toda la comunidad. Por lo tanto, el éxito de la intervención dependerá del compromiso, la implicación y el trabajo común y colaborativo de todos los miembros de la comunidad.
- El grupo control (quizás mejor denominación hubiera sido “regular”) se trataba de un grupo que, frecuentemente, realiza AF y lleva años siguiendo su programa deportivo, por lo que iba a resultar más difícil que se lograran diferencias con el grupo experimental que iba a desarrollar el programa enriquecido.

- El cuestionario de calidad de vida SF-36, es considerado por la mayoría de los investigadores como el instrumento de medición más genérico, pero al tratarse de un instrumento de evaluación subjetiva supuso en este grupo poblacional una limitación al surgir diferentes interpretaciones y percepciones muy personales por parte de los adultos mayores.
- La muestra (grupo control y grupo experimental) que ha participado en esta investigación pertenece a un contexto concreto, no siendo representativa de los 33 programas de actividades deportivas que en el curso 2017-2018 había en Aragón. Por lo tanto, sería interesante seguir investigando sobre los resultados en otros programas de actividades deportivas a nivel local, nacional o internacional.
- Por último, se quiere reseñar que se produjeron limitaciones y condicionantes por cuestiones de enfermedad o lesiones/molestias al ser un grupo de edad avanzada, en ocasiones y de manera puntual, según qué actividades, retos o estrategias a realizar no se podían llevar a cabo por la totalidad de la muestra.

2. Conclusiones

Teniendo en consideración los objetivos planteados al comienzo de la investigación, los resultados obtenidos y las limitaciones anteriormente descritas, se presentan en este apartado las conclusiones a las que se ha llegado en la investigación.

Sobre el objetivo 1º.- Describir y analizar la calidad de vida y la forma de promocionarla desde la educación del ocio

- Es necesario crear programas de intervención que aumenten los niveles de calidad de vida de los adultos mayores mediante la AF, principalmente, en aquellas dimensiones que se han logrado menores valores, como la Vitalidad y el Dolor corporal.
- Los programas de intervención deberán fomentar la participación de los adultos mayores en programas de AF poniendo especial atención en los hombres, en las edades más avanzadas y los adultos mayores sedentarios.
- El diseño de un programa de intervención tiene que lograr: la implicación de los adultos mayores; el apoyo del entorno social próximo; la existencia de una estructura organizativa que promueva la AF; la concienciación en una educación del ocio positiva; y, el uso del mayor número de activos de salud unido al apoyo intersectorial.

En relación al objetivo 2º.- Diseñar y aplicar un programa de intervención enriquecido con estrategias basadas en los modelos Bio-social-ecológico y de Activos de salud buscando un proceso de empoderamiento de los agentes y actores para la promoción de la actividad física en los adultos mayores.

- Es condición necesaria tener en cuenta los resultados de una evaluación diagnóstica realizada en el contexto de la intervención si se quiere enriquecer un programa de intervención eficaz.

- Es fundamental llevar a cabo un codiseño del programa de intervención entre todos los integrantes del mismo (investigadores, coordinadores, técnicos, facilitadores, adultos mayores) para lograr un mayor éxito en su diseño.
- Es muy importante crear, o colaborar si ya existe, con un grupo de carácter intersectorial y multidisciplinar, que implique a todos los agentes que influyen en el contexto sociocultural de la intervención (semejante a la Mesa Intersectorial de este estudio).
- Resulta clave la participación de facilitadores, que dinamicen y conecten las diferentes estrategias y a los distintos integrantes que configuran el programa de intervención.
- Un programa de intervención para la promoción de la AF debería tener un carácter multinivel, que permita diseñar y conectar estrategias del ámbito deportivo y de otras áreas (salud, servicios sociales, cultura, bienestar) para ampliar los activos de salud y relacionar con los componentes propios del modelo ecológico.
- Para facilitar la sostenibilidad del programa y fomentar la pertenencia del mismo del área de deportes y de los técnicos profesionales de la AF, es fundamental que éstos tengan a su disposición materiales elaborados para el enriquecimiento del programa.
- Conviene establecer durante la intervención mecanismos de difusión, seguimiento y evaluación de las variables de estudio. Esto permitirá una mayor implicación de los participantes en el programa.

Para el objetivo 3º.- Evaluar el efecto de la intervención enriquecida desarrollada sobre la calidad de vida en los adultos mayores.

- El programa de intervención “*Ser Mayor, RETA*” ha resultado eficaz para incrementar los niveles de calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores y obtener valores superiores en las distintas dimensiones y componentes de la misma tras el primer año de intervención.

- Tras los dos años de enriquecimiento del programa se obtuvieron diferencias significativas a favor del grupo experimental en las dimensiones: Función física, Rol físico, Salud general, Rol emocional, CSF y en el conjunto de la Calidad de vida.
- El programa de intervención “*Ser Mayor, RETA*”, ha producido un efecto positivo y compacto sobre todos los adultos mayores que participaron en el mismo y, con mayor tiempo de intervención, mayor es el asentamiento del programa y más compacto su efecto.
- Para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud es fundamental que el programa de intervención sea estable y que se desarrolle durante un largo periodo de tiempo, siendo necesaria una supervisión que enlace los distintos componentes de intervención sobre los adultos mayores.
- Se ha producido una sostenibilidad del programa enriquecido tras el primer año de intervención, ya que, los resultados del estudio III indican un mantenimiento de los valores durante el desarrollo del segundo año de apropiación del programa por parte de los técnicos deportivos.

3. Propuestas de Futuro

Las limitaciones y conclusiones obtenidas en la presente investigación llevan a plantear la posibilidad y la necesidad de proponer nuevos estudios:

- Comprobar la eficacia del programa enriquecido después de un período de tiempo de la finalización del proceso de seguimiento (al cabo de 2-3 años).
- Trasladar las estrategias de aplicación del programa a otras poblaciones de estudio (adolescencia, infancia, etc.), que aborden la promoción de la AF y otros determinantes de la salud (alimentación, prevención de drogas, etc.).
- Realizar el estudio con un tercer grupo en el que se incluyan adultos mayores sedentarios que no realicen ningún tipo de AF, de forma que se puedan ver mayores efectos del programa enriquecido.
- Valorar la posible influencia en las condiciones de práctica (iluminación, acústica, espacio natural, salas, materiales, etc.) en las actividades físicas realizadas dentro del programa enriquecido.
- Aplicar el programa enriquecido en otros contextos de la educación del ocio relacionados con la calidad de vida de los adultos mayores.
- Ampliar la investigación con otras variables de estudio (motivación, el nivel de condición física) relacionadas con la calidad de vida de los adultos mayores.
- Plantear a los organismos gubernamentales y no gubernamentales el programa de actividades enriquecidas implantado en esta investigación con el fin de conseguir una futura sostenibilidad y poder crear una red de programas de actividad física comunitaria para ayudar a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores.

CAPÍTULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaronson, N. K., Bakker, W., Stewart, A. L., Van Dam, F. S., Van Zandwijk, N., Yarnold, J.R. y Kirkpatrick, A. (1987). Multidimensional approach to the measurement quality of life in a cancer clinical trial. In Aaronson NK & Beckmann J (eds). *The quality of life of cancer patients*. Raven Press: 63-82.
- Abellán, A., Fernández G., Rodríguez, V. y Rojo, F. (1990). El envejecimiento de la población española y sus características sociosanitarias. *Estudios Geográficos*, 51(199), 241-257.
- Abellán, A. y Esparza, C. (2009). Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores. *Informes Portal Mayores*, 99, 1-19.
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-solidaridad-familiar.pdf>
- Acree, L. S., Longfors, J., Fjeldstad, A. S., Fjeldstad, C., Schank, B., Nickel, K. J., Montgomery, P. S. y Gardner, A. W. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health Qual. Life Outcomes*, 4, 37. doi: 10.1186/1477-7525-4-37
- Adie, J. W., Duda, J. L. y Ntoumanis, N. (2012). Perceived coach-autonomy support, basic need satisfaction and the well- and ill-being of elite youth soccer players: A longitudinal investigation. *Psychology of Sport and Exercise*, 13, 51-59.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2011.07.008>
- Admi, H., Shadmi, E., Baruch, H. y Zisberg, A. (2015). From research to reality: minimizing the effects of hospitalization on older adults. *Rambam Maimonides medical journal*, 6(2), 1-14. doi: 10.5041/RMMJ.10201
- Agahi, N., Ahacic, K. y Parker, M. G. (2006). Continuity of leisure participation from middle age to old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, 61(6), 340-6.
doi: 10.1093/geronb/61.6.s340

- Aghamolaei, T., Tavafian, S. S. y Zare, S. (2011). Determinants of Health-Related Quality of Life on People Living in Bandar Abbas, Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 40, 128-135.
- Aguilar, J. M.; Álvarez, J. y Lorenzo, J. J. (2011). Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *International journal of developmental and educational psychology*, 4(1), 161-168.
http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen4/INFAD_010423_161-168.pdf
- Aguilera, M. J. (1996). El envejecimiento de la población en Aragón. *Estudios Geográficos*, 57, 573. <https://doi.org/10.3989/egeogr.1996.i225.687>
- Ahmed, K. y Rojo, F. (2011). Forma de convivencia y redes familiar y de amistad. En Rojo, F. y Fernández, G. (Eds.). *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Fundación BBVA, p. 169-197.
- Ahmed, K., Rojo, F., Fernández-Mayoralas, G., João, M. y Martínez-Martin, P. (2014). Associative participation of older adults and subjective quality of life: exploring self-selection bias. *Ageing and society*, 1-21. doi: 10.1017/S0144686X1400021X
- Alcántara, P. y Romero, M. (2001). Actividad física y envejecimiento. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 6(32).
- Alfonso, L., Soto, D. y Santos, N. A. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1).
- Aliabad, H. O., Vafaeinasab, M., Morowatisharifabad, M. A., Afshani, S. A., Firoozabadi, M. G. y Forouzannia, S. K. (2014). Maintenance of physical activity and exercise capacity after rehabilitation in coronary heart disease: a randomized controlled trial. *Global Journal of health Science*, 6(6), 198-208. doi:10.5539/gjhs.v6n6p198

- Alonso, J., Prieto, L. y Anto, J. (1995). La versión española del SF36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin Barc*, 104, 771-6.
- Alonso, J., Prieto L. y Anto, J. M. (1998). Valores de referencia de la población de la versión española del cuestionario de salud SF-36. *Med Clin Barc*, 111(11), 410-6.
- Álvarez-Dardet, C., Morgan, A. y Ruiz Cantero, M. T. (2015). Improving the evidence base on public health assets — the way ahead: a proposed research agenda. *J Epidemiol Community Health*, 69, 721-723. doi: 10.1136/jech-2014-205096
- American College of Sports Medicine (2004). Physical activity programs and behavior counseling in older adult populations. *Medicine and science in sports and exercise*, 36, 1997-2003. doi: 10.1249/01. MSS.0000145451.08166.97
- Amireault, S., Godin, G. y Vezina-Im L. A. (2013). Determinants of physical activity maintenance: a systematic review and meta-analyses. *Health Psychol Rev.*, 7(1), 55-91. doi:10.1080/17437199.2012.701060
- Amorós, P., Bartolomé, M., Sabariego, M. y De Santos, J. (2006). *Construyendo futuro. Las personas mayores: una fuerza social emergente*. Alianza Editorial.
- Andrews, F. M. y Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. Plenum Press.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A., Maoz, B., Dowty, N. y Wijsenbeek H. (1971). Twenty-five years later: A limited study of the sequelae of the concentration camp experience. *Soc. Psychiatry Epidemiol*, 6, 186-193.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass.

- Antonovsky, A. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Soc Sci Med*, 37, 969-81. doi: 10.1016/0277-9536(93)90427-6
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int*, 11, 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Aoki, K., Sakuma, M., Ogisho, N., Nakamura, K., Chosa, E. y Endo, N. (2015). The effects of self-directed home exercise with serial telephone contacts on physical functions and quality of life in elderly people at high risk of locomotor dysfunction. *Acta Med*, 69(4), 245-253. doi: 10.18926/AMO/53561
- Aparicio, V., Carbonell, A. y Delgado, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 10(40), 20.
<http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeneficios181.htm>
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu*, 13(2), 152-182. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4615/461545456006>
- Arbós, M. T. (2017). *Actividad física y salud en estudiantes universitarios desde una perspectiva salutogénica*. Universitat de les Illes Balears.
- Arias, C. J. (2013). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Rev Kairós Gerontología*, 16(4), 313-329.
- Aristegui, I. y Silvestre, M. (2012). El ocio como valor en la sociedad actual. *Arbor. Ciencia, pensamiento y cultura*, 188(754), 283-291. doi: 10.3989/arbor.2012.754n2002
- Arsenijevic, J. & Groot, W. (2017). Physical activity on prescription schemes (PARS): do programme characteristics influence effectiveness? Results of a systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*, 7:e012156. doi:10.1136/bmjopen-2016-012156
- Atchley, R. C. (1999). *Continuity and adaptation in aging. Creating positive experiences*. J. Hopkins University Press.

- Avendaño, M. y Barra, E. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia psicológica*, 26(2), 165-172.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000200002>
- Aviñó, D., Paredes-Carbonell, J. J., Peiró-Pérez, R., La Parra, D. y Casado Álvarez-Dardet, C. (2014). RIU: cambios percibidos por agentes de salud y profesionales tras una intervención en salud en un barrio en situación de vulnerabilidad. *Atención Primaria*, 46(10), 531-540. doi: 10.1016/j.aprim.2014.03.002
- Avolio, M., Montagnoli, S., Marino, M., Basso, D., Furia, G., Ricciardi, W. y Belvis, A. (2013). Factors influencing quality of life for disabled and nondisabled elderly population: the results of a multiple correspondence analysis. *Curr Gerontol Geriatr*, 258274. doi.org/10.1155/2013/258274
- Aymerich, M. y Casas, F. (2005). Calidad de vida de las personas mayores. En Pinazo, S. y Sánchez, M. (Eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Pearson Educación, 117-144.
- Anokye, N. K., Trueman, P., Green, C., Pavey, T. G. y Taylor, R. S. (2012). Physical activity and health Related quality of life. *BMC Public Health*, 12, 624. doi:10.1186/1471-2458-12-624.
- Badia, X. Salamero, M. y Alonso, J. (2002). *Medidas de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Fundación Lilly.
- Ballester, L., Orte, C., March, M. X. y Oliver, J.L. (2005). The importance of socioeducational relationships in university programs for older adult students. *Educational Gerontology*, 3(4), 253-261.
- Balleg, P., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Heath, G. W. y Kreuter, M. W. (2010). Dissemination of effective physical activity interventions: are we applying the evidence? *Health Education research*, 25(2), 185-198. doi:10.1093/her/cyq003.

- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes y M. M. Baltes, (Eds.) (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press. p. 1-34.
- Bankar, M., Chaudhari, S. y Chaudhari, K. (2013). Impact of long-term Yoga practice on sleep quality and quality of life in the elderly. *J Ayurveda Integr Med*, 4(1), 28-32. doi: 10.4103/0975-9476.109548
- Bann, D., Hardy, R., Cooper, R., Lashen, H., Keevil, B., Wu, F. C. y Kuh, D. (2015). Socioeconomic conditions across life related to multiple measures of the endocrine system in older adults: Longitudinal findings from a British birth cohort study. *Social Science & medicine*, 147, 190-199. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.11.001
- Barceló, M., Socías, C. y Brage, L. (2015). Efectos de los programas universitarios en personas mayores en su red y apoyo social. *Pedagogía Social*, (25), 299-317.
- Barnes, D., Yaffe, K., Satiriano, W. y Tager, I. B. (2003). A longitudinal study of cardiorespiratory fitness and cognitive function in healthy older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 459-465. doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51153.x
- Barranco, C. (2002). *Calidad de vida y trabajo social. Planteamientos teóricos y experiencias en organizaciones de bienestar social y en comunidades*. Agathos Ediciones. p. 4-21.
- Barranco, C. (2007). La construcción del conocimiento y visión de las perspectivas paradigmáticas y teorías aplicadas en los modelos de Trabajo Social. *Servicios Sociales y Política Social*, 80, 65-79.
- Barriopedro, M., Eraña, I. y Mallol, L. (2001). Relación de la Actividad Física con la depresión y satisfacción con la vida en la tercera edad. *Revista de Psicología del Deporte*, 10(2), 239-246. <https://www.rpd-online.com/article/view/163/163>

- Barnett, A., Smith, B., Lord, S., Williams, M. y Baumand, A. (2003). Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: A randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 32(4), 407-414. doi: 10.1093/ageing/32.4.407
- Battaglia, G., Bellafiore, M., Alesi, M., Paoli, A., Bianco, A. y Palma, A. (2016). Effects of an adapted physical activity program on psychophysical health in elderly women. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1009-1015. doi: 10.2147/CIA.S109591
- Beauvoir, S. (1983). *La vejez*. Editorial Edhasa.
- Bell, R. y Marmot, M. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126(1), 4-10. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22784581>
- Bendikova, E. y Bartik, P. (2015). Selected determinants of seniors' lifestyle. *Journal of Human Sport and Exercise*, 10(3), 805-814. doi:10.14198/jhse.2015.103.06
- Bereményi, B. A. y Montero, E. (2019). Crisis hipotecaria, capital social y empoderamiento: una exploración a partir del caso de la PAH. *Arbor Ciencia, pensamiento, cultura*. Marzo. <https://doi.org/10.3989/arbor.2019.793n3006>
- Berjano, E. (2004). Actas de las IV Jornadas "Calidad de Vida para las Personas Mayores". Caja de Ahorros del Mediterráneo.
- Bermejo, L. (2006). *Aportación de las actividades socioeducativas a la promoción del envejecimiento activo y el empowerment de los mayores en los Centros Sociales de Personas Mayores como espacios para la promoción del envejecimiento activo y la participación social*. Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social. p. 76-110.
- Bermejo, L. (2012). Envejecimiento activo, pedagogía, gerontología y buenas prácticas socioeducativas con personal adultas mayores. *Educación social: Revista de intervención socioeducativa*, (51), 27-44.

- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Paidós.
- Bigelow, D. A., McFarland, B. H. y Olson, M. M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: validating a measure. *Community Ment Health J*, 27(1), 43-55. doi: 10.1007/bf00752714
- Billings, J. y Hashem, F. (2009). Salutogénesis and the Promotion of Positive Mental Health in Older People. EU Thematic conference “*Mental Health and Well-being in Older People - Making It Happen*”. Madrid: European Commission Directorate-General for Health and Consumers and the Spanish Ministry of Health and Social Affairs.
- Bjerk, M., Brovold, T., Skelton, D. A. y Bergland, A. (2018). Associations between health-related quality of life, physical function and fear of falling in older fallers receiving home care. *BMC Geriatr.*, 18(1), 253. doi:10.1186/s12877-018-0945-6
- Blake, C., Codd, M. B. y O’Meara, Y. M. (2000). The Sort Form (SF-36). Health Survey: normative data for the Irish population. *Ir J Med Sci*, 169, 195-200. doi: 10.1007/bf03167695
- Blaxter, L., Hughes, C. y Tight, M. (2000). *Cómo se hace una investigación*. Ed. Gedisa.
- Blom, E. E., Aadland, E., Skrove, G. K., Solbraa, A. K. y Oldervoll, L. M. (2020). Health-related quality of life and physical activity level after a behavior change program at Norwegian healthy life centers: a 15-month follow-up. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 10.1007/s11136-020-02554-x. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02554-x>
- Blom, E. E., Aadland, E., Skrove, G. K., Solbraa, A. K. y Oldervoll, L. M. (2019). Health-related quality of life and intensity-specific physical activity in high-risk adults attending a behavior change service within primary care. *PloS one*, 14(12), e0226613. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226613>

- Boaz, A., Hanney, S., Borst, R., Alison O'Shea, A. y Kok, M. (2018). How to engage stakeholders in research: design principles to support improvement. *Health Res Policy Sys*, 16(60). <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0337-6>
- Bohórquez, M. R., Lorenzo, M. y García, A. J. (2014). Actividad física como promotor del autoconcepto y la independencia personal en personas mayores. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 9(2), 533-546.
- Bonvillani, A. (2003). Reflexiones acerca de un trabajo grupal con adultos mayores. *Revista Campo Grupal*, 6(54).
- Booth, F. W., Laye, M. J., Lees, S. J., Rector, R. S. y Thyfault, J. P. (2008). Reduced physical activity and risk of chronic disease: the biology behind the consequences. *Eur J Appl Physiol*, 102(4), 381-90. doi: 10.1007/s00421-007-0606-5
- Booth, M., Owen, N., Bauman, A., Clavisi, O. y Leslie, E. (2000). Social cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Prev. Med.*, 31, 15-22. doi: 10.1006/pmed.2000.0661
- Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, M., Fernández, F., Hernán, M., Nieto, J. y Cofiño, R. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit*, 27(2), 180-183. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006>
- Botero, B. y Pico, M^a. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24.
- Boulton, E. R., Horne, M. y Todd, C. (2018). Multiple influences on participating in physical activity in older age: Developing a social ecological approach. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 21(1), 239-248. <https://doi.org/10.1111/hex.12608>

- Bourdieu, P. (1986). "The Forms of Capital," en Richards J.G. (ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Greenwood Press, p. 241-258.
- Bourdieu, P. (2010). *El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la Cultura*. Ed. Siglo Veintiuno.
- Bowling, A. y Windsor, J. (2001). Towards the good life. A population survey of dimensions of Quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2, 55-81.
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1011564713657>
- Bradley, D. (1999). Reasons to rise each morning: The meaning of volunteering in the lives of older adults. *Generations*, 23(4), 45-50.
- Briones, B. M. (2013). *Redes de Apoyo Familiares y calidad de vida en los adultos mayores usuarios jubilados del Hospital del Día*. Tesis previa al grado académico de Psicología Clínica, p. 1-122. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/5868>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. University Press. (Trad. Cast.: La ecología del desarrollo humano. Ediciones Paidós, 1987).
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon and R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development*, p. 993-1028.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. En S.L. Friedman (Ed.). *Measuring environment across the life span: emerging methods and concepts*. American Psychological Association, p. 3-38.
- Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human development. En N. Smelser y P. Batles (Eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (pp. 6963- 6970).

- Brown, K. M., Elliott, S. J., Robertson-Wilson, J., Vine, M. M. y Leatherdale, S. T. (2018). Can knowledge Exchange support the implementation of a health-promoting school approach? Perceived outcomes of knowledge exchange in the COMPASS study. *BMC Public Health*, 18(1), 351. doi:10.1186/s12889-018-5229-8
- Brownson, R. C., Ballew, P., Brown, K. L., Elliot, M. B., Haire-Joshu, D., Heath, G. W. y Kreuter, M. W. (2007). The effect of disseminating evidence-based interventions that promote Dissemination of evidence-based interventions physical activity to health departments. *Am J Public Health*, 97, 1900-7. doi: 10.2105/AJPH.2006.090399
- Brownson, R. C., Hoehner, C. M., Day, K., Forsyth, A. & Sallis, J. F. (2009). Measuring the built environment for physical activity: state of the science. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4S), S99-S123. doi: 10.1016/j.amepre.2009.01.005
- Bru, C. (Ed.) (2002). *Los modelos marco en programas universitarios para personas mayores*. VI Encuentro Nacional de programas universitarios para mayores. Universidad de Alicante.
- Busch, V., de Leeuw, J. R., de Harder, A. y Schrijvers, A. J. (2013). Changing multiple adolescent health behaviors through school-based interventions: a review of the literature. *Journal of School Health*, 83(7), 514-523. doi:10.1111/josh.12060
- Bustillos, A., Fernández Ballesteros, R. y Huici, C. (2012). Efectos de la activación de etiquetas referidas a la vejez. *Psicothema*, 24(3), 352-357.
- Cabedo, S. y Escuder, P. (2003). *Programa universitario de formación para mayores*. Servei de Comunicació i Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Cakar, E., Dincer, U., Kiralp, M., Cakar, D., Durmus, O., Kilac, H., Soydan, F., Sevinc, S. y Alper, C. (2010). Jumping combined exercise programs reduced fall risk and improve balance and quality of life of elderly people who lived in long-term care facility. *Eur J Phys Rehabil Med*, 46(1), 59-67.

- Calero, S., Díaz, T., Caiza, M. R., Rodríguez, Á. F. y Analuiza, E. F. (2016). Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 35(4).
- Cámara, A. M. (2012). El Juego en las Personas Mayores: Una Vía de Desarrollo Personal. *Revista Portuguesa de Pedagogía*, 37-56.
- Campanini, A. y Luppi, F. (1995). *Servicio social y modelo sistémico*. Paidós. (Orig. 1988).
- Campbell, A., Converse, P. y Rodgers, W. (1976) *The quality of american life: perceptions, evaluations and satisfactions*. Russel Sage Foundation.
- Campos, J. Huertas, F., Colado, J. C., López, A. L., Pablos, A. y Pablos, C. (2003). Efectos de un programa de actividad física sobre el bienestar psicológico en mujeres mayores de 55 años. *Revista de Psicología del Deporte*, 12(1), 7-26. <https://www.rpd-online.com/article/view/173/173>
- Campos, M. C., Del Castillo, O., Castañeda, C. y Toronjo, L. (2015). Educajudo: innovación educativa y de salud en mayores. Aprendiendo a caerse (ushiro-ukemi). *Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 4(3).
doi: <http://dx.doi.org/10.24310/riccafd.2015.v4i3.6151>
- Cancela, J. M., Ayán, C. y Varela, S. (2009). La condición física saludable del anciano. Evaluación mediante baterías validadas al idioma español. *Revista española de Geriatría y Gerontología*, 44(1), 42-46. doi: 10.1016/j.regg.2008.05.001
- Cándida, A. y Hernández, M^a del M. (2016). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista internacional de formación profesional, adultos y comunidad*, 3(1). doi: <https://doi.org/10.18848/2386-8023/CGP/v03i01/7-14>
- Carratalá, E. (2004). *Análisis de la teoría de las metas de logro y de la autodeterminación en los planes de especialización deportiva de la Generalitat Valenciana*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia. Valencia. <http://hdl.handle.net/10550/15432>

- Cardenas, D., Henderson, K. y Wilson, B. E. (2009). Physical Activity and Senior Games Participation: Benefits, Constraints, and Behaviors. *Journal of Aging and Physical Activity*, 17, 135-153. doi: 10.1123/japa.17.2.135
- Caride, J. A. (2009). Ocio y ciudadanía: acerca del tiempo como construcción social y educativa. En Cuenca, M. y Aguilar, E. El tiempo del ocio: transformaciones y riesgos en la sociedad apresurada. *Documentos de estudios de ocio*, 31. Universidad de Deusto. Bilbao, 153-176. http://www.deusto-publicaciones.es/ud/openaccess/ocio/pdfs_ocio/ocio36.pdf
- Caride, J. A. (2012a). Lo que el tiempo educa: el ocio como construcción pedagógica y social. *Arbor: ciencia, pensamiento y cultura*, 188(754), 301-313. doi: 10.3989/arbor.2012.754n2004
- Caride, J. A. (2014). Del ocio como educación social a la pedagogía del ocio en el desarrollo humano. *Edetania*, 45, 33-53. Recuperado de: <https://revistas.ucv.es/index.php/Edetania/article/view/171>
- Carlson, J. A., Sallis, J. F., Conway, T. L., Saelens, B. E., Frank, L. D., Kerr, J., Cain, K. L. y King, A. C. (2011). Interactions between psychosocial and built environment factors in explaining older adults' physical activity. *Preventive Medicine*, 54, 68-73. doi: 10.1016/j.ypmed.2011.10.004
- Carstensen, L. L. (1991). Selectivity theory: Social activity in life-span context. En K. W. Schaie (Ed.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195-217. Springer.
- Casas, J., Repullo, J. y Pereira, J. (2001). Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Med Clin*, 116, 796-98.
- Cashman, S. B., Adeky, S. y Allen, A. J. (2008). The power and the promise: working with communities to analyze data, interpret findings, and get to outcomes. *Am J Public Health*, 98(8), 1407-1417. doi: 10.2105/AJPH.2007.113571

- Cassetti, V., Paredes, J. J., López, V. García, A. M. y Salamanca, P. (2018). Evidencia en Participación Comunitaria: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(S1), 41-47. doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.008
- Castañer, M., Saüch, G., Prat, Q., Camerino, O. y Anguera, M. T. (2015). La percepción de beneficios y de mejora del equilibrio motriz en programas de actividad física en la tercera edad. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(1), 77-84.
- Castillo, E. (2011). Juegos tradicionales para favorecer el estilo de vida del adulto mayor del asentamiento poblacional La Posta. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 7. www.eumed.net/rev/cccss/13/
- Castillo, J. J. y Romero, M. C. (2015). Mejoramiento de la calidad de vida en el adulto mayor a través de la actividad física. *Gerencia y deporte*, 4-12. Recuperado de: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Hh/article/view/325>
- Cavanaugh, J. C. y Blanchard-Fields, F. (2015). *Adult development and aging*. Cengage Learning.
- Cavill, N., Roberts, K. y Rutter, M. (2012). *Standard evaluation framework for physical activity interventions*. National Obesity Observatory.
- Céspedes, Y., Fallas, C. M., Picado, L., Spencer, E. y Vázquez, E. (1987). *Influencia de los factores socioeconómicos en la pérdida de autonomía de los adultos mayores costarricenses entre los 65 y 80 años*. Programa de Investigación sobre el envejecimiento. Editorial UCR.
- Cerquera, A. M. y Quintero, M. S. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 45, 173-180. Recuperado de: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/665/1196>

- Chapman, S. A. (2005). Theorizing about aging well: constructing a narrative. *Canadian Journal on Aging*, 24(1), 9-18. doi:org/10.1353/cja.2005.0004.
- Chaves, M., Sandoval, C. y Calero, P. (2017). Asociación entre capacidad aeróbica y calidad de vida en adultos mayores de una ciudad colombiana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 34(4), 672-6. doi: 10.17843/rpmesp.2017.344.2522
- Chen, C., Sellberg, F., Ahlqvist, V. H., Neovius, M., Christiansen, F. y Berglind, D. (2020). Associations of participation in organized sports and physical activity in preschool children: a cross-sectional study. *BMC pediatrics*, 20(1), 328. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02222-6>
- Chittrakul, J., Siviroj, P., Sungkarat, S. y Sapbamrer, R. (2020). Multi-System Physical Exercise Intervention for Fall Prevention and Quality of Life in Pre-Frail Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*, 17(9):3102. doi:10.3390/ijerph17093102
- Chong, A., Woo, J. y Kwan, A. (2006). Positive ageing—views from middle-aged and older adults. *Ageing and Society*, 26, 243-66. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X05004228
- Ciairano, S., Liubicich, M. y Rabaglietti, E. (2010). The effects of a physical activity programme on the psychological wellbeing of older people in a residential care facility: an experimental study. *Ageing & Society*, 30(4), 609-626. doi: <https://doi.org/10.1017/S0144686X09990614>
- Ciberned-Centro Investigación Biomédica en Red. (2012). *Informe anual Enfermedades Neurodegenerativas*. Madrid. <https://ciberned.es/images/stories/pdf/Informe%20anual%20CIBERNED%202012%20Oesp%20web.pdf>

- Cichocki, M., Quehenberger, V., Zeiler, M., Adamcik, T., Manousek, M., Stamm, T. y Krajic, K. (2015). Effectiveness of a low-threshold physical activity intervention in residential aged care – results of a randomized controlled trial. *Clin Interv*, 10, 885-895. doi: 10.2147/CIA.S79360
- Clarke, C. L., Sniehotta, F. F., Vadiveloo, T., Argo, I. S., Donnan, P. T., McMurdo, M. y Witham, M. D. (2017). Factors associated with change in objectively measured physical activity in older people - data from the physical activity cohort Scotland study. *BMC geriatrics*, 17(1), 180. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0578-1>
- Clifford, A., Budi, T., Bandelow, S. y Hogervorst, E. (2014). A cross sectional study of physical activity and health-related quality of life in an elderly Indonesian cohort. *The British Journal of Occupational Therapy*, 77(9), 451-456. <https://doi.org/10.4276/030802214X14098207541036>
- Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J. Morgan, A., Paredes-Carbonell, J. J. y Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.*, 30(S1), 93-98. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.06.004
- Cofiño, R., Álvarez, B., Fernández, S. y Hernández, R. (2005). Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Atención Primaria*, 35, 478-83. doi: 10.1157/13075472
- Cohen-Gerwe, E. y Stebbins, R. (2013). *Serious Leisure and Individuality*. McGill.
- Cohen, L., Manion, L. y Morrison, K. (2018). *Research methods in education (Eight Edition)*. Routledge.
- Coleman, J. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94, 95-120. <https://www.jstor.org/stable/2780243>
- Coleman, J. (1990). *Foundations of Social Theory*. Harvard University Press.

- Colom, A. J. y Orte, C. (2001). *Gerontología educativa y social. Pedagogía social y personas mayores*. Universitat de les Illes Balears.
- Colom, R., Renata Guimarães, R., De Almeida, B. y Fagundes, A. C. (2014) Promoção da saúde e da qualidade de vida comidosos por meio de práticas corporais. *O Mundo da Saúde*, 38(2), 159-168. doi: 10.15343/0104-7809.20143802159168
- Colomer, C. y Álvarez-Dardet, C. (2001). Promoción de la salud: concepto estrategias y métodos. En: Colomer C, Álvarez-Dardet C, eds. *Promoción de la salud y cambio social*. Masson, p. 27-45.
- Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) (1995). *Principios del CAD para una ayuda eficaz. Manual de la ayuda al desarrollo*. Mundi-Prensa/OCDE.
- Compton, W. C., Smith, M. L., Cornish, K. A. y Qualls, D. L. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 406-413. doi: 10.1037//0022-3514.71.2.406
- Consejería de Salud de las Islas Baleares (2015). *Guía para la elaboración del mapa de activos en salud en las Islas Baleares*. Mallorca. http://e-alvac.caib.es/documents/mapa_de_activos_en_salud.pdf
- Consejo Superior de Deportes (2009). *Plan integral de promoción del deporte y la actividad física. Personas mayores*. CSD. <http://femede.es/documentos/PlanIntegralv1.pdf>
- Corella, C. (2018). *Diseño, Aplicación y Evaluación de un programa de Intervención para incrementar los niveles de Actividad Física en los Estudiantes Universitarios de Teruel*. Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. Departamento de Expresión Musical, Plástica y Corporal. Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/76838/files/TESIS-2019-010.pdf>
- Costa, M. y López, E. (2005). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Ediciones Pirámide.

- Coutier, D. y Camus, Y. (1990). *3er Age movement et animation physique*. Gymnos.
- Crews, D. E. y Zavotka, S. (2006). Aging, disability and frailty: implications for universal design. *J Physiol Anthropol*, 25(1), 113-118.
- Cruz, D. (2000). *Participación de los adultos mayores en la construcción de un plan institucional de gestión del riesgo*. Tesis para optar el grado de Master en Gerontología. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Cuadra-Peralta, A. Medina, E. F. y Salazar, K. J. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Revista Interdisciplinaria de filosofía y psicología*, 11(35), 56-67. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=836/83646545005>
- Cuenca, M. (coord.) (2006). Aproximación multidisciplinar a los estudios de ocio. *Documentos de estudios de ocio*, 31. Universidad de Deusto. Bilbao.
http://www.deusto-publicaciones.es/ud/openaccess/ocio/pdfs_ocio/ocio31.pdf
- Cuenca, M., Aguilar, E. y Ortega, C. (2010). Ocio para innovar. *Documentos de estudios de ocio*, 42. Universidad de Deusto. Bilbao. <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/ocio/ocio42.pdf>
- Cuenca, M. (2012). Reflexiones sobre el ocio en el siglo XXI. *Arbor-Csic*, 188, 754. Madrid.
<https://doi.org/10.3989/arbor.2012.i754>
- Cuenca, M. (2007c). Ocio y Mayores. Reflexiones prácticas desde la Universidad. En V Jornadas Municipales. *Familia y Comunidad*.
- Cuenca, M. y San Salvador, R. (2016). La importancia del ocio como base para un envejecimiento activo y satisfactorio. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(2), 79-84.
Recuperado de: https://www.rpd-online.com/article/view/v25-n4-cuenca-amigo-san-et al/Cuenca_Amigo_Sanetal

Cuenca-Amigo, J. (2012). El valor de la experiencia de ocio en la modernidad tardía.

Documentos de estudios de ocio, 48. Universidad de Deusto. Bilbao.

Cummins, R. y Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva.

Intervención Psicosocial, 9(2), 185-198.

Cury, S. y Arias, A. (2016). Hacia una definición actual del concepto de “diagnóstico social”.

Breve revisión bibliográfica de su evolución. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (23), 9-24.

Damschroder, L. J. & Lowery, J. C. (2013). Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR).

Implement. Sci., 8. doi: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-51>

Dantas, B., de Miranda, J., Cavalcante, A., Toscano, G., Torres, L., Rossignolo, S., Nobre, T.,

Maia, E., de Miranda, F. y Torres, G. V. (2020). Impact of multidimensional interventions on quality of life and depression among older adults in a primary care setting in Brazil: a quasi-experimental study. *Revista brasileira de psiquiatria*, 42(2), 201–208. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0577>

Davidson R. J. (2000). Neuropsychological perspectives on affective styles and their

cognitive consequences. En: Tim Dalglissh and Mick J. Power. *Handbook of cognition and emotion*. New York: John Wiley and Sons.

Davidson, E. J. (2000). Ascertaining Causality in theory-Based Evaluation in Rogers, P. J.,

Hacsi, T. A., Petrosino, A. y Huebner, T. A (Eds.) *Program Theory in Evaluation: Challenges and Opportunities*. New Directions for Evaluations, 87.

Deci, E. y Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*.

Plenum.

- Deci, E. y Ryan, R. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human Needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, *11*, 227-268.
doi: 10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deci, E. y Ryan, R. (2002). *Handbook of self-determination research*. University of Rochester Press.
- De Gracia, M. y Marcó, M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema*, *12*(2), 285-292.
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=291>
- De Lira, C., Taveira, H. V., Rufo, W., Amorim, A., Ferreira, L., Andrade, M. S. y Vancini, R. L. (2018). Engagement in a Community Physical Activity Program and Its Effects Upon the Health-Related Quality of Life of Elderly People: A Cross-Sectional Study. *Value in health regional issues*, *17*, 183–188.
<https://doi.org/10.1016/j.vhri.2018.10.002>
- De Oliveira, L., Souza, E. C., Rodrigues, R. A., Fett, C. A. y Piva, A. (2019). Los efectos de la actividad física sobre la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en las personas mayores que viven en la comunidad. *Tendencias en psiquiatría y psicoterapia*, *41*(1), 36-42. <https://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0129>
- Dehi, M., Aghajari, P., Shahshahani, M., Takfallah, L. y Jahangiri, L. (2014). The effect of stationary walking on the quality of life of the elderly women: a randomized controlled trial. *J Caring Sci*, *3*(2), 103-111. doi: 10.5681/jcs.2014.011
- De Meester, F., Van Dyck, D., De Bourdeaudhuij, I., Deforche, B. y Cardon, G. (2013). Do psychosocial factors moderate the association between neighborhood walkability and adolescents’ physical activity. *Social Science and Medicine*, *81*, 1-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.01.013

- Del Valle, M., Prieto, J. A., Nistal, P., Martínez, P. C. y Ruíz Fernández, L. (2016). Impacto de las estrategias de ejercicio físico en la CVRS de adultos sedentarios. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 16(64), 739-756. doi: <http://dx.doi.org/10.15366/rimcafd2016.64.008>
- De Leeuw, E. (2003). Nurturing healthy cities: research responsibility and accountability. En: Takano, T., ed. *Healthy cities & urban policy research*. Spon.
- Departamento de Naciones Unidas sobre el envejecimiento y la Asociación Internacional de Gerontología. (2002). Programa de investigación sobre el envejecimiento para el S.XXI. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37(2), 57-64.
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/onu-forovalencia-01.pdf>
- Díaz Expósito, F. J. (2014). Generación de mapas de activos de salud por población infantil de una localidad de la Subbética Cordobesa. *Comunidad*, 16(1). Disponible en: <http://comunidadsemfyc.es/generacion-de-mapas-de-activos-de-salud-por-poblacion-infantil-de-una-localidad-de-la-subbetica-cordobesa>
- Diderichsen, F., Evans, T. y Whitehead, M. (2001). *The social basis of disparities in health in challenging inequities in health*. En: From ethics to action. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. Oxford University Press.
- Diegelmann, M., Jansen, C. P., Wahl, H. W., Schilling, O. K., Schnabel, E. L. y Klaus Hauer. (2018). Does a physical activity program in the nursing home impact on depressive symptoms? A generalized linear mixed-model approach, *Aging & Mental Health*, 22(6), 784-793. doi: 10.1080/13607863.2017.1310804
- Dionigi, R. (2007). Resistance training and older adults' beliefs about psychological benefits: the importance of self-efficacy and social interaction. *J Sport Exerc Psychol*, 29(6), 723-746. doi: <https://doi.org/10.1123/jsep.29.6.723>

- Dubos, R. J. (1959). *Mirage of health. Utopias, progress and biological change*. Harper & Row.
- Dupuis, S., Whyte, C. y Carson, J. (2012). Leisure in long-term care settings. En H. Gibson J. & J. F. Singleton (Eds.), *Leisure and aging. Theory and practice*, 217-237.
- Dumazedier, J. (1971). *Realidades del ocio e ideologías. Ocio y sociedad de clases*. Fontanella, 9-45.
- Eco, H. (2002). *Cómo se hace una tesis*. Gedisa.
- El-Khoury, F., Cassou, B., Charles, M. A. y Dargent, P. (2013). The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 347, 6234. doi: 10.1136/bmj.f6234.
- El Hajj, E., Morais, J. A. y Karelis, A. D. (2019). Current Concepts in Healthy Aging and Physical Activity: A Viewpoint. *Journal of Aging and Physical Activity*, 27(5), 755-761. doi:10.1123/japa.2018-0208
- Elosua, P. (2010). Subjective Values of Quality of Life Dimensions in Elderly People. A SEM Preference Model Approach. *Social Indicators Research*, 104(3), 427-437. doi: 10.1007/s11205-010-9752-y
- Emmons, K. (2000). Health behaviours in a social context. En L. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology*, 242-266. Oxford University Press.
- Eriksson, M. y Lindstrom, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376-81. doi: 10.1136/jech.2005.041616
- Eriksson, M. y Lindstrom, B. (2008). A salutogenic interpretation on the Ottawa Charter. *Health Promot Int.*, 23, 190-98. doi: 10.1093/heapro/dan014

- Erlinghagen, M. y Hank, K. (2005). Participación de las personas mayores europeas en el trabajo de voluntariado. *Boletín sobre el envejecimiento*, 17, 1-24. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Secretaría de Estado de servicios Sociales, Familias y Discapacidad.
- <https://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/boletinopm17.pdf>
- Escarbajal, A., Martínez, S. M. y Salmerón, J. A. (2015). La percepción de la calidad de vida en las mujeres mayores y su envejecimiento activo a través de actividades socioeducativas en los centros sociales. *Revista de Investigación Educativa*, 33(2), 471-488. doi: <https://doi.org/10.6018/rie.33.2.213211>
- Esnaola, I. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de Psicología*, 24(1), 1-8. Universidad de Murcia. https://www.um.es/analesps/v24/v24_1/01-24_1.pdf
- Estabrooks, P. y Carron, A. (1999). Cohesión grupal en adultos mayores: efectos de predicción e intervención. *J Behav Med. Dec*, 22(6), 575-88.
- Estacio, E. V., Oliver, M., Downing, B., Kurth, J. y Protheroe, J. (2017). Effective Partnership in Community-Based Health Promotion: Lessons from the Health Literacy Partnership. *International journal of environmental research and public health*, 14(12), 1550. doi:10.3390/ijerph14121550
- Etcheld, M. A, Van Elderen, T. y Van Der Kamp, L. J. (2003). Modeling Predictors of quality of life after coronary angioplasty. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 49-60. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_07
- Faghri, P., Stratton, K. y Momeni, K. (2015). Sedentary Lifestyle, Obesity, and Aging: Implication for Prevention. *Journal of Nutritional Disorders and Therapy*, 5(1), e119. doi: 10.4172/2161-0509.1000e119

- Falagán, P. (2018). *Empoderamiento en la vejez*. Grado de Enfermería. Universidad de Cantabria.
- <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14107/FalaganIzquierdoP.pdf>
- Fernández, R. (2000). *Gerontología social*. Pirámide.
- Fernández, G. y Rojo, F. (2011). *Calidad de Vida y Envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Fundación BBVA, 235-270. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2012_calidad_vida.pdf
- Fernández-Ballesteros, R. y Maciá, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención Psicosocial*, 5, 77-94.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología*. Ediciones pirámide, 280.
- Filgueira, C. y Hernández, M^a (2016). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Internacional de Formación Profesional, Adultos y Comunidad*, 3(1).
- Fernández, R., Molina, J. L., Valero, O. (2020). Satisfacción con el apoyo social recibido de las relaciones sociales en casos de dolor crónico: la influencia de las características de la red personal en términos de estructura, composición y contenido funcional. *Salud pública*, 17, 2706.
- Fisher, K. L., Harrison, E. L., Bruner, B. G., Lawson, J. A., Reeder, B. A., Ashworth, N. L. y Chad, K. E. (2018). Predictors of physical activity levels in community dwelling older adults: a multivariate approach based on a socio-ecological framework. *Journal of aging and physical activity*, 26(1), 114-120. doi: 10.1123/japa.2016-0286
- Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S., Jones, D., Spielgelhalter, D. y Cox, D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ*, 305, 1074-77.

- Fortier, M. y Kowal, J. (2007). The flow state and physical activity behavior change as motivational outcomes: A self-determination theory perspective. En M. Hagger, y Chatzisarantis N. (Eds.), *Self-determination Theory in Exercise and Sport*. Human Kinetics.
- Franzén, K., Saveman, B. I. y Blomqvist, K. (2007). Predictors for health-related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 112-120. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2006.06.001
- Freire, M. (2007). *Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36*. Editorial de la Universidad de Granada. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/1503>
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D. y Zurayk H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming Education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376, 1923-58. doi: 1.1016/S0140-6736(10)61854-5.
- Fundación EDE. (2013). *La participación social de las personas mayores en la capv. Sistema de indicadores*. Servicio de investigación social. [https://www.donostia.eus/info/ciudadano/mayores_presentacion.nsf/voWebContenido/sId/DC5D5742B4117C20C1257DE2003539A6/\\$file/participacion-social-mayores.pdf](https://www.donostia.eus/info/ciudadano/mayores_presentacion.nsf/voWebContenido/sId/DC5D5742B4117C20C1257DE2003539A6/$file/participacion-social-mayores.pdf)
- Funes, M. J. (2011). La participación en asociaciones de la población mayor de sesenta y cinco años en España. Análisis de sus efectos e indicaciones para las políticas públicas sectoriales. *Revista Internacional de Sociología*, 69(1), 167-193. <https://doi.org/10.3989/ris.2009.04.14>

- Gallardo, L., Bibiloni, M., Mascaró, C. M., Montemayor, S., Ruiz, M., Salas, J., Corella, D., Fitó, M., Romaguera, D., Vioque, J., Alonso, Á. M., Wärnberg, J., Martínez, J. A., Serra, L., Estruch, R., Fernández, J. C., Lapetra, J., Pintó, X., García, A., Bueno, A. y Tur, J. A. (2020). La actividad física en el tiempo libre, el comportamiento sedentario y la calidad de la dieta están asociados con la gravedad del síndrome metabólico: el estudio PREDIMED-Plus. *Nutrientes*, 12(4), 1013. <https://doi.org/10.3390/nu12041013>
- Gállego, J. (2016). Las redes de experiencias de salud comunitaria como sistema de información en promoción de la salud: la trayectoria en Aragón. *Gac Sanit*, 30(S1), 55-62. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.05.016
- Gallego, J., Aguilar, J. M., Cangas, A. J., Lorenzo, J. J., Franco, C. y Mañas, I. (2012). Programa de Natación Adaptada para Personas Mayores Dependientes: Beneficios Psicológicos, Físicos y Fisiológicos. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 125-133. <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235124455016.pdf>
- Gallegos, K., Honorato, Y. y Macías, N. (2019). Los servicios preventivos de salud y la actividad física mejoran la calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores mexicanos. *Salud Pública de México*, 61(2), 106. <https://doi.org/10.21149/9400>.
- Galleguillos, D. (2015). *Inclusión social y calidad de vida en la vejez experiencias de personas mayores participantes en clubes de adultos mayores en la comuna de Talagante*. Universidad de Chile. Santiago de Chile. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142331/memoria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gañán, Á. y Villafruela, I. (2015). El ocio, tiempo libre y calidad de vida para un envejecimiento activo, el caso de la Universidad de Burgos. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 75-87.

- Garatachea, N. (2006). *Actividad física y envejecimiento*. Wanceulen.
- García Ferrando, M. (2006). Posmodernidad y deporte: Entre la individualización y la masificación. Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles 2005. Madrid: CSD y CIS.
- García, A. J. y Froment, F. (2018). Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores. *Retos*, 33, 3-9.
<https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/50969/33682>
- García, A. J., Marín, M. y Bohórquez, M. R. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de actividad física en personas mayores. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 195-200. <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235124455026.pdf>
- García, B. (2007). Bienestar subjetivo y felicidad en la vejez. En: S. Ballesteros (Ed.) *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Universitas, 273-308.
- García, L. (2016). *Educación en el ocio: formación para personas mayores en zonas rurales*. UNED.
- García, A. J. y Froment, F. (2018). Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores. *Retos*, 33, 3-9.
- Gastrón, L., Andrés, H., Krzemien, D., Lacasa, D., Lombardo, E., Lynch, G. y Vujosevich, J. A. (2013). *Dimensiones de la representación social de la vejez* (Primera ed.). Editorial EUDEM.
- Gelaye, B., Revilla, L., Lopez, T., Sanchez, S. y Williams, M. A. (2009). Prevalence of metabolic syndrome and its relationship with leisure time physical activity among Peruvian adults. *European journal of clinical investigation*, 39(10), 891–898.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2362.2009.02191.x>
- Gibson, H. y Singleton, J. (2012). *Leisure and aging*. Human Kinetics.

- Gill, D. L., Williams, L., Dowd, D. A. y Beaudoin, C. M. (1996). Orientaciones competitivas y motivos de los participantes en el deporte y el ejercicio para adultos. *Journal of Sport Behavior*, 19(4), 307–318.
- Gill, D. L., Hammond, C. C., Reifsteck, E. J., Jehú C. M., Williams, R. A., Adams, M. M., Lange, E. H., Becofsky, K., Rodríguez, E. y Shang, Y. T. (2013). Physical Activity and Quality of Life. *J Prev Med Salud Pública*, 46(1), S28-S34.
doi: <https://doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.S.S28>
- Gittelsohn, J., Harris, S., Whitehead, S., Wolever, T., Hanley, T. y Barnie, A. (1995). Developing diabetes interventions in an Ojibwa-Cree community in Northern Ontario: linking qualitative and quantitative data. *Chron Dis Can*, 16, 157-164.
- Giusti, L. (1991). *Calidad de vida, estrés y bienestar*. Editorial Psicoeducativa.
- Glasgow, R. E, Vogt, T. M. y Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89,1322–1327. doi: 10.2105/AJPH.89.9.1322
- Glasgow, R. E, Harden, S. M, Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., Ory, M. G y Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM Planning and EvaluationFramework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. *Frontiers Public Health*,7, 64.
doi: 10.3389/fpubh.2019.00064
- Gomez, A., Navarrete, D., Pérez, J., Vila, S., Gesteiro, E., Gusi, N., Villa, J. G., Espino, L., Gonzalez, M., Casajus, J. A., Ara, I., Gomez, A. y Vicente, G. (2020). The effects of Age, Organized Physical Activity and Sedentarism on Fitness in Older Adults: An 8-Year Longitudinal Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(12), 4312. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124312>

- Gómez-Píriz, P. T., Puga, E., Jurado, R. M. y Pérez, P. (2014). Calidad de vida percibida y esfuerzos específicos en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 14(54), 227-242.
<http://cdeporte.rediris.es/revista/revista54/artcalidad455.htm>
- Gómez, A. Pardos-Mainer, E., González-Gálvez, N. y Sagarra-Romero, L. (2019). Influencia de las actividades en la calidad de vida de los ancianos: revisión sistemática. *Ciencia & Salud Colectiva*, 24(1), 189-202. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.05452017>.
- Gómez-Cabello, A. Pardos-Mainer, E., González-Gálvez, N. y Sagarra-Romero, L. (2018). Actividad física y calidad de vida en las personas mayores: estudio piloto PQS. *Rev. Ib. CC. Act. Fís. Dep.*, 8(3), 96-109. doi:
<http://dx.doi.org/10.24310/riccafd.2018.v7i2.5093>
- González-Serrano, G., Huéscar, E. y Moreno-Murcia, J. A. (2013). Satisfacción con la vida y ejercicio físico motricidad. *European Journal of Human Movement*, 30, 131-151.
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2742/274228060010>
- Gorbeña, S. (2000). Modelos de intervención en ocio terapéutico. *Documentos de Estudios de Ocio, núm. 11*. Universidad de Deusto. Bilbao. <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/ocio/ocio11.pdf>
- Granizo, C. y Gállego, J. (2007). *Criterios de Calidad en Promoción de la Salud. Gobierno de Aragón*. Departamento de Salud y Consumo.
- Grant, B. C. y Kluge, M. A. (2012). Leisure and physical well-being. En H. Gibson y J. F. Singleton (Eds.), *Leisure and aging. Theory and practice*, 129-142. Human Kinetics.
- Green, L.W. y Glasgow, R. E. (2006). Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research; issues in translation methodology. *Evaluation & the Health Professions*, 29(1), 126-153. doi: 10.1177/0163278705284445

- Green, L.W. (2008). Making research relevant: if it is an evidence-based practice, Where's the practice-based evidence? *Family Practice*, 25(1), 20-24.
doi:10.1093/fampra/cmn055
- Greenhalgh, T., Jackson, C., Shaw, S. y Janamian, T. (2016). Achieving Research Impact Through Co creation in Community Based Health Services: Literature Review and Case Study. *Milbank Quarterly*, 94:392-429.
- Guallar, P., Olalla, P. S., Banegas, J. R., López, E y Rodríguez, F. (2004). Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Medicina Clínica*, 123(16), 606-610. doi: 10.1016/s0025-7753(04)74616-3
- Guillén, F., Castro, J. J. y Guillén, M. A. (1997). Calidad de vida, salud y ejercicio físico: una aproximación al tema desde una perspectiva psicosocial. *Revista de psicología del deporte*, 6(2), 91-110. <https://www.rpd-online.com/article/view/461>
- Haggis, C., Sims-Gould, J., Winters, M., Gutteridge, K. y McKay, H. A. (2013). Sustained impact of community-based physical activity interventions: key elements for success. *BMC Public Health*, 13(892). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-892>
- Harrison, D., Ziglio, E., Levin, L. y Morgan, A. (2004). Assets for health and development: developing a conceptual framework. *European Office for Investment for Health and Development*. Organización Mundial de la Salud.
- Hasson, R. E., Brown, D. R., Dorn, J., Barkley, L., Torgan, C., Whitt-Glover, M., Ainsworth, B. y Keith, N. (2018). Achieving Equity in Physical Activity Participation: ACSM Experience and Next Steps. *Med Sci Sports Exerc.*, 50(6), 1342-3. doi: 10.1249/MSS.0000000000001161.
- Havighurst, R. J. y Albrecht, R. (1953). *Older people*. Longmans, Green.

- Heintzman, P. y Patriquin, E. (2012). Leisure and Social and Spiritual Well-being. In *Leisure and Aging Theory and Practice*, edited by H. J. Gibson and J. F. Singleton, 159-177. Human Kinetics.
- Hellín, P., Moreno, J. A. y Rodríguez, P. L. (2004). Motivos de práctica físico-deportiva en la Región de Murcia. *Cuadernos de Psicología del Deporte. 1 y 2*, 101-116.
- Hendricks, A. M., Jansen, M., Gubbels, J. S., De Vries, N., Paulussen, T. & Kremers, S. (2013). Proposing a conceptual framework for integrated local public health policy, applied to childhood obesity - the behavior change ball. *Implement. Sci.*, 8. doi: 10.1186/1748-5908-8-46
- Henwood, T. R. y Taaffe, D. R. (2006). Short-term Resistance training and the older adult: the effect of varied programmes for the enhancement of muscle strength and functional Performance. *Clinical Physiology and Functional Imaging*, 26(5), 305-313. doi: 10.1111/j.1475-097X.2006.00695.x
- Herazo, Y., Quintero, M., Pinillos, Y., García, F., Núñez, N. y Suarez, D. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 12(5), 174-181. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170254309009>.
- Hernán, M., Morgan, A. y Mena, Á. (2013). *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
- Hernán, M. y Lineros, C. (2010). Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. *Revista de la Fundación para el estudio de la atención a la familia*, 2(2). <http://www.fundesfam.org/revista%20fundesfam%201/007revisiones.htm>

- Hernán, M., García, D., Cubillo, J. y Cofiño, R. (2019). Fundamentos del enfoque de activos para la salud en atención primaria de salud. *FMC*, 26(2), 1-9. doi: 10.1016/j.fmc.2019.06.005
- Hernán, M. y Botello, B. (2017). Activos para la salud: A vueltas con el poder, la dependencia y la salud comunitaria. En: López, V., Padilla, J., Eds. *Salubrísimo o Barbarie*. Atrapasueños.
- Hernán, M., Cardo, A., Barranco, J. F., Belda, C., Páez, E., Rodríguez, S. y Lafuente, N. (2018). *Salud comunitaria basada en activos*. Escuela Andaluza de Salud Pública. https://www.easp.es/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/01/EASP_Guia_breve_SaludComActivos-FUM-05-12-18.pdf
- Hernán, M. (2015). “Salud comunitaria basada en activos”. *Comunidad*; 17(3). https://comunidadsemfyc.es/wp-content/uploads/Comunidad_-_Salud-comunitaria-basada-en-activos.pdf
- Hernández, G. (2009). Cese de la actividad profesional y preparación para la jubilación. *Cuadernos De Relaciones Laborales*, 27(2), 63-81.
- Herranz, I., Lirio, J., Portal, E. y Arias, E. (2013). La actividad física como elemento de participación y calidad de vida en las personas mayores. *Escritos de Psicología*, 6(2), 13-19. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1906>
- Herrera, A. y Guzmán, A. (2012). Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *Rev Med Clin Condes*, 23(1), 65-76. https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Reflexiones-CalidadV-11.pdf
- Herrera, P. M., Navarrete, C. y Martínez, N. (2013). Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Rev cubana Med Gen Integr*, 31(4), 326-345.

- Hill, K., Smith, R., Fearn, M., Rydberg, M. y Oliphant, R. (2007). Physical and psychological outcomes of a supported physical activity program for older carers. *J Aging Phys Act*, 15(3), 257-271. doi: 10.1123/japa.15.3.257
- Hills, D. (2004). *Evaluation of community levels interventions for health improvement: a review of experience in the UK*. Agencia de desarrollo sanitario.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.499.8003&rep=rep1&type=pdf>
- Hollmann, W., Strüder, H. K., Tagarakis, C. V. y King, G. (2007). Physical activity and the elderly. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 14(6), 730-739. doi: 10.1097/HJR.0b013e32828622f9
- Honjo K. (2004). Social epidemiology: Definition, history, and research examples. *Environmental health and preventive medicine*, 9(5), 193-199.
doi:10.1007/BF02898100
- Hopman, W. M., Towheed, T., Anastassiades, T., Tenenhouse, A., Poliquin, S., Berger, C., Joseph, L. Brown, J.P., Murray, T. M., Adachi, J.D., Hanley, D. A. y Papadimitropoulos, E. (2000). Canadian normative data for the SF-36 health survey. Canadian Multicentre Osteoporosis Study Research Group. *CMAJ*, 163, 265-71.
- Horodyska, K., Boberska, M., Kruk, M., Szczuka, Z., Wiggers, J., Wolfenden, L., Scholz, U., Radtke, T. y Luszczynska, A. (2019). Perceptions of Physical Activity Promotion, Transportation Support, Physical Activity, and Body Mass: an Insight into Parent-Child Dyadic Processes. *International journal of behavioral medicine*, 26(3), 255–265. <https://doi.org/10.1007/s12529-019-09780-9>
- Howe, R. y Charboneau, B. G. (1987). *Therapeutic recreation intervention: An ecological perspective*. Prentice-Hall.

- Howe, D. (1999). *Dando sentido a la práctica. Una introducción a la teoría del trabajo social*. Maristan. (Orig. 1992).
- Hutchinson, S. L. y Wexler, B. (2007). Is “raging” good for health? Older women’s participation in the Raging Grannies. *Health Care for Women International*, 28, 88-118. doi: 10.1080/07399330601003515
- Huenchuan, S. (2008). *Calidad de vida y envejecimiento. Resultados de la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud*. Ponencia presentada en el marco del Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud de Chile y la Cepal.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3859/1/S2009000_es.pdf
- Hunter, D. y Killoran, A. (2004). Tackling health inequalities: turning policy into practice? *Health Development Agency*. London.
- Iacub, R. y Arias, C. J. (2010). El empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 25-32.
doi: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20070780.2010.2.2.26787>
- Inattiniemi, S., Jokelainen, J. y Luukinen, H. (2009). Falls risk among a very old home-dwelling population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(1), 25-30.
doi: 10.1080/02813430802588683
- Iliffe, S., Kendrick, D., Morris, R., Masud, T., Gage, H., Skelton, D., Dinan, S., Bowling, A., Griffin, M., Haworth, D., Swanwick, G., Carpenter, H., Kumar, A., Stevens, Z., Gawler, S., Barlow, C., Cook, J. y Belcher, C. (2014). Multicentre cluster randomised trial comparing a community group exercise programme and home-based exercise with usual care for people aged 65 years and over in primary care. *Health Technology Assessment*, 18(49), 1-105. doi: 10.3310/hta18490.

INISA, (1994). *Validación de un instrumento para la medición de la calidad de vida de personas de 60 años y más*. Programa de Investigación sobre el envejecimiento. Editorial UCR.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2008). *La participación social de las personas mayores*. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.
<https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/11005partsocialmay.pdf>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Ed: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2012). *Las personas mayores en España*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22023_inf2010pm_v1.pdf

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2015). Informe 2014. *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid.
https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2014). *Encuesta Europea de Salud en España*.
<https://www.ine.es/prensa/np937.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2018). *Proyecciones de Población 2018-2068*.
https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf

- Iso-Ahola, S. (1980). *The Social Psychology of Leisure and Recreation*. Brown Company Publishers.
- Ishii, K. Shibata, A. y Oka, K. (2010). Environmental, psychological, and social influences on physical activity among Japanese adults: Structural equation modeling analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 61-68. doi:10.1186/1479-5868-7-61.
- Isorna, M. y Felpeto, M. (2014). Relación entre la práctica de la Actividad Físico-deportiva y la mejora del bienestar físico-psicológico en personas mayores. *Lúdica pedagógica*, (19), 11-26. doi: <https://doi.org/10.17227/01214128.19ludica11.26>
- Iwasaki, Y. (2007). Leisure and quality of life in an international and multicultural context: what are major pathways linking leisure to quality of life? *Social Indicators Research*, 82, 233-264. doi: <https://doi.org/10.1007/s11205-006-9032-z>
- Izquierdo, M., Ibáñez, J., Antón, M., Cebollero, P., Cadore, E. L., Casas, A., López, J., Vicente, D., Vicente, G., Gómez, A., Casajús, J. A., Pérez, M., Herrero, F., Ferrer, A. y Zamorano, R. (2013). *Ejercicio físico es salud: prevención y tratamiento de enfermedades mediante la prescripción de ejercicio*. Exercycle SL BH Group. http://pilarmartinescudero.es/nov13/libro_prescripcion_ejerenfercronicas.pdf
- Jagosh, J., Bush, P. L., Salsberg, J., Macaulay, M. C., Greenhalgh, T., Wong, G., Cargo, M., Green, L.W., Herbert, C. P. y Pluye, P. (2015). A realist evaluation of community-based participatory research: partnership synergy, trust building and related ripple effects. *BMC Public Health*, 15, 725. doi: 10.1186/s12889-015-1949-1.
- Jalali, M. S., Rahmandad, H., Bullock, S. L., Lee-Kwan, S. H., Gittelsohn, J. y Ammerman, A. (2019). Dynamics of intervention adoption, implementation, and maintenance inside organizations: The case of an obesity prevention initiative. *Social Science & Medicine*, 224, 67-76. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.12.021

- Janyacharoen, T., Srisamai, T. y Sawanyawisuth, K. (2018). An Ancient Boxing Exercise Improves Physical Functions, Balance, and Quality of Life in Healthy Elderly Persons. *Evidence-based complementary and alternative medicine, eCAM*, 6594730. <https://doi.org/10.1155/2018/6594730>
- Jiang, X., Sit, J. W. y Wong, T. K. (2007). A nurse-led cardiac rehabilitation programme improves health behaviours and cardiac physiological risk parameters: evidence from Chengdu, China. *J Clin Nurs*, 16(10), 1886-97. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01838.x
- Jiménez, M., Martínez, P., Miró, E. y Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-272.pdf
- Jo, H., Kim, J. Y., Jung, M. Y., Ahn, Y. S., Chang, S. J. y Koh, S. B. (2020). Leisure Time Physical Activity to Reduce Metabolic Syndrome Risk: A 10-Year Community-Based Prospective Study in Korea. *Yonsei medical journal*, 61(3), 218–228. <https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.3.218>
- Jodra, P., Maté, J. L. y Domínguez, R. (2019). Percepción de salud, autoestima y autoconcepto físico en personas mayores en función de su actividad física. *Revista de psicología del deporte*, 28(2), p. 127-134.
- Jones, L., Koegel, P. y Wells, K. B. (2008). Bringing experimental design to community-partnered participatory research. In: Minkler M, Wallerstein N, eds. *Community Based Participatory Research for Health: Process to Outcomes*. 2nd ed. Jossey-Bass, p. 67-85.

- Jørgensen, S., Svedevall, S., Magnusson, L., Martin, K. A. y Lexell, J. (2019). Asociaciones entre la actividad física en el tiempo libre y los factores de riesgo cardiovascular en adultos mayores con lesión medular crónica. *Médula espinal*, 57(5), 427-433.
<https://doi.org/10.1038/s41393-018-0233-5>
- Justine, M. y Hamid, T. (2010). A Multicomponent Exercise Program for Institutionalized Older Adults Effects on Depression and Quality of Life. *Journal of gerontological nursing*, 36(10), 32-41. doi:10.3928/00989134-20100330-09.
- Jull, J., Giles, A. y Graham, I. (2017). Community-based participatory research and integrated knowledge translation: advancing the co-creation of knowledge. *Implementation Science*, 12, 150. doi: 10.1186/s13012-017-0696-3
- Kajandi, M. (1994). A Psychiatric and Interactional Perspective on Quality of Life. In: Nordenfelt L. (eds) Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care. *European Studies in Philosophy of Medicine I*, 47. Springer, Dordrecht.
https://doi.org/10.1007/978-94-015-8344-2_15
- Kalron, A., Aloni, R., Givon, U. y Menascu, S. (2018). Fear of falling, not falls, impacts leisure-time physical activity in people with multiple sclerosis. *Gait & posture*, 65, 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2018.06.174>
- Karahan, A. Y., Tok, F., Taşkin, H., Küçüksaraç, S., Başaran, A. y Yildirim, P. (2015). Effects of Exergames on Balance, Functional Mobility, and Quality of Life of Geriatrics Versus Home Exercise Programme: Randomized Controlled Study. *Central European journal of public health*, 23 Suppl, S14–S18.
<https://doi.org/10.21101/cejph.a4081>
- Katz, S., Branch, L. G., Branson, M. H., Papsidero, J. A., Beck, J. C. y Greer, D.S. (1983). Active life expectancy. *New England Journal of Medicine*, 309(20), 1218-1224.
doi: 10.1056/NEJM198311173092005

- Katzmarzyk, P. (2010). Physical Activity, Sedentary Behavior, and Health: Paradigm Paralysis or Paradigm Shift? *Rev. Diabetes Nov*, 59(11), 2717-2725.
doi: 10.2337/db10-0822.
- Katzmarzyk, P. y Mason, C. (2009). The physical activity transitions. *J Phys Act Health*, 6(3), 269-80. doi: 10.1123/jpah.6.3.269
- Kretzman, J. y McKnight, J. (1993). *Building communities from the inside out: a path toward finding and mobilizing a community's assets*. ACTA Publications.
- Krzepota, J., Biernat, E. y Florkiewicz, B. (2015). The relationship between levels of physical activity and quality of life among students of the university of the third age. *Central European Journal of Public Health*, 23(4), 335-339.
- Kilpatrick, M., Hebert, E. y Jacobsen, D. (2002). Physical activity motivation. A practitioner's guide to self-determination theory. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, 74(4), 36-43.
<https://doi.org/10.1080/07303084.2002.10607789>
- Kilpatrick, M., Hebert, E. y Bartholomew, J. (2005). Motivación de los estudiantes universitarios para la actividad física: diferenciando los motivos de hombres y mujeres para la participación deportiva y el ejercicio. *Journal of American College Health*, 54(2), 87-94. <http://dx.doi.org/10.3200/JACH.54.2.87-94>
- Kimura, M., Moriyasu, A., Kumagai, S., Furuna, T., Akita, S., Kimura, S. y Suzuki, T. (2013). Community-based intervention to improve dietary habits and promote physical activity among older adults: a cluster randomized trial. *BMC Geriatrics*, 13, 8. doi: 10.1186/1471-2318-13-8.
- Kim, Y. H. y Cardinal, B. J. (2010). Psychosocial correlates of Korean adolescents' physical activity behavior. *Journal of Exercise Science and Fitness*, 8, 97-104. doi: 10.1016/s1728-869x (10)60015-9.

- King, A. C., Kiernan, M., Ahn, D. K. y Wilcox, S. (1998). The effects of marital transitions on changes in physical activity: results from a 10-year community study. *Ann. Behav. Med.*, 20, 64-69. doi: 10.1007/BF02884450
- Kirby, S., Coleman, P. y Daley, D. (2004). Spirituality and well-being in frail and no frail older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, 59(3), 123-9. doi: 10.1093/geronb/59.3.p123
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299-302. doi: 10.1136/bmj.311.7000.299
- Kleiber, D. A., Bayón, F. y Cuenca-Amigo, J. (2012). Leisure education for retirement preparation in the United States and Spain. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, 20, 137-176.
<https://recyt.fecyt.es/index.php/PSRI/article/view/36998/20567>
- Koivula, N. (1999). Participación deportiva: diferencias en la motivación y participación real debido al tipo de género. *Journal of Sport Behavior*, 22(3), 360–380.
- Kóvacs, E., Prókai, L., Mészáros, L. y Gondos, T. (2013). Adapted physical activity is beneficial on balance, functional mobility, quality of life and fall of risk in community dwelling older woman. *Eur J Phys Rehabil Med*, 49(3), 301-310.
<https://www.minervamedica.it/en/journals/europa-medicophysica/article.php?cod=R33Y2013N03A0301>
- Krist, L., Dimeo, F. y Keil, T. (2013). Can progressive resistance training twice a week improve mobility, muscle strength, and quality of life in very elderly nursing-home residents with impaired mobility? A pilot study. *Clin Interv Aging*, 8, 443-448. doi: 10.2147/CIA.S42136

- Krzepota, J., Biernat, E. y Florkiewicz, B. (2015). The relationship between levels of physical activity and quality of life among students of the university of the third age. *Central European Journal of Public Health*, 23(4), 335-339. doi: 10.21101/cejph.a4136
- Kumanyika, S., Story, M., Beech, B., Sherwood, N. E., Baranowski, J. C., Powell, T. M., Cullen, K. W. y Owens. S. A. (2003). Collaborative planning for formative research and cultural appropriateness in the Girls Health Enrichment Multisite Studies (GEMS): a retrospection. *Ethn Dis*, 13(1), 15-29.
- Kwasnicka, D., Dombrowski, S.U., White, M. y Sniehotta, F.F. (2016) Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: A systematic review of behaviour theories. *Health Psychol Rev.*, 10(3), 277-296. doi: 10.1080/17437199.2016.1151372.
- Kwon, J., Yoshida, Y., Yoshida, H., Kim, H., Suzuki, T. y Lee Y. (2016). Effects of a combined physical training and nutrition intervention on physical performance and health-related quality of life in prefrail older women living in the community: a randomized controlled trial. *JAMDA*, 16(3), 263. doi: 10.1016/j.jamda.2014.12.005.
- Landinez, N. S., Contreras, K. y Castro, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580.
- Langille, J. L. D. y Rodgers, W. M. (2010). Exploring the influence of a social ecological model on school-based physical activity. *Health Education & Behavior*, 37 (6), 879-894.
- Langlois, F., Tuong, T., Chassé, K., Dupuis, G., Kergoat, M. J. y Bherer, L. (2012). Benefits of Physical Exercise Training on Cognition and Quality of Life in Frail Older Adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(3), 400- 404. doi: 10.1093/geronb/gbs069

- Laditka, J. N. y Laditka, S. B. (2016). Associations of multiple chronic health conditions with active life expectancy in the United States. *Disabil Rehabil*, 38(4), 354-61.
doi: 10.3109/09638288.2015.1041614.
- Langley, J., Wolstenholme, D. y Cooke, J. (2018). ‘Collective making’ as knowledge mobilisation: the contribution of participatory design in the co-creation of knowledge in healthcare. *BMC Health Serv Res*, 18, 585. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3397-y>
- Langlois, F., Tuong, T., Chassé, K., Dupuis, G., Kergoat, M. J., y Bherer, L. (2012). Benefits of Physical Exercise Training on Cognition and Quality of Life in Frail Older Adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(3), 400-404.
- Layne, C. M., Steinberg, J. R. y Steinberg, A. M. (2014). Causal reasoning skills training for mental health practitioners: Promoting sound clinical judgment in evidence-based practice. *Training and Education in Professional Psychology*. *Training and Education in Professional Psychology*, 8(4), 292-302. doi: <https://doi.org/10.1037/tep0000037>
- Lee, L.Y.K., Lee, D.T.F. y Woo, J. (2009). Tai Chi and Health-Related Quality of Life in Nursing Home Residents. *Journal of Nursing Scholarship*, 41, 35-43.
doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01249.x.
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N. y Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet Physical Activity Series Working Group*, 380(9838), 219-29. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9.

- Leemrijse, C. J., de Bakker, D. H., Ooms, L. y Veenhof, C. (2015). Collaboration of general practitioners and exercise providers in promotion of physical activity a written survey among general practitioners. *BMC family practice*, 16, 96.
<https://doi.org/10.1186/s12875-015-0316-8>
- Leenaars, K. E., Florisson, A. M., Smit, E., Wagemakers, A., Molleman, G. R. y Koelen, M. A. (2016). The connection between the primary care and the physical activity sector: professionals' perceptions. *BMC public health*, 16(1), 1001.
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3665-x>
- Leitner, M. J. y Leitner, S. F. (2012). *Leisure in later life*. (4ª ed.). Sagamore Publishing.
- Leturia, F. (2007). Experiencia en la intervención con personas mayores. *Intervención Psicosocial*, 16(1), 107-124.
- León-Olivares, J. C., Capella-Peris, C., Chiva-Bartoll, Ò. y Ruiz-Montero, P. J. (2019). Efectos de un programa de entrenamiento concurrente sobre la condición física percibida, el estado emocional y la calidad de vida de personas adultas mayores. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 14(2), 184-189.
<https://digibug.ugr.es/handle/10481/57478>.
- Liechty, T. y Genoe, M. (2013). Older men's perceptions of leisure and aging. *Leisure Sciences*, 35, 438-454. doi:10.1080/01490400.2013.831287
- Liechty, T., Yarnal, C. M. y Kerstetter, D. L. (2012). I want to do everything: Leisure Innovation among retirement-age women. *Leisure Studies*, 31(4), 389-408. doi:10.1080/02614367.2011.573571
- Ligero, J. A. (2011). Dos métodos de evaluación: criterios y teoría del programa. Documento de Trabajo nº 15, Serie CECOD. CEU Ediciones.

- Limón, M. R. (2004). Educación para el Ocio y Tiempo libre en las Personas Mayores. En Pérez Serrano, G. (coord.), *¿Cómo intervenir en personas mayores?*, 145-181. Dykinson.
- Limón, M. R. y Ortega, M^a del C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 6, 225-238.
<http://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/68.pdf>
- Limón, M. R. (2009). Necesidades e intervenciones en promoción y educación para la salud, 61- 105. Estrategias educativas en la salud de las personas mayores. En Perea, R. (dir.) *Promoción y educación para la salud. Tendencias innovadoras*, 169-206. Díaz de Santos.
- Lin, N. y Ensel, W. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399. doi: 10.2307/2095612
- Lindström, B. y Eriksson, M. (2013). Un abordaje salutogénico para reducir las desigualdades en salud. *Rev. Esp. Salud Pública*, 85(2), 137.
- Lindström, B. y Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot Int*, 21, 238-44.
- Lindström, B. y Eriksson, M. (2010). A salutogenic approach to tackling health inequalities. En: Morgan, A., Ziglio, E. y Davies, M., eds. *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*. Springer.
- Lindström, B. y Eriksson, M. (2011). *Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud*. Documenta universitaria. Cátedra de Promoción de la Salud de la Universitat de Girona.
- Lirio, J. y Alonso, D. (2006). Aumentar la calidad de vida de las personas mayores: un reto para las Universidades de Mayores. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 6(4), 30-37.

- Lobo, A., Carvalho, J. y Santos, P. (2010). Effects of training and detraining on physical fitness, physical activity patterns, cardiovascular variables and HRQoL after 3 health-promotion interventions in institutionalized elders. *Int J Family Med*, 486097. doi: 10.1155/2010/486097
- Lopes, R. (2018). Capital social colectivo entre adultos mayores. *Revista chilena de terapia ocupacional*, 18(1), 91-106. doi: 10.5354/0719-5346.2018.48455.
- López-Sánchez, M. P., Alberich, T., Aviñó, D., Frances, F., Ruiz, A. y Villasante, T. (2018). Herramientas y métodos participativos para la acción comunitaria. Informe SESPAS2018. *Gac Sanit.*, 32(S1), 32-40. doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.008
- López, B. (2010). La transición entre ocupar el tiempo libre y empoderar. Perspectivas de la educación universitaria dirigida al adulto mayor. *Ageing Horizons*, 9, 82-99.
- López-García, E., Graciani, A., Gutiérrez, J. L., Rodríguez, F., Banegas, J. R. y Alonso, J. (2003). Valores de referencia de la versión española del cuestionario de salud sf-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin*, 120(15), 568-73. doi: 10.1157/13046436
- López, A. (2012). *Influencia de un programa de ejercicio físico sobre la marcha y el equilibrio en personas con demencia*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia, Facultad de Medicina, Murcia. <http://hdl.handle.net/10201/28498>
- López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M. y Kroemer, G. (2013). *The Hall marks of Aging*. *Cell*, 153(6), 1194-1217. doi: 10.1016/j.cell.2013.05.039.
- López-Téllez, A, Ruiz, J., Torres, F., Maldonado, I., Zaragoza, I. y Torres, P. (2012). Efectividad de un programa de intervención socio-motriz en población mayor con riesgo social. *Semergen*, 38(3), 137-144. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.09.005>
- Machado A. (2015). Salutogénesis versus patogénesis. *Revista el Gallo Anthrosana*. Disponible en: <http://www.anthrosana.org.es/gallo/Gallo24.pdf>.

- Madrigal de Torres, M., Velandrino, A. y Ruzafa, N. (2007). *Evaluación de Estudios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud*. En: Consejería de Sanidad de la región de Murcia. Atención sanitaria basada en la evidencia. Su aplicación a la práctica clínica. Consejería de Sanidad de la región de Murcia, 467-577.
- https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136636-capitulo_17.pdf
- Madrigal, J. A. (2010). Beneficios en la calidad de vida de mujeres entre los 50 y los 81 años de edad al participar en un programa de recreación física grupal. *Revista Educación*, 34(2), 111-132. <https://doi.org/10.15517/revedu.v34i2.490>
- Mageau, G. A. y Vallerand, R. J. (2003). The coach-athlete relationship: a motivational model. *Journal of Sports Sciences*, 21, 883-904.
- Mannell, R. C. y Snelgrove, R. (2012). Leisure and the psychological well-being and health of older adults. En H. Gibson J. & J. F. Singleton (Eds.), *Leisure and aging. Theory and practice*, 143-157. Human Kinetics.
- Manrique, J. C., López, V. M., Monjas, R., Barba, J. J. y Gea, J. M. (2011). Implantación de un proyecto de transformación social en Segovia. *Apunts Educació Física i Esports*, 105(105), 58-66. doi: 10.5672/apunts.2014-0983.es.(2011/3).105.07
- March, M. X. (2004). La Construcción del Espacio Europeo de Enseñanza Superior y su incidencia sobre los programas universitarios de mayores. In Orte, C. y Gambús, M. (Eds.). *Los programas universitarios para mayores en la construcción del Espacio Europeo de Enseñanza Superior*, 13-26. Universitat de les Illes Balears.
- March, S., Torres, E., Ramos, M., Ripoll, J., García, A., Bulilete, O., Medina, D., Vidal, C., Cabeza, E., Llull, M., Zabaleta, E., Aranda, J. M., Sastre, S. y Llobera, J. (2015). Adults community health-promoting interventions in primary health care: a systematic review. *Prev Med*, 76, 94-104. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.01.016.

- Marcos, P., Orquin, F. J., Belando, N. y Moreno, J. A. (2014). Motivación autodeterminada en adultos mayores practicantes de ejercicio físico. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(3), 149-156. Recuperado de:
<https://revistas.um.es/cpd/article/view/211411>
- Marhankova, J. H. (2011). Leisure in old age: disciplinary practices surrounding the discourse of active ageing. *International Journal of Ageing and Later Life*, 6(1), 5-32.
<https://www.ep.liu.se/ej/ijal/2011/v6/i1/a01/ijal11v6i1a01.pdf>
- Marqués, E., Mota, J. y Carvalho, J. (2012). Exercise effects on bone mineral density in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Age*, 34(6), 1493-1515.
doi: 10.1007/s11357-011-9311-8.
- Martín, M. (2006). *Influencia de un programa de actividad física sobre aspectos físicos y psicológicos en personas de más de 55 años en la población del Algarve*. Universitat de Valencia: Servei de publicacions. <http://hdl.handle.net/10550/15394>
- Martín, M., Moscoso, D. y Pedrajas, N. (2013). Diferencias de género en las motivaciones para practicar actividades físico-deportivas en la vejez. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 13(49), 121-129.
<Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista49/artdiferencias350.htm>
- Martín, M., Martínez del Castillo, J., Jiménez-Beatty, J. E. y Ferro, S. (2010). Gender Differences in motivational factors to be physically active in old age. *Journal of Sport and Sciences*, 28.
- Martín-Cilleros, M. V., Sánchez, G., Costa, A. P., Navarro, A. B., Hernández, J. M. y Sánchez-Gómez, M. C. (2019). Programas de actividad física organizada como recurso de apoyo a la calidad de vida de personas mayores. *Investigación Cualitativa en Salud*, 2, 1197-1205.
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2254/2176>

- Martínez López, E. (2003). La salud como motivación para la práctica de actividad física en personas adultas. *Iatreia*, 16(1), 32-43.
- Martínez Duarte, M. (2003). Pedagogía del juego en las personas mayores. *Educación física y deportes*, 58. <https://www.efdeportes.com/efd58/mayores.htm>
- Martínez, M., Peccin da Silva, M. y Lombardi, I. (2013). The influence of the practice of physical activity on the quality of life muscle strength, balance, and physical ability in the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 16(1), 117-126.
<https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100012>
- Martínez, T. (2006). Envejecimiento activo y participación social en los Centros Sociales de Personas Mayores. *Serie Documentos Técnicos de Política Social*, 17, 47-61.
Gobierno del Principado de Asturias.
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/centrosocialespersonasmayoresasturias.pdf>
- Martínez de Miguel, S. y Escarbajal de Haro, A. (2009). *Alternativas socioeducativas para las personas mayores*. Dykinson.
- Martínez de Miguel, S. y Escarbajal de Haro, A. (2012). Jubilación, educación y calidad de vida. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 20, 245-272.
- Matiz, F. J. (2013). Investigación en emprendimiento, un reto para la construcción de conocimiento. *EAN* (66), 169-182. <https://doi.org/10.21158/01208160.n66.2009.480>
- Mayer, J. P. y Davidson, W. S. (2000). Dissemination of innovations. In: Rappaport J, Seidman E (eds). *Handbook of Community Psychology*. Plenum Publishers, p. 215-20.
- Mayo, X., Del Villar, F. y Jiménez, A. (2017). *Termómetro del sedentarismo en España: Informe sobre la inactividad física y el sedentarismo en la población adulta española*. Centro de estudios del deporte, Universidad Rey Juan Carlos, Csic.

- Mazloomymahmoodabad, S., Masoudy, G., Fallahzadeh, H. y Jalili, Z. (2014). Education based on precede-proceed on quality of life in elderly. *Glob J Health Sci*, 6(6), 178-184. doi: 10.5539/gjhs.v6n6p178.
- Mazo, G., Lopes, M. y Benedetti, T. (2001). *Actividade física e o idoso*. Conceção Gerontologica (2 Ed). Sulina.
- McAuley, E., Márquez, D. X., Jerome, G. J., Blissmer, B. y Katula, J. (2002). Physical activity and physique anxiety in older adults: fitness, and efficacy influences. *Aging Ment Health*, 6(3), 222-230. doi: 10.1080/13607860220142459
- McCormack, C., Cameron, P., Campbell, A. y Pollock, K. (2008). I want to do more than just cut the sandwiches: female baby boomers seek authentic leisure in retirement. *Annals of leisure research*, 11, 145-167. doi: 10.1080/11745398.2008.9686790
- McDougall, C., Cooke, R., Owen, N., Willson, K. y Bauman, A. (1997). Relating physical activity to health status, social connections and community facilities. *Aust. N. Z. J. Public Health*, 21, 631-637. doi: 10.1111/j.1467-842x.1997.tb01768.x
- McEwan, D., Rhodes, R. E. y Beauchamp, M. R. (2020). What Happens When the Party is Over? Sustaining Physical Activity Behaviors after Intervention Cessation, *Behavioral Medicine*. doi: 10.1080/08964289.2020.1750335.
- McGoey, T., Root, Z., Bruner, M. W. y Law, B. (2015). Evaluation of physical activity interventions in youth via the reach, efficacy/effectiveness, adoption, implementation, and maintenance (RE-AIM) framework: a systematic review of randomised and non-randomised trials. *Preventive Medicine*, 76, 58-67. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.04.006
- McGuire, T. G. y Jacob, G. (2000). Optimal Risk Adjustment in Markets with Adverse Selection: An Application to Managed Care. *American Economic Review*, 90(4), 1055-1071. doi: 10.1257/aer.90.4.1055

- McHorney, C., Ware, J. y Raczek, A. (1993). Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) (II). *Med Care*, 31, 247-63. doi: 10.1097/00005650-199303000-00006
- McKay, H., Nettlefold, L. y Bauman, A. (2018). Implementation of a co-designed physical activity program for older adults: positive impact when delivered at scale. *BMC Public Health*, 18, 1289. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6210-2>
- McKnight, J. y Kretzmann, J. (1990). Asset mapping in communities. En: Morgan A, Davies M, Ziglio E, (2010). *Health assets in a global context: theory, methods, action*. Springer, p. 59-76.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. y Glanz, K. (1988). Una perspectiva ecológica de los programas de promoción de la salud. *Health Educ Behav.*, 15, 351-377.
- Meléndez, A. (2000). *Actividades físicas para mayores. Las razones para hacer ejercicio*. Gymnos.
- Mendoza, M. y Arias, E. (2015). “I am active”: effects of a program to promote active aging. *Clin Interv Aging*, 10, 829-837. doi: 10.2147/CIA.S79511.
- Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: a 6-year longitudinal study. *Journals of gerontology: Social Sciences*, 58(B), S74-S82. doi:10.1093/geronb/58.2. S74.
- Middelweerd, A., Mollee, J. S., Van der Wal, C. N., Brug, J. y Te Velde, S. J. (2014). Apps to promote physical activity among adults: a review and content analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 11(97). doi: 10.1186/s12966-014-0097-9.

- Milat, A. J., King, L., Newson, R., Wolfenden, L., Rissel, C., Bauman, A. y Redman, S. (2014). Increasing the scale and adoption of population health interventions: experiences and perspectives of policy makers, practitioners and researchers. *Health Res Policy Syst.*, 12, 18. doi: 10.1186/1478-4505-12-18
- Millones, V. M. y Zapata, K. Y. (2019). *La actividad física como intervención para la mejora de la calidad de vida en el adulto mayor*. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad privada Norbert Wiener.
- Ming-Ching. Y., Jen-Son, CH. y Shu-Wen, Y. (2012). Leisure lifestyle and health-related quality of life of taiwanese adults. *Social Behavior and Personality*, 40(2), 301-318. doi: <https://doi.org/10.2224/sbp.2012.40.2.301>
- Minkler, M., Wallerstein, N. y Wilson, N. (2008). Improving health through community organization and community building. In K Glanz, BK Rimer, K Viswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (4th Ed.)*. Jossey-Bass, p. 287-312.
- Miralles, I. (2011). Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad. *Trabajo y Sociedad*, XV(16), 137-161. Universidad Nacional de Santiago del Estero, Argentina. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3873/387334688009>
- Mollenkopf, H. y Walker, A. (2007). *Quality of Life in Old Age. International and Multidisciplinary Perspectives*. Springer.
- Monteagudo, M. J., Cuenca Amigo, J. y San Salvador del Valle, R. (2014). *Aportaciones del ocio al envejecimiento* satisfactorio. Universidad de Deusto.
- Montoya, J. y Fernández, M. (2002). *Educación de las personas mayores*. Ed. UNED.

- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento). *Anales de psicología*, 14(1), 13-25.
https://www.um.es/analesps/v14/v14_1/mv03v14-1.pdf
- Mora, M. (2002). *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género, edad y a la práctica de actividad físico recreativa en 21 centros diurnos costarricenses*. Tesis de grado para optar por el grado de Magister Scientiae en Salud Integral y Movimiento Humano con énfasis en Salud. Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.
- Morales, V., Hernández, A., Sánchez, P., Blanco, A. y Anguera, M. (2009). Random PERT: Application to physical activity/sports program. Quality & Quantity. *International Journal of Methodology*, 43(2), 225-236. doi: 10.1007/s11135-007-9124-0
- Morata, T. (2014). Pedagogía Social Comunitaria: un modelo de intervención socioeducativa integral. *Educación Social*, 57, 13-32. Disponible en:
<http://redined.mecd.gob.es/xmlui/handle/11162/105310>
- Moreno, J. (2004). Mayores y calidad de vida. Portularia: *Revista de Trabajo Social*, 4, 187-198.
<http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/217/b15134210.pdf?sequence=1>
- Moreno, J. A., Marcos, P. J. y Huéscar, E. (2016). Motivos de Práctica Físico-Deportiva en Mujeres: Diferencias entre Practicantes y no Practicantes. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(1), 35-41.
- Moreno, J. A., y Cervelló, E. (2010). Motivación en la actividad física y el deporte. Wanceulen.
- Moreno, J. A. y González-Cutre, D. (2005). *Adherencia a los programas acuáticos a través de la teoría de la Autodeterminación*. En Actas del II Congreso Internacional de Actividades Acuáticas. ICD.

- Moreno, J. A. y González-Cutre, D. (2006). *El papel de la relación con los demás en la motivación deportiva*. En A. Díaz (Ed.), VI Congreso Internacional de Educación Física e Interculturalidad. ICD.
- Moreno, J. A. y Martínez, A. (2006). Importancia de la Teoría de la Autodeterminación en la práctica físico-deportiva: Fundamentos e implicaciones prácticas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 6(2), 39-54. <https://revistas.um.es/cpd/article/view/113871>
- Morgan, A. y Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ*, 14(2), 17-22. doi: 10.1177/10253823070140020701x
- Morgan, A., Davies, M. y Ziglio, E., (2010). *Health assets in a global context: theory, methods, action*. Springer, 59-76.
- Morgan, A. y Hernán-García, M. (2013). Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Rev. Esp. Sanid. Penit*, 78-86. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v15n3/01_editorial.pdf
- Morgan, D. y Kreuger, R. (1993). When to use focus groups and why. In: Morgan, D. (Ed.). *Successful Focus Groups*. Sage.
- Motl, R. y McAuley, E. (2010). Physical activity, disability and quality of life in older adults. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 21(2), 299-308. doi: 10.1016/j.pmr.2009.12.006.
- Muldoon, M., Barger, S., Flory, J. y Manuck, S. (1998). What is quality of life measurements measuring? *BMJ*, 316(7130), 545-545. doi: 10.1136/bmj.316.7130.542
- Muñoz, F. (2004). El deporte como instrumento de transmisión de valores: por un modelo de cohesión social y de tolerancia. *Revista de Educación*, 335, 153-161. http://www.revistaeducacion.educacion.es/re335/re335_12.pdf

- Mura, G., Sancassiani, F., Migliaccio, G. M., Collu, G. & Carta, M. G. (2014). The association between different kinds of exercise and quality of life in the long term. Results of a randomized controlled trial on the Elderly. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 10, 36-41. doi: 10.2174/1745017901410010036. eCollection 2014.
- Murga, M^a. (2007). *Escenarios de Innovación e Investigación en Educación*. Universitas.
- Murillo, B. (2013). *Diseño, aplicación y evaluación de un programa de intervención escolar para incrementar los niveles de actividad física en los adolescentes*. Tesis presentada en la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. Departamento de Expresión Musical, Plástica y Corporal. Universidad de Zaragoza.
<https://zaguan.unizar.es/record/11663/files/TESIS-2013-062.pdf>
- Murillo, B., García-González, L., García, E., Generelo, E. y Julián, J. A. (2019). Development of the 'Sigue la Huella' physical activity intervention for adolescents in Huesca, Spain. *Health Promotion International*, 34(3), 519-531. doi: 10.1093/heapro/day005.
- Murillo, B., García, E., Generelo, E., Bush, P. L., Zaragoza, J., Julián, J. A. y García, L. (2013). Promising school-based strategies and intervention guidelines to increase physical activity of adolescents. *Health Education Research*, 28(3), 523-38. doi: 10.1093/her/cyt040.1-16.
- Murillo, B., Generelo, E., Camacho, M. J., Santos, M. P., Novais, C., Julián, J. A. y García, L. (2015). Data for action. The use of formative research to design a school-based intervention programme to increase physical activity in adolescents. *Global Health Promotion*, 22(3), 45-54. doi: 10.1177/1757975914547202.
- Murillo, E. y Ureña, P. (2016). Personas adultas mayores como líderes transformadoras de la subcultura del centro diurno por medio de la actividad física. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1-15. doi: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.16>.

- Murillo, B., García, E., Generelo, E., Aibar, A., García-González, L., Julián, J. A., Estrada, S. y Martín, J. (2015). Factors associated with compliance with physical activity recommendations among adolescents in Huesca. *Revista de Psicología del Deporte*, 24(1), 147-154. https://www.rpd-online.com/article/view/1622/murillo_pardo_garcia_etal
- Murray, J. M., Brennan, S. F. y French, D. P. (2017) Effectiveness of physical activity interventions in achieving behaviour change maintenance in young and middle aged adults: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.*, 192, 125-133. doi:10.1016/j.socscimed.2017.09.021.
- Musitu, G. y Huelga, S. (2014). *Desarrollo comunitario y potenciación. Introducción a la psicología comunitaria y bienestar social*. UCO. Disponible en: <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/2016/Manual%20de%20Psicolog%C3%ADa%20Comunitaria.pdf>
- Naughton, M. J., Shumaker, S.A., Anderson, R. T. y Czajkowski, S. M. (1996). Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 15:117-131.
- Navarro, S. (2004). *Redes sociales y construcción comunitaria*. CCS.
- Navarro, M., Brito, M. E., García, J., Navarro, R. y Ruiz, J. A. (Coord.) (1998). *Programa de Actividades Físicas y Deportivas para las Personas Mayores Gran Canaria*. Excmo. Cabildo Insular de Gran Canaria, p. 179-198. <http://www.personales.ulpgc.es/fguillen.dps/docs/capitulos/Calidad-de-vida-Actividad-Fisica-y-Vejez-una-perspectiva-psicosocial.pdf>

- Nieto, E., Cerezo, M. P. y Cifuentes, O. L. (2006). Representaciones de la vejez en relación con el proceso salud-enfermedad de un grupo de ancianos. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 11, 107-118. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126325012.pdf>
- Nimrod, G. (2008). In support of innovation theory: Innovation in activity patterns and life satisfaction among recently retired individuals. *Ageing and Society*, 28, 831-846. doi: <https://doi.org/10.1017/S0144686X0800706X>
- Nimrod, G. y Kleiber, D. A. (2007). Reconsidering change and continuity in later life: Toward an innovation theory of successful aging. *International Journal of Aging and Human Development*, 65, 1-22. doi: 10.2190/Q4G5-7176-51Q2-3754
- Nimrod, G. (2007). Retirees' leisure: Activities, benefits, and their contribution to life satisfaction. *Leisure Studies*, 26(1), 65-80. doi: 10.1080/02614360500333937
- Nimrod, G. y Janke, M. C. (2012). Leisure across the later life span. En H. Gibson J. & J. F. Singleton (Eds.), *Leisure and Aging. Theory and Practice*, 95-109. Human Kinetics. Disponible en: https://www.academia.edu/6795579/Leisure_across_the_later_lifespan
- Novo, R. (2003). *El bienestar psicológico en mujeres en edad adulta avanzada*. Fundación Calouste Gullbenkian.
- Ntoumanis, N. (2014). Analysing longitudinal data with multilevel modelling. *The European Health Psychologist*, 16, 40-45.
- O'Donovan, G. y Hamer, M. (2018). La asociación entre la actividad física en el tiempo libre y la función pulmonar en adultos mayores: el estudio longitudinal inglés del envejecimiento. *Medicina preventiva*, 106, 145-149. <https://doi.org/10.1016/j.ypped.2017.10.030>

- Oldenburg, B., Hardcastle, D. M. y Kok, G. (1997). Diffusion of innovations. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (eds). *Health Behavior and Health Education, 2nd ed.* Jossey-Bass Publishers, 270-286.
- OECD/European Commission (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Longterm Care.* OECD Publishing.
- Ojala, M. y Padrós, M. (2012). Actuaciones educativas de éxito, universales y transferibles. *Cuadernos de Pedagogía, 429*, 18-19. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/11162/96662>
- Oka, K., Ishii, K. y Shibata, A. (2016). Association of Physical Activity and Sedentary Behavior with Psychological Well-Being Among Japanese Children: A Two-Year Longitudinal Study. *Sage Journals, 123*(2). doi.org/10.1177/0031512516662645.
- Oliveira, L., Pivoto, E. y Vianna, P. (2009). Análise dos resultados de qualidade de vida em idosos praticantes de dança sênior a través do SF-36. *Acta Fisiátrica; 16*(3).
<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103184>
- Oman, R. y McAuley, E. (1993). Intrinsic motivation and exercise behaviour. *Journal of Health Education, 24*, 232-238. doi: 10.1080/10556699.1993.10610052
- Olmedo, M^a. (2010). *Análisis de la Calidad de Vida relacionada con la Salud en los mayores de 65 años en un entorno multicultural, en la ciudad de Ceuta.* Universidad de Granada. Granada. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/6636>
- OMS (1946). *Preámbulo a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud.* Registros oficiales de la Organización Mundial de la Salud, (2), 100.
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

- OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española en Geriatría y Gerontología*, 37(S2), 74-105. Disponible en:
https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
- OMS (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Eds. de la OMS.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf?ua=1
- OMS (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Eds. de la OMS.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
- Ontario Health Quality Council (2008). *Report on Ontario's health system*. Ontario.
<https://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/qmonitor-full-report-2008-en.pdf>
- Orte, C., Ballester, L. y Touza, C. (2004). University programs for seniors in Spain: analysis and perspectives. *Educational Gerontology*, 30, 315-328.
doi: 10.1080/03601270490278849
- Orte, C. (Coord) (2006). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores*. Dykinson.
- Orte, C., Ballester, L. y March, M. (2013). El enfoque de la competencia familiar, una experiencia de trabajo socioeducativo con familias. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 21, 13-37. http://dx.doi.org/10.7179/PSRI_2013.21.1
- Ortega, A., Ramírez, E. y Chamorro, A. (2015). Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores. *European Journal of Investigation in Health. Psychology and Education*, 5(1), 23-33. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v5i1.100>
- Oviedo, M. Á. y Bueno, J. (2015). Barreras para la práctica y demandas de actividad física de mujeres mayores en una población rural de la provincia de Sevilla. *Movimiento Humano*, 7, 25-40.

- Owen, N., Healy, G. N., Matthews, C. E. y Dunstan, D. W. (2010). Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exercise and sport Sciences review*, 38(3), 105-113. doi:10.1097/JES.0b013e3181e373a2.
- Owen, N., Glanz, K., Sallis, J. F. y Kelder, S. H. (2006). Evidence-based approaches to dissemination and diffusion of physical activity interventions. *American journal of preventive medicine*, 31(4 Suppl), S35–S44.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.06.008>
- Padilla, D., Aguilar, J. M., Díaz, P. y Manzano, A. (2016). Personas mayores: innovación y emprendimiento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 63-71.
<http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/663/473>
- Palmer, C. (2005). Exercise as a treatment for depression in elders. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(2), 60-66. <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1041-2972.2005.00012.x>
- Pardo, L. (2016). Empoderar a las personas mayores ¿por qué? Recuperado de:
<http://sumandocanas.blogspot.com/2016/06/empoderar-las-personas-mayores-por-que.html>
- Park, S. H., Han, K. S. y Kang, C. B. (2014). Effects of exercise programs on depressive symptoms, quality of life, and self-esteem in older people: a systematic review of randomized controlled trials. *Applied nursing research*, 27(4), 219-226.
doi: 10.1016/j.apnr.2014.01.004
- Park, S., Kim, J. y Lee, S. (2015). The effects of a community-centered muscle strengthening exercise program using an elastic band on the physical abilities and quality of life on the rural elderly. *J Phys Ther Sci*, 27(7), 2061-2063. doi: 10.1589/jpts.27.2061

- Park, N., Peterson, C. y Sun, J. K. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19.
- Parry, D., Salsberg, J. y Macaulay, A. C. (2006). *Knowledge to action, desconnaissances à la pratique: Guide to researcher and knowledge-user collaboration in health research*. Canadian Institute of Health Research.
https://cihr-irsc.gc.ca/e/documents/Guide_to_Researcher_and_KU_Collaboration.pdf
- Paterson, D., Jones, G. y Rice, C. (2007). Ageing and physical activity: evidence to develop exercise recommendations for older adults. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 32, 69-108. doi: 10.1139/H07-111
- Patil, R., Karinkanta, S., Tokola, K., Kannus, P., Sievänen, H. y Uusi-Rasi, V. (2016). Effects of Vitamin D and Exercise on the Wellbeing of Older Community-Dwelling Women: A Randomized Controlled Trial. *Gerontology*, 62(4), 401-408. doi:
<https://doi.org/10.1159/000442441>
- Payne, M. (1995). *Teorías contemporáneas del trabajo social. Una introducción crítica*. Paidós.
- Paw, M. J. C. A., Chin, A., Van Uffelen, J. G., Riphagen, I. y Van Mechelen, W. (2008). The functional effects of physical exercise training in frail older people. *Sports Medicine*, 38(9), 781-793.
- Peel, M. C., Finlayson, B. L. y McMahon, T. A. (2007). Updated world map of the Köppen-Geiger climate classification. *Hydrology and Earth System Sciences Discussions, European Geosciences Union*, 11(5), 1633-1644. <https://doi.org/10.5194/hess-11-1633-2007>
- Perea, R. (2010). Orientaciones educativas para la salud alimentaria. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*; 21(2), 529-538.
<http://revistas.uned.es/index.php/reop/issue/view/752>

- Pérez, G. (2004). *Pedagogía social-Educación social. (2 Ed.)*. Narcea, S.A.
- Pérez, G. (2006). *Calidad de vida en personas mayores. (2 Ed.)*. Dickinson, S.L.
- Pérez, G. (2007). *Intervención y desarrollo integral en personas mayores*. Universitas, S.A.
- Pérez, G. (2011). *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes. Técnicas y análisis de datos (Tomo II)*. La Muralla.
- Pérez, I. J. y Delgado, M. (2011). Mejora de hábitos saludables en adolescentes desde la Educación física escolar. *Revista de Educación, 360*, 314-337. doi: 10-4438/1988-592X-RE-2011-360-113.
- Pernambuco, C. S., Minelli, B., Bezerra, J C., Carrielo, A., Dias, A., Gomes, R. y Martin, E. H. (2012). Quality of life, elderly and physical activity. *Health, 4*, 88-93. doi: 10.4236/health.2012.42014
- Piedras, C., Meléndez, J. y Tomas, J. (2010). Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada. *Revista española de geriatría y gerontología, 45(3)*, 131-135. doi: 10.1016/j.regg.2009.10.012
- Pieper, J. (1982). *Defensa de la filosofía*. Herder.
- Pinillos, M. (2016). Efectos positivos del entrenamiento de karate en las capacidades cognitivas asociadas a la edad. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, 16(63)*, 537-559. <http://dx.doi.org/10.15366/rimcafd2016.63.009>
- Pino-Loza, E. D., Tamayo, F. M., Rojas, W. M. y Pascumal, L. F. (2017). Los recursos sociales en adultos mayores para conseguir una vida activa, productiva y creativa. *Polo del Conocimiento, 2(9)*, 55-79. doi: 10.23857/pc.v2i9

- Pinoargote, M. (2013). *Programa de ejercicios físicos y recreativos para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor del cantón Santa Elena*. Tesis presentada en Facultad de Educación Física, deportes y recreación. Universidad de Guayaquil.
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/968/1/PINOARGOTE%20VELOZ%20MANLHIO%205-2013.pdf>
- Pinazo, S. (2013). Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional. VI etapa, n° 105, 4-13. *Revista semestral del Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana*.
<https://www.uv.es/labnsc/art%20labnsc/2013/hidalgo%20et%20al.,%202013%20inf%20psicol%C3%B3gica.pdf>
- Pizarro, M. D. (2016). La polimedicación y prescripción inadecuada en adultos mayores. *Rev Med Cos Cen.*, 73(619), 389-394.
- Pont, P. y Carroggio, M. (2001). *Tercera edad, actividad física y salud. Teoría y práctica*. Paidotribo.
- Pont, P. y Carroggio, M. (2001). *Movimiento creativo con personas mayores*. Paidotribo.
- Pont, P. y Carroggio, M. (2007). *Ejercicios de motricidad y memoria para personas mayores*. Paidotribo.
- Poon, C. Y. y Fung, H. H. (2008). Physical activity and psychological well-being among Hong Kong Chinese older adults: exploring the moderating role of self-construal. *Int J Aging Hum Dev*, 66(1), 1-19. doi: 10.2190/AG.66.1.a
- Popay, J., Attree, P., Hornby, D., Milton, B., Whitehead, M., French, B., Kowarzik, U., Simpson, N. y Povall, S. L. (2007). *Community engagement in initiatives addressing the wider social determinants of health: a rapid review of evidence on impact, experience and process. Social Determinants Effectiveness Review Executive*. Lancaster University, p. 227.

- Potter, M. Quill, B. E., Aglipay, G. S., Anderson, E., Rowitz, L., Smith, L. U., Telfair, J. y Whittaker, C. (2006). Demonstrating excellence in practice-based research for public health. *Public Health Rep*, 121, 1-16. doi: 10.1177/003335490612100102
- Prieto, J. A., Del Valle, M., Nistal, P., Méndez, D., Barcala, R. y Abelairas, C. (2015). Relevancia de un programa de equilibrio en la calidad de vida relacionada con la salud de mujeres adultas mayores obesas. *Nutrición Hospitalaria*, 32(6).
- Puig, J. M. y García, M. (2007). *Competencias en autonomía e iniciativa personal*. Alianza Editorial.
- Puigarnau, S., Camerino, O., Castañer, M., Prat, Q. y Anguera, M. T. (2016). El apoyo a la autonomía en practicantes de centros deportivos y de fitness para aumentar su motivación. RICYDE. *Revista internacional de ciencias del deporte*, 43(12), 48-64. doi.org/10.5232/ricyde2016.04303.
- Quijano, A. (2003). *Liderazgo*. Facultad de altos estudios de administración de empresas y de negocios. Universidad de Rosario, Bogotá.
- Rahman, R. J., Thogersen-Ntoumani, C., Thatcher, J. y Doust, J. (2011). Changes in need satisfaction and motivation orientation as predictors of psychological and behavioural outcomes in exercise referral. *Psychology & Health*, 26(11), 1521-1539. doi.org/10.1080/08870446.2010.538849
- Rai, R., Jongenelis, M. I., Jackson, B., Newton, R. U. y Pettigrew, S. (2018). Exploring factors associated with physical activity in older adults: an ecological approach. *Journal of aging and physical activity*, 27(3), 343-353. doi: 10.1123/japa.2018-0148
- Ramos, F. (2001). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque: Revista Pedagógica*, 16, 83-104. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=743587>

- Rank, M., Wilks, D. C., Foley, L., Jiang, Y., Langhof, H., Siegrist, M. y Halle, M. (2014). Health-related quality of life and physical activity in children and adolescents 2 years after an inpatient weight-loss program. *The Journal of pediatrics*, 165(4), 732–7.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.05.045>
- Rappaport, J. y Seidman, E. (2000). *Handbook of Community Psychology*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Reis, R. S., Salvo, D., Ogilvie, D., Lambert, E. V., Goenka, S., Brownson, R. C. y Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee (2016). Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *Lancet*, 388(10051), 1337-1348. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30728-0.
- Rivera de los Santos, F., Ramos, P., Moreno, C. y Hernán, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev esp salud pública*, 85(2), 137-147. doi: 10.1590/S1135-57272011000200002
- Rivera de los Santos, F., Ramos, P., Moreno, C., García, I. y Hernán, M. (2012). Análisis del modelo salutogénico y del sentido de coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo. *Escuela Andaluza de Salud Pública*, 27-46. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/33758/An%c3%a1lisis%20del%20modelo%20salutog%c3%a9nico.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Roberts, C. E., Phillips, L. H., Cooper, C. L. Gray, S. y Allan, J. L. (2017). Effect of Different Types of Physical Activity on Activities of Daily Living in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Aging and Physical Activity*, 25(4), 653-670. doi: 10.1123/japa.2016-0201
- Robine, J. & Michel, J. (2004). Looking forward to a general theory of population aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 59(6), 590-7. doi: 10.1093/gerona/59.6.m590

- Rodríguez, M^a. V. y Anguita, C. (2012). *Importancia de la actividad física en la calidad de vida en adultos mayores*. IV Congreso Internacional de Ciencias del Deporte y la Educación Física. Pontevedra. <http://altorendimiento.com/importancia-de-la-actividad-fisica-en-la-calidad-de-vida-en-adultos-mayores/>
- Rodríguez, M. (2006). El ejercicio físico y la calidad de vida en los adultos mayores. *Revista Pensamiento Actual, Universidad de Costa Rica*, 6(7), 134-142.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pensamiento-actual/article/view/6674/6363>
- Rodríguez, V., Fernández, G. y Rojo, F. (2012). Actividades de ocio y participación como base de una vejez activa. En Ramiro, D. (Ed.) *Una vejez activa España. Informe del Grupo de Población del CSIC*, 53-80. EDIMSA Editores Médicos, S.A.
- Rojas, L. (1999). *Calidad de vida y autonomía en personas mayores*. Tesis para optar por el grado de Magíster en Gerontología. Editorial UCR.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations, 5th ed.* Free Press.
- Rogers, P. J., Hacsí, T. A., Petrosino, A. y Huebner, T. A. (2000). Program Theory Evaluation: Practice, Promise, and Problems in Rogers, P. J., Hacsí, T. A., Petrosino, A. y Huebner, T. A (Eds.) *Program Theory in Evaluation: Challenges and Opportunities*. New Directions for Evaluations, 87.
- Romero, A. (2010). Efectos del Tai Chi sobre la calidad de vida relacionada con la salud en los mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 45(2), 97-102.
doi: 10.1016/j.regg.2009.11.002
- Rosenfield, S. (1992). Factors Contributing to the Subjective Quality of Life of the Chronic Mentally III. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 299-315.
doi: 10.2307/2137310

- Ryan, R. M., Frederick, C. M., Leps, D., Rubio, N. y Sheldom, K. M. (1997). Intrinsic motivation and exercise adherence. *International Journal of Sport Psychology*, 28, 335-354.
- Ruiz, L. A. y Goyes, L. A. (2015). Actividad física recreativa en el adulto mayor. *Educación Física y Deporte*, 34(1), 239-267. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.efyd.v34n1a11>
- Ruíz O. y Goyes E. (2015). Actividad física recreativa en el adulto mayor. *Educación Física y Deporte*, 34(1), 239-267. [Http://doi.org/10.17533/udea.efyd.v34n1a11](http://doi.org/10.17533/udea.efyd.v34n1a11)
- Saavedra, C. (1988). Fitness, salud y deporte. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 3(11). <https://www.efdeportes.com/efd11a/saav.htm>
- Saavedra, C. (2000). Manejo de la composición corporal y los factores de riesgo. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 5(23). <https://www.efdeportes.com/efd23/riesgo.htm>
- Sadjapong, U., Yodkeeree, S., Sungkarat, S. y Siviroj, P. (2020). Multicomponent Exercise Program Reduces Frailty and Inflammatory Biomarkers and Improves Physical Performance in Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 3760. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113760>
- Sáez, J. (2002). Pedagogía social y programas intergeneracionales. Educación de personas mayores. Edición Aljibe.
- Sáez, J., Tornero, I., Sierra, A. y Espina, A. (2018). Exercise, Quality of Life and Depression in Elderly of Huelva. *The European Proceedings of Social & Behavioral Sciences*, Vol. LX. <https://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2019.04.02.74>
- Sagy, S. Antonovsky, I. y Adler, I. (1990). Explaining life satisfaction in later life: the sense of coherent model and activity theory. *Behavior, health and aging*, 1(1), 11-25.

- Saito, C. M. y Castro, E. (2011). Práticas corporais como potência da vida. *Cad Ter Ocup UFS Car*, 19(2), 177-88.
<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/460/325>
- Salgado, O. (2018). Factores de motivación de los adultos mayores que promueven la participación en un programa de actividad física. Universitat Internacional de Catalunya. Departament de Medicina. [Http://hdl.handle.net/10803/544131](http://hdl.handle.net/10803/544131)
- Salguero, A., Martínez, R., Molinero, O. y Márquez, S. (2011). Actividad física, calidad de vida y síntomas de depresión en adultos mayores que residen en la comunidad e institucionalizados. *Arch Gerontol Geriatr*, 53: 152-7.
doi:10.1016/j.archger.2010.10.005
- Sallis, J. F. y Owen, N. (2002). Ecological models of health behavior. En K. Glanz, F.K. Lewis, y B.K. Rimer, (Eds.), *Health Behavior and health education: Theory, research and practice (3ª Ed.)*, 462-484. Jossey-Bass.
- Sallis, J. F., Linton, L. y Kraft, M. (2005). The first Active Living Research conference: growth of a transdisciplinary field. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2), 93-95. doi: 10.1016/j.amepre.2004.10.032
- Sallis, J. F., McKenzie, T. L., Conway, T. L., Elder, J. P., Prochaska, J. J., Brown, M., Zive, M. M. y Alcaraz, J. E. (2003). Environmental interventions for eating and physical activity. A randomized controlled trial in middle schools. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3), 209-217. doi: 10.1016/s0749-3797(02)00646-3
- Sallis, J. F., Cervero, R. B., Ascher, W., Henderson, K. A., Kraft, M. K. y Kerr, J. (2006). An ecological approach to creating active living communities. *Annual Review of Public Health*, 27, 297-322. doi: 10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102100

- Sallis, J. F., Owen, N. y Fisher, E. B. (2015). Ecological models of health behavior. In: Glanz, K., Rimer, B. K., Viswanath, K., eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice, 4th ed.* Jossey-Bass, p. 465–86.
- San Salvador del Valle, R. (2008). O fenómeno do ócio nascida des do século XXI. En M. Cuenca & J. Clerton (Orgs.) *Ócio para viver no século XXI*, p. 107-124. As Musas.
- Sánchez, P. A. y Romero, M. (2001). Actividad física y envejecimiento. *Lecturas: Educación Física y Deportes, Revista Digital*, 32. <https://www.efdeportes.com/efd32/envej.htm>
- Sánchez, L., Paredes, J. J., López, P. y Morgan, A. (2017). Mapa de activos para la salud y la convivencia: propuestas de acción desde la intersectorialidad. *Índex de Enfermeria*, 26(3), 180-184. <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v26n3/10809r.php>
- Sánchez, J., Carratalá, V., Pablos, C. y Ayora, D. (2001). *El efecto de un programa de entrenamiento de fuerza en sujetos mayores de 55 años*. Nuevas aportaciones al estudio de la actividad física y el deporte, 2, 855-864. II Congreso de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Universidad de Valencia.
- Sánchez-Muliterno, E. (2012). *Mujer Empoderada: Nuevas claves para expresar el auténtico poder de tu feminidad*. Ed. Lo Que No Existe.
- Sánchez, P. y Anguera, M. (2013). Qualitative/quantitative integration in the inductive observational study of interactive behaviour: Impact of recording and coding predominating perspectives. *Quality & Quantity. International Journal of Methodology*, 47(2), 1237-1257. doi: 10.1007/s11135-012-9764-6
- Sanchis, G. (2017). *Incidencia del programa de entrenamiento funcional cognitivo EFAM-UV© en pacientes de la unidad de hospitalización a domicilio*. Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. Universidad de Valencia.
- <http://roderic.uv.es/handle/10550/59128>

- Santos, H. (2003). *Actividad Física, autoestima y satisfacción con la vida*. Facultad de Ciencias del Deporte y la Educación Física. Universidad de Oporto.
- Sarabia, C. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20(4), 172-174. doi:10.4321/S1134-928X2009000400005.
- Sawchuk, D. (2009). The raging grannies: Defying stereotypes and embracing aging through activism. *Journal of Women & Aging*, 21(3), 171–185. doi: 10.1080/08952840903054898
- Scarmeas, N., Zarahn, E., Anderson, K. E., Hilton, J., Flynn, J. y Van Heertum, R. L. (2003). Cognitive reserve modulates functional brain responses during memory tasks: a PET study in healthy young and elderly subjects. *Neuroimage*, 19, 1215-27. doi: 10.1016/s1053-8119(03)00074-0
- Schooler, C. y Mulatu, M. S. (2001). The reciprocal effects of leisure time activities and intellectual functioning in older people: a longitudinal analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 466-482. doi: 10.1037//0882-7974.16.3.466
- Schmitt, E., Sands, L., Weiss, S., Dowling, G. y Covinsky, K. (2010). Adult day health center participation and health-related quality of life. *Gerontologist*, 50(4), 531-540. doi: 10.1093/geront/gnp172
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, IX(2), 9-21. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Sebire, S.J., Banfield, K., Campbell, R., Edwards, M.J., Kipping, R. y Kadir, B. (2019). A peer-led physical activity intervention in schools for adolescent girls: a feasibility RCT. *Public Health Res*, 7(16).

- Serrano, J. A., Lera, A. y Espino, L. (2013). Actividad física y diferencias de fitness funcional y calidad de vida en hombres mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 13(49), 87-105.
[Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista49/artactividad348.htm](http://cdeporte.rediris.es/revista/revista49/artactividad348.htm)
- Setién, M. L. (1993). *Indicadores sociales de calidad de vida*. Siglo XXI.
- Sevil, J. (2018). *Análisis de comportamientos relacionados con la salud: efectos de un programa de intervención multicomponente en adolescentes de la ciudad de Huesca*. Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. Departamento de Expresión Musical, Plástica y Corporal. Universidad de Zaragoza.
<https://zaguan.unizar.es/record/76890/files/TESIS-2019-026.pdf>
- Shaw, D., Grehan, E., Shiu, E., Hassan, L. y Thomson, J. (2005). An exploration of values in ethical consumer decision making. *Journal of consumer behavior*, 4(3), 185-200.
doi.org/10.1002/cb.3.
- Shek, D. T. y Ma, C.M. (2011). Longitudinal data analyses using linear mixed models in SPSS: concepts, procedures and illustrations. *Scientific World Journal*, 11:42-76.
[doi:10.1100/tsw.2011.2](https://doi.org/10.1100/tsw.2011.2)
- Skropeta, C., Colvin, A. y Sladen, S. (2014). An evaluative study of the benefits of participating in intergenerational playgroups in aged care for older people. *BMC Geriatrics*, 14, 109. doi: 10.1186/1471-2318-14-109
- Silva, F. C., Da Rosa, R., Arancibia, B. A. V., Gutierrez, P. J. B., Da Silva, R., Machado, M. O. y Moro, A. R. P. (2017). Ejercicio físico, calidad de vida y salud de diabéticos tipo 2. *Revista de psicología del deporte*, 26(1), 13-25.
- Silverstein, M. y Parker, M. G. (2002). Leisure Activities and Quality of Life among the Oldest Old in Sweden. *Research on Aging*, 24(5), 528-47. <https://doi.org/10.1177/0164027502245003>

- Sims-Gould, J., Franke, T., Lusina, S. y McKay, H.A. (2020). Community health promotion programs for older adults: What helps and hinders implementation. *Health Sci Rep.*, 3:e144. <https://doi.org/10.1002/hsr2.144>
- Singer, J. D. y Willett, J. B. (2003) *Applied Longitudinal Data Analysis*. Oxford Press.
- Sniehotta, F., Gellert, P., Witham, M. D., Donnan, P. T., Crombie, I. K. y McMurdo, M. E. T. (2013). Psychological theory in an interdisciplinary context: psychological, demographic, health-related, social, and environmental correlates of physical activity in a representative cohort of community-dwelling older adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 106-115.
- Soler, A. (2009). *Practicar ejercicio físico en la vejez. Una intervención preventivo-educativa para lograr envejecer saludablemente*. Inde.
- Spence, J. C. y Lee, R. E. (2003). Toward a comprehensive model of physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*, 4(1), 7-24. [https://doi.org/10.1016/S1469-0292\(02\)00014-6](https://doi.org/10.1016/S1469-0292(02)00014-6)
- Speck, R. (1995). La intervención de red social: las terapias de red, teoría y desarrollo. En M. Elkaim, et al. (1987). *Las prácticas de la terapia de red*. Gedisa.
- Spiriduso, W. (2005). *Physical Dimensions of Aging*. Human Kinetics Publishing.
- Stanghelle, B., Bentzen, H., Giangregorio, L., Pripp, A. H. y Bergland, A. (2019). Associations between health-related quality of life, physical function and pain in older women with osteoporosis and vertebral fracture. *BMC geriatrics*, 19(1), 298. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1268-y>
- Starfield, B. (1998). Quality-of-care research: internal elegance and external relevance. *J. Am. Med. Assoc.*, 280(11), 1006-1008. doi: 10.1001/jama.280.11.1006

- Stephens, C., Szabó, Á., Allen, J., y Alpass, F. (2019). Livable Environments and the Quality of Life of Older People: An Ecological Perspective. *The Gerontologist*, 59(4), 675–685. <https://doi.org/10.1093/geront/gny043>
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N. y Rook, D. W. (2009). Group Depth Interview: Focus Group Research. En Bickman, L. y Roq, D. *The SAGE Handbook of applied social research methods*. SAGE Publication Inc.
- Stokols, D. (1996). Traducir la teoría socioecológica en pautas para la promoción de la salud comunitaria. *J Health Promot.*, 10, 282-298.
- Stumbo, N. J. y Peterson, C. A. (2000). El modelo de habilidad en ocio. En: Gorbeña Etxebarria, S. (ed.) *Modelos de intervención en ocio terapéutico*, 13-34. Documentos de Estudio de Ocio, núm. 11. Universidad de Deusto. [Http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/ocio/ocio11.pdf](http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/ocio/ocio11.pdf)
- Su, C. L., Lee, C. J. y Shinger, H. S. (2014). Effects of Involvement in Recreational Sports on Physical and Mental Health, Quality of Life of the Elderly. *Anthropologist*, 17(1), 45-52. doi: 10.1080/09720073.2014.11891413
- Suarez, O., Arguelles, M., Alquézar, L., Aviño, D., Botello, B., Calderón, S. y Duro, R. (2015). Mapas de actividades comunitarias y activos para la salud: ¿Cómo trabajar con ellos? *Cuadernos Pediatría Social*, 21(1), 12-14. <http://hdl.handle.net/10045/50793>
- Subirats, J., Alfama, E. y Obradors, A. (2009). Ciudadanía e inclusión social frente a las inseguridades contemporáneas. En *documentos de trabajo (fundación carolina)*, 32, 133-142. <https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2014/08/DT32.pdf>
- Sweet, S. N., Ginis, K. A., Estabrooks, P. A. y Latimer-Cheung, A. E. (2014). Operationalizing the RE-AIM framework to evaluate the impact of multi-sector partnerships. *Implement. Sci.*, 9, 74. doi: 10.1186/1748-5908-9-74.

- Svantesson, U., Jones, J., Wolbert, K. y Alricsson, M. (2015). Impact of physical activity on the self-perceived quality of life in non-frail older adults. *J Clin Med Res*, 7(8), 585-593. doi: 10.14740/jocmr2021w
- Sylvester, C. (1992) Therapeutic recreation and the right to leisure. *Therapeutic Recreation Journal*, 26(2), 9-20. <https://www.sagamorepub.com/sites/default/files/2018-07/TRprogrebook-lookinside-OPT.pdf>
- Taguchi, N., Higaki, Y., Inoue, S., Kimura, H. y Tanaka, K. (2010). Effects of a 12-Month Multicomponent Exercise Program on Physical Performance, Daily Physical Activity, and Quality of Life in Very Elderly People with Minor Disabilities: An Intervention Study. *Journal of Epidemiology*, 20(1), 21-29. doi: 10.2188/jea.je20081033
- Takeuchi, R., Hatano, Y. y Yamasaki, M. (2011). The Influence of Different Exercise Intervention Programs on Changes in Quality of Life and Activity of Daily Living Levels among Geriatric Nursing Home Residents. *Journal of Physical Therapy Science*, 23(1), 133-136. doi: 10.1589/jpts.23.133
- Tamari, K. (2011). Self-reported home exercise and younger age predict improved health-related quality of life among community-dwelling elderly participants in a three-month group exercise class. *J Physiol Anthropol*, 30(2), 77-85. doi: 10.2114/jpa2.30.77
- Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K. y Dunagan, M.S. (2004). Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 354-362. doi: 10.1037/0022-3514.87.3.354
- Taylor, A. y Fox, K. (2005). Effectiveness of a Primary Care Exercise Referral Intervention for Changing Physical Self-Perceptions Over 9 Months. *Health Psychology*, 24(1), 11-21. doi: 10.1037/0278-6133.24.1.11

- Tavares, A. A., Freitas, L. M., Silva, F. C. M. y Sampaio, R. F. (2012). Organização do cotidiano de indivíduos com doenças crônicas a partir da estratégia de grupo. *Cad Ter Ocup UFSCar.*, 20(1), 95-105. <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2012.011>
- Teri, L., McCurry, S., Logsdon, R., Gibbons, L., Buchner, D. y Larson, E. (2011). A randomized controlled clinical trial of the Seattle Protocol for Activity in older adults. *J Am Geriatr Soc*, 59(7), 1188-96. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03454.x
- Terris, M. (1994). La epidemiología y la Salud Pública: orígenes e impacto de la segunda revolución epidemiológica. *Rev. San. Hig. Pub*, 68, 5-10.
https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_crom/VOL68/68_m_005.pdf
- Theodoropoulou, E., Stavrou, N. y Karteroliotis, K. (2017). Neighborhood environment, physical activity, and quality of life in adults: Intermediary effects of personal and psychosocial factors. *Journal of sport and health science*, 6(1), 96–102.
<https://doi.org/10.1016/j.jshs.2016.01.021>
- Thompson, S. E., Smith, B. A. y Bybee, R. E. (2005). Factors influencing participation in Worksite Wellness Programs among minority and underserved populations. *Fam. Community Health*, 28(3), 267-273. <https://doi.org/10.1097/00003727-200507000-00007>
- Thornton, C. M., Kerr, J., Conway, T. L., Saelens, B. E., Sallis, J. F., Ahn, D. K., Frank, L. D., Cain, K. L. y King, A. C. (2017). Physical Activity in Older Adults: an Ecological Approach. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 51(2), 159-169. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9837-1>
- Tirado, A., Chávez, T., Castillo, E., Haber, L. y Iribar, E. (2014). Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en el municipio Caimanera. *Rev. Inf. Cient.*, 83(1), 50-58. <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/985/1944>

- Titze, S., Schebesch-Ruf, W., Lackinger, C., Großschädl, L., Strehn, A., Dorner, T. E. y Niebauer, J. (2019). Short-and Long-Term Effectiveness of a Physical Activity Intervention with Coordinated Action between the Health Care Sector and Local Sports Clubs. A Pragmatic Trial in Austrian Adults. *International journal of environmental research and public health*, 16(13), 2362.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16132362>
- Tkatch, R., Musich, S., MacLeod, S., Kraemer, S., Hawkins, K., Wicker, E. R. y Armstrong, D. G. (2017). A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: Keys to aging successfully. *Geriatric nursing*, 38(6), 485-490.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.02.009>
- Tomás, M. T., Galán, A., Carnero, E. A. y Fernandes, B. (2018). Functional Capacity and Levels of Physical Activity in Aging: A 3-Year Follow-up. *Frontiers in medicine*, 4, 244. <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00244>
- Triadó, C., Celdrán, M., Conde, J. L., Montoro, J., Pinazo, S. y Villar, F. (2008). *Envejecimiento productivo: la provisión de cuidados de los abuelos a los nietos. Implicaciones para su salud y bienestar*. Informe de investigación Imsero. Madrid: Imsero.
- Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A. E., Sallis, J. F. y Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: Review and update. *Medicine & Science in Sport & Exercise*, 34(12), 1996-2001. doi: 10.1097/00005768-200212000-00020
- Tuunainen, E., Rasku, J., Jäntti, P., Moisio-Vilenius, P., Mäkinen, E., Toppila, E. y Pyykkö, I. (2013). Postural stability and quality of life after guided and self-training among older adults residing in an institutional setting. *Clin Interv Aging*, 8, 1237-1246.
doi: 10.2147/CIA.S47690.

- Uemura, S. y Machida, K. (2003). The relationship of quality of life (QOL) with physical fitness, competence and stress response in elderly in Japan. *Nihon Eiseigaku Zasshi*, 58(3), 369-75. doi: 10.1265/jjh.58.369
- Uman, L. (2011). Systematic Reviews and Meta-Analyses. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 20(1), 57-59.
- Universidad de Deusto (2013). *Un proyecto de investigación-acción participativa con personas mayores de Vizcaya en el ámbito del empoderamiento personal y comunitario*. Bilbao. [https://www.bizkailab.deusto.es/wp-content/uploads/2013/06/un-proyecto-de-investigaci% c3% 93n-acci% c3% 93n-participativa-con-personas-mayores-de-bizkaia-en-el-% c3% 81 mbito-del-empoderamiento-personal-y-comunitario-participaci% c3% 93n-ciudadana.pdf](https://www.bizkailab.deusto.es/wp-content/uploads/2013/06/un-proyecto-de-investigaci%c3%93n-acci%c3%93n-participativa-con-personas-mayores-de-bizkaia-en-el-%c3%81mbito-del-empoderamiento-personal-y-comunitario-participaci%c3%93n-ciudadana.pdf)
- Vaillant, G. E. y Vaillant, C. O. (1990). Natural history of male psychological health: XII. A 45 years' study of predictors of successful aging at age of 65. *American Journal of Psychiatry*, 147, 31-37. doi: 10.1176/ajp.147.1.31
- Valarezo, C. L. (2016). Adulto mayor: Desde una vejez “biológica-social” hacia un “nuevo” envejecimiento productivo. *Maskana*, 7(2).
- Valenzuela, T. (2012). Efficacy of Progressive Resistance Training Interventions in Older Adults in Nursing Homes: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(5), 418-428. doi: 10.1016/j.jamda.2011.11.001
- Vallerand, R. J. (2007a). Intrinsic and extrinsic motivation in sport and physical activity: A review and a look at the future. In G. Tenenbaum, & R. E. Eklund (Eds.), *Handbook of sport psychology*, 3rd ed. (49-83) John Wiley. doi.org/10.1002/9781118270011.ch3
- Vallerand, R. J. (2007b). A hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation for sport and physical activity. In M. S. Hagger, & N. L. D. Chatzisarantis (Eds.), *Self-determination theory in exercise and sport*, p. 255-279. Human Kinetics.

- Van Acker, R., De Bourdeaudhuij, I., De Martelaer, K., Seghers, J., Kirk, D., Haerens, L., De Cocker, K. y Cardon, G. (2011). A framework for physical activity programs within school community partnerships. *Quest*, 63(3), 300-320.
- Van Cauwenberg, J., De Donder, L., Clarys, P., De Bourdeaudhuij, I., Buffel, T., De Witte, N., Dury, S., Verté, D. y Deforche, B. (2012). Relationship between the perceived neighborhood social environment and walking for transportation among older adult. *Social Science & Medicine*, 104, 23-30. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.12.016
- Varela, L. F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 33(2), 199-201. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2196
- Varma, V., Tan, E., Wang, T., Xue, Q., Fried, L., Seplaki, C., King, A., Seeman, T., Rebok, G. y Carlson, M. (2014). Low-intensity walking activity is associated with better health. *J Appl Gerontol*, 33(7), 870-887. doi: 10.1177/0733464813512896
- Veiel, H. (1990). The Mannheim Interview on Social Support. Reliability and Validity data from three samples. *Soc. Psych. And Psych. Epidemiology*, 25, 250-259. doi: 10.1007/bf00788646
- Velarde, E. y Ávila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública México*, 44(4), 349-61. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6404/7763>
- Vélez, O. L. (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas*. Espacio Editorial.
- Vera-Remartínez, E. J., Paredes-Carbonell, J. J., Aviñó, D., Jiménez-Pérez, M., Araujo, R., Agulló-Cantos, J. M. y Mora, A (2017). Sentido de coherencia y mapa de activos para la salud en jóvenes presos de la Comunidad Valenciana en España. *Glob Health Promot.*, 24(3), 112-121. doi: 10.1177/1757975915614229

- Vera, M. (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 284-290. <https://doi.org/10.15381/anales.v68i3.1218>
- VicHealth. (2018). How co-design delivers agency, advocacy and real-world impact. Carlton, Australia. Recuperado de: <https://www.vichealth.vic.gov.au/letter/articles/vh-letter-45-co-design>
- Vidmar, M. F., Potulski, A. P., Sachetti, A., Silveira, M. y Wibelinger, L. M. (2011). Actividade física e qualidade de vida em idosos. *Saúde Pesquisa*, 4(3), 417-24. <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1714/1394>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A. y Alonso, J. (2004). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*, 19(2), 135-50. doi: 10.1157/13074369
- Vilagut, G., Valderas, JM., Ferrer, M., Garín, O., López, E y Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin*, 130, 726-735. doi: 10.1157/13121076
- Villalba, C. (2004). La perspectiva ecológica en el Trabajo Social con infancia, adolescencia y familia. Portularia. *Revista de Trabajo Social*, 4, 287-298. <http://hdl.handle.net/10272/223>
- Villar, F., Triadó, C., Pinazo, S., Celdrán, M. y Solé, C. (2010). Reasons for Older Adult Participation in University Programs in Spain. *Educational Gerontology*, 36, 244-259. doi.org/10.1080/03601270903058341.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. <http://teps.cl/index.php/teps/article/view/120/134>

- Waker, A. (2008). The Emergence and Application of Active Aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, 21(1), 75-93. doi: 10.1080/08959420802529986
- Walker, A. (2007). *Active ageing. Paper to German Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth*. European Congress on Demographic Change as Opportunity, Berlin.
<https://www.bmfsfj.de/blob/93696/8d6a3f5eff9c19344a0ee86ac142120e/eu-kongress-demografischer-wandel-englisch-data.pdf>
- Wallerstein, N. y Duran, B. (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. *Am J Public Health*, 100(S1), S40–S6. doi: 10.2105/AJPH.2009.184036
- Walters, S. J., Munro, J. F. y Brazier, J. E. (2001). Using the SF-36 with older adults: a cross-sectional community-based survey. *Age Ageing*, 30, 337-43. doi: 10.1093/ageing/30.4.337
- Wanderley, F. A. C., Silva, G., Marques, E., Oliveira, J., Mota, J. y Carvalho, J. (2011). Associations between objectively assessed physical activity levels and fitness and self-reported health-related quality of life in Community-dwelling older adults. *Quality of life research*, 20(9), 1371- 1378. doi:10.1007/s11136-011-9875-x
- Ware, J., Sherbourne, C. y Donald, C. (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36). *Med Care*, 30(6), 473-483. https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/1992/06000/The_MOS_36_Item_Short_Form_Health_Survey_SF_36__2.aspx
- Webber, L. S., Catellier, D. J. Lytle, L. A., Murray, D. M., Pratt, C. A., Young, D. R., Elder, J. P. y Pate, R. R. (2008). Promoting physical activity in middle School girls. Trial of activity for adolescent girls. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(3), 173-184.

- Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M. y Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing and Society*, 25(4), 585-600.
doi: 10.1017/S0144686X05003454
- Williams, G. C., Lynch, M. F., McGregor, H. A., Ryan, R. M., Sharp, D. y Deci, E. L. (2006). Validation of the "important other" climate questionnaire: assessing autonomy support for health-related change. *Families, Systems & Health*, 24(2), 179-194.
doi.org/10.1037/1091-7527.24.2.179
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W. y Ryan, R. M. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology*, 25(1), 91-101. [Http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.91](http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.91)
- Wilson, I. B., Clearly, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. *JAMA*, 273:59-65.
- Wimbush, E. y Watson, J. (2000). An Evaluation Framework for Health Promotion: Theory, Quality and Effectiveness. *SAGE Journals*, 6(3), 301-321.
doi.org/10.1177/135638900000600302.
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I. y Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging & Mental Health*, 14(6), 652-669. doi:10.1080/13607861003713232.
- Winters-Stone, K. M. y Snow, C. M. (2003). Musculoskeletal response to exercise is greatest in women with low initial values. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35(10), 1691-1696. doi: 10.1249/01.MSS.0000089338.66054.A5
- Wood, L. y Danylchuk, K. (2011). Playing our way: Contributions of social groups to women's continued participation in golf. *Leisure Sciences*, 33, 366-381.
doi: 10.1080/01490400.2011.606778

- World Medical Association (WMA). (2000). *Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Ferney-Voltaire.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Wu, A. W. (2000). Response to Stewart and Nápoles-Springer: Quality of life assessment in clinical research: application in diverse populations. *Medical Care*, 38(2)II130-II135.
https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Citation/2000/09002/Response_to_Stewart_and_N_poles_Springer_.19.aspx
- Yamey, G. (2011). Scaling up global health interventions: a proposed framework for success. *PLoS Med.*, 8(6), e1001049. doi: 10.1371/journal.pmed.1001049.
- Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Ed. Imsero.
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/yanguas-analisis-01.pdf>
- Yarnal, C. M., Son, J. y Liechty, T. (2011). “She was buried in her purple dress and her red hat and all of our members wore full ‘Red Hat Regalia’ to celebrate her life”: Dress, embodiment and older women’s leisure. *Journal of Aging Studies*, 25(1), 52-61.
<https://doi.org/10.1080/01490400802017456>
- Yuni, J. A., Urbano, C. y Arce, M. C. (2003). *Discursos sociales sobre el cuerpo, la estética y el envejecimiento*. Editorial Brujas.
- Zhao, E., Tranovich, M. y Wright, V. (2014). The role of mobility as a protective factor of cognitive functioning in aging adults: a review. *Sports Health*, 6(1), 63-9.
doi:10.1177/1941738113477832.

Zimmerman, P. (2000). Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.). *Handbook of Community Psychology*. Kluwer Academic Plenum, 43-64.

Zuazagoitia, A. (2011). *Impacto del ejercicio físico sobre la calidad de vida de las personas que padecen cardiopatía isquémica*. Universidad del País Vasco.

APÉNDICE

Lista de Contenidos

Apéndice 1: *Aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón (CEICA).*

Apéndice 2: *Consentimiento por escrito de los Adultos Mayores.*

Apéndice 3: *Folleto informativo del estudio.*

Apéndice 4: *Cuestionario SF-36.*

Apéndice 5: *Aplicación creada por la Universidad de Granada.*

Apéndice 6: *Plantilla SPSS del cuestionario SF-36.*

Apéndice 7: *Guía de preguntas del grupo focal(T1).*

Apéndice 8: *Sistema de categorías del grupo focal.*

Apéndice 9: *Mural participativo.*

Apéndice 10: *Jugando con Activos.*

Apéndice 11: *Gimnasios en la calle.*

Apéndice 12: *Charla y Recetas de vida.*

Apéndice 13: *Plogging.*

Apéndice 14: *Primeros Auxilios.*

Apéndice 15: *Actividad física intergeneracional.*

Apéndice 16: *Juegos tradicionales con niños.*

Apéndice 17: *Autodefensa.*

Apéndice 18: *Chikung.*

Apéndice 19: *Paseos en familia.*

Apéndice 20: *Difusión en redes.*

Apéndice 21: *Difusión en prensa local.*

Apéndice 22: *Mochila de ideas.*

Apéndice 23: *Tendedor de palabras.*

Apéndice 24: *Tú decides.*

Apéndice 25: *III Millas Romanas.*

Apéndice 26: *Preparación del baile de Navidad.*

Apéndice 27a: *Torneo de Petanca.*

Apéndice 27b: *Jornada final de convivencia.*

Apéndice 28: *Recetario.*

Apéndice 29: *Ficha de recogida de Activos de Salud.*

Apéndice 30: *Pasaporte.*

Apéndice 31: *Ficha de seguimiento.*

Apéndice 32: *Análisis U de Mann-Whitney.*

Apéndice 33: *Análisis de Wilcoxon.*

Apéndice 34: *Análisis descriptivos y contraste de medias ajustadas por género*

Apéndice 35: *Análisis descriptivos y contraste de medias ajustadas por edad*

Apéndice 36: *Guía de seguimiento para los técnicos deportivos*

Apéndice 1: Aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica de Aragón (CEICA).**Informe Dictamen Favorable
Trabajos académicos**

C.P. - C.I. PI16/0291

14 de diciembre de 2016

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 14/12/2016, Acta Nº 21/2016 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Impacto de un programa de actividades físico-lúdicas para la mejora de la calidad de vida en personas mayores.

**Alumno: Victor Ramón Lisón Loriente
Director: Berta Murillo Pardo**

Centro de realización: Universidad de Zaragoza

Versión protocolo: noviembre/2016

Versión documento de información y consentimiento: noviembre/2016

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la correcta obtención del consentimiento de los participantes, el cumplimiento de la LOPD y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza, a 14 de diciembre de 2016

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Apéndice 2: Consentimiento por escrito de los Adultos Mayores.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO: IMPACTO DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDADES FÍSICO-LÚDICAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES

Yo,

He leído el documento de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con: D. Víctor Ramón Lisón Lorient (investigador).

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

.....
.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al participante mencionado.

Firma del Investigador:

Fecha:

.....

Apéndice 3: *Documento informativo del estudio.***DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE**

Título de la investigación: IMPACTO DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDADES FÍSICO-LÚDICAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES.

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un proyecto de investigación que estamos realizando en la Universidad de Zaragoza. Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento entero
- Entender la información que contiene el documento
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias
- Tomar una decisión meditada
- Firmar el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de este documento y del consentimiento firmado. Por favor, consérvelos por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se le solicita su colaboración porque usted va a ser objeto de estudio al participar en las actividades programadas para la tercera edad.

En total en el estudio participarán 150 participantes.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

El objeto de estudio es mostrar si se produce una mejora de la calidad de vida a través de un programa de actividades físico-lúdicas. En este trabajo nos centramos en las actividades físicas y el juego, el cual tiene un carácter socializador muy importante que se considera puede influir notablemente en la mejora de la calidad de vida.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Recuerde que su participación es voluntaria y si decide no participar esto no afectará a su asistencia o a su relación con el investigador y su equipo.

Su participación se limita a realizar las actividades programadas como cualquier otro tipo de actividades y juegos, deberá responder unos cuestionarios sobre su calidad de vida antes y después del programa de intervención y participar en entrevistas y grupos de discusión para dar su opinión sobre los juegos, las actividades, la calidad de vida.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

No existen riesgos en el estudio ni supone molestias o inconvenientes para los participantes.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación, si bien usted contribuirá al avance del conocimiento y al beneficio social.

En caso de que la participación le pueda suponer gastos al voluntario (por desplazamientos o molestias) se le reembolsarán los gastos derivados de ésta.

7. ¿Cómo se van a gestionar mis datos personales?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con su nombre.

Para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto a sus datos obtenidos durante el estudio debe ponerse en contacto con el investigador principal.

Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

8. ¿Seré informado de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

9. ¿Puedo cambiar de opinión?

Tal como se ha señalado, su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones, basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

Si usted desea retirarse del estudio se eliminarán los datos recogidos.

10. ¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En caso de duda o para cualquier consulta relacionada con su participación puede ponerse en contacto con el investigador responsable, D. Víctor Ramón Lisón Lorient, en el teléfono _____ o por correo electrónico en la dirección_____. Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento.

Apéndice 4: Cuestionario SF-36.**1. En general, usted diría que su salud es:**

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

1. Mucho mejor ahora que hace un año
2. Algo mejor ahora que hace un año
3. Más o menos igual que hace un año
4. Algo peor ahora que hace un año
5. Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.

b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.

c) Coger o llevar la bolsa de la compra.

d) Subir varios pisos por la escalera.

e) Subir un sólo piso por la escalera.

f) Agacharse o arrodillarse.

g) Caminar un kilómetro o más

h) Caminar varios centenares de metros.

i) Caminar unos 100 metros.

j) Bañarse o vestirse por sí mismo.

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Siempre
2. Algunas veces
3. Casi siempre
4. Nunca
5. Sólo alguna vez

- a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?
- b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?
- c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?
- d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

1. Siempre
2. Algunas veces
3. Casi siempre
4. Sólo alguna vez
5. Nunca

- a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?
- b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?
- c) ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia?

1. Siempre
 2. Algunas veces
 3. Casi siempre
 4. Sólo alguna vez
 5. Nunca
- a) ¿se sintió lleno de vitalidad?
 - b) ¿estuvo muy nervioso?
 - c) ¿se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
 - d) ¿se sintió calmado y tranquilo?
 - e) ¿tuvo mucha energía?
 - f) ¿se sintió desanimado y deprimido?
 - g) ¿se sintió agotado?
 - h) ¿se sintió feliz?
 - i) ¿se sintió cansado?

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

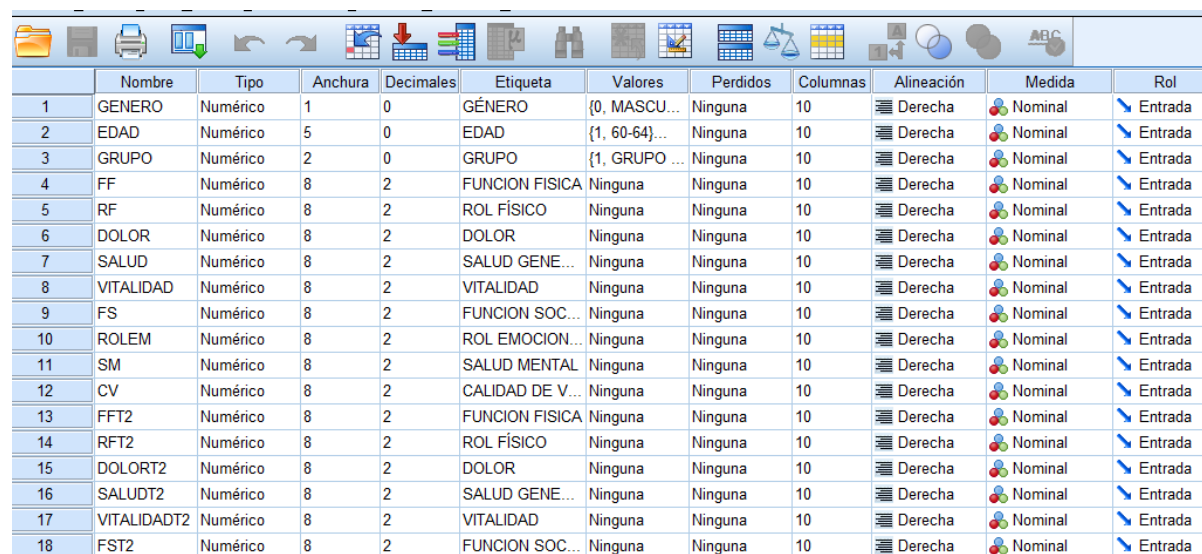
1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Sólo alguna vez
5. Nunca

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

1. Totalmente cierta
 2. No lo sé
 3. Bastante cierta
 4. Totalmente falsa
 5. Bastante falsa
- a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas
 - b) Estoy tan sano como cualquiera
 - c) Creo que mi salud va a empeorar
 - d) Mi salud es excelente

Apéndice 5: *Aplicación creada por la Universidad de Granada.*



Apéndice 6: Plantilla SPSS del cuestionario SF-36.


	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	GENERO	Numérico	1	0	GÉNERO	{0, MASCU...	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
2	EDAD	Numérico	5	0	EDAD	{1, 60-64}...	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
3	GRUPO	Numérico	2	0	GRUPO	{1, GRUPO ...	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
4	FF	Numérico	8	2	FUNCION FISICA	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
5	RF	Numérico	8	2	ROL FÍSICO	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
6	DOLOR	Numérico	8	2	DOLOR	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
7	SALUD	Numérico	8	2	SALUD GENE...	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
8	VITALIDAD	Numérico	8	2	VITALIDAD	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
9	FS	Numérico	8	2	FUNCION SOC...	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
10	ROLEM	Numérico	8	2	ROL EMOCION...	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
11	SM	Numérico	8	2	SALUD MENTAL	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
12	CV	Numérico	8	2	CALIDAD DE V...	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
13	FFT2	Numérico	8	2	FUNCION FISICA	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
14	RFT2	Numérico	8	2	ROL FÍSICO	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
15	DOLORT2	Numérico	8	2	DOLOR	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
16	SALUDT2	Numérico	8	2	SALUD GENE...	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
17	VITALIDADT2	Numérico	8	2	VITALIDAD	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
18	FST2	Numérico	8	2	FUNCION SOC...	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada

Apéndice 7: *Guía de preguntas del grupo focal (T1).*

CONCEPTOS CLAVE DE LA INTERVENCIÓN

¿Qué es para ustedes la calidad de vida?

¿Cómo calificaría de 0 a 10 su calidad de vida?

¿Cómo mejoraría su calidad de vida?

¿Qué es para ustedes un envejecimiento activo?

¿Cómo le gustaría envejecer?

¿Qué es para vosotros una actitud lúdica en la vida?

¿Creéis que es importante esa actitud en la vida?

¿Es importante involucrar, implicar, empoderar (dar control) a los destinatarios de una intervención en el diseño y puesta en marcha de la misma?

IDENTIFICACIÓN E INFLUENCIA DE LOS ACTIVOS DE SALUD

¿Qué es para ustedes un activo de salud?

¿El servicio de Deportes es un activo de salud para ustedes?

¿Qué otros activos de su pueblo le ayudan a mejorar su salud y calidad de vida?

EDUCACIÓN DEL OCIO/PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

¿Hacéis en vuestro tiempo libre aquello que os gusta, os da energía, os sentís implicados, competentes, os hace sentir mejor, etc.?

¿Las sesiones de actividad física del programa municipal de Deportes les ayudan a aumentar sus relaciones sociales, a sentirse mejor física y emocionalmente, a mejorar su calidad de vida, etc.? ¿Por qué?

¿La promoción de la actividad física desde el envejecimiento activo les sirve, les llena, les aporta para la ocupación del tiempo de ocio?

Apéndice 8: *Sistema de categorías del grupo focal.*

DIMENSIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES
1. Oportunidades y enfoques para enriquecer una intervención	1.1. Activos de salud	1.1.7. Personas 1.1.8. Social 1.1.9. Económico 1.1.10. Cultural 1.1.11. Organizaciones 1.1.12. Espacios físicos
	1.2. Calidad de vida	1.2.1. Concepto e importancia 1.2.2. Percepción de su nivel de calidad de vida
	1.3. Educación del ocio	1.3.1. Concepto e importancia 1.3.2. Relación con el envejecimiento activo

1.- Oportunidades y enfoques para enriquecer una intervención: la dimensión incluye todos los argumentos que se aproximan a oportunidades y enfoques de los adultos mayores para enriquecer una intervención.

1.1. Activos de salud: se refiere a la identificación de activos de salud, comprender lo que abarca el concepto, así como la importancia de su posterior uso.

1.1.1. Personas: se recogen todos los argumentos que trataron sobre recursos sentimentales (felicidad, estrés), de pensamiento (sentirse bien, cansado) y manuales (hacer, realizar).

1.1.2. Social: las apreciaciones sobre la manera como los adultos mayores se relacionan e intercambian conocimientos y experiencias y como pueden tener incidencia en hacer más saludable su vida en el entorno social al que pertenecen.

1.1.3. Organizaciones: en él se incluyen los argumentos sobre los recursos de instituciones que pueden incidir en la promoción de la salud de los adultos mayores, los servicios que ofrecen para mejorar su bienestar.

1.1.4. Espacios físicos: se refiere a las opiniones sobre los recursos físicos y naturales que existen, que están a disposición del adulto mayor y que pueden ser utilizados para actividades diversas que resultan beneficiosas para su salud tanto dentro como fuera de la propia localidad.

1.1.5. Cultura: argumentos sobre esta área, ya que incide, positivamente, en la salud de quien la tiene presente, ofreciéndole oportunidades de vida activa, de creación de redes y de mejora de las relaciones interpersonales y de la autoestima.

1.1.6. Economía: opiniones sobre los comercios y, en general, todas las actividades económicas que se desarrollan y que tienen una influencia importante en la salud de los adultos mayores.

1.2. Calidad de vida: se refiere a la calidad de vida relacionada con la salud.

1.2.1. Concepto e importancia: lo que los adultos mayores entienden como concepto de calidad de vida relacionada con la salud y la importancia que le daban a mejorarla y si creían que ellos mismos u otras personas podían ayudarles.

1.2.2. Percepción actual de su nivel: el nivel que los propios adultos mayores tenían con respecto a su calidad de vida valorándola en una escala de 0-10.

1.3. Educación del ocio: se incluyen las aportaciones de los adultos mayores sobre la educación del ocio, que es para ellos el ocio y la educación del mismo.

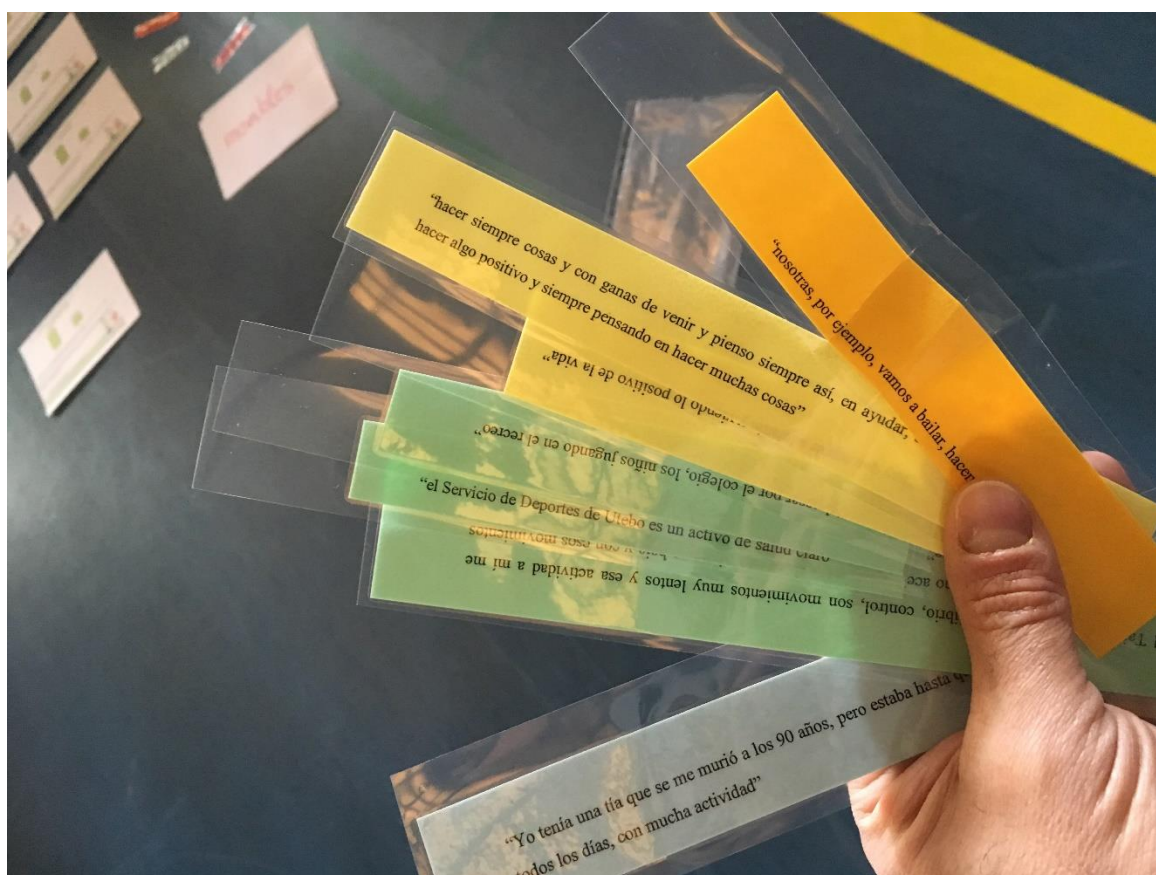
1.3.1. Concepto e importancia: recoge las opiniones sobre el concepto y si sienten “satisfacción y disfrute” en la ocupación de su tiempo libre y la importancia que los adultos mayores perciben de la práctica de AF y los programas municipales de actividades deportivas.

1.3.2. Relación con el envejecimiento activo: los argumentos sobre la visión de los adultos mayores en la relación entre el ocio y el concepto de envejecimiento activo en este tipo de programas e intervenciones.

Apéndice 9: Mural participativo.



Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 10: Jugando con Activos.

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 11: Gimnasios en la calle.



GIMNASIO EN EL CAMINO DE LAS CANTERAS

El gimnasio en la calle te permite realizar ejercicio por libre y al aire libre; pero hay cosas que deberías tener en cuenta antes de empezar; lee el panel informativo que tiene el parque, lo más importante; adapta el esfuerzo a tu condición física y detén el ejercicio si sientes dolor. Además cada máquina tiene un dibujo para que puedas guiarte.

EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO
Utiliza estas máquinas para calentar antes de empezar ejercicios más intensos, al menos 10 minutos en total. También son ejercicios que mejoran la capacidad respiratoria y cardíaca y realizados mínimo 30 minutos, ayudan a quemar grasas.

BICICLETA: Sólo trabajan las piernas

ANDADOR ELÍPTICO: Esta es la máquina más completa de las 3. Trabaja el tronco las piernas y los brazos. El movimiento debe realizarse hacia delante, nunca hacia atrás

Cuidado al subir y bajar

BLOQUE 1-EJERCICIOS DE TONIFICACIÓN DE TRONCO:

GIRO DE CINTURA **FLEXO-EXTENSIÓN LUMBAR** **BANCO ABDOMINALES:** Tumbarse hacia arriba con piernas flexionadas

BLOQUE 2-EJERCICIOS DE TONIFICACIÓN DE TREN SUPERIOR:

HOMBRO **ESCALERA HORIZONTAL:** Ejercicios en suspensión.

ESPALDA: Me siento al revés y remo hacia atrás. Despego los pies del suelo

BLOQUE 3-EJERCICIOS DE TONIFICACIÓN DE TREN INFERIOR:

ADRICEPS **PRENSA DE PIERNA** **GEMELOS**

Realizar de forma alterna ejercicios del bloque 1, 2 y 3
Realizar ejercicios de estiramientos al finalizar la sesión.
También podemos aprovechar también los bancos que hay junto al gimnasio para completar tanto los ejercicios de máquinas como los estiramientos.

GIMNASIO EN LA CALLE PARQUE COLLARADA

El gimnasio en la calle te permite realizar ejercicio por libre y al aire libre; pero hay cosas que deberías tener en cuenta antes de empezar; lee el panel informativo que tiene el parque, lo más importante; adapta el esfuerzo a tu condición física y detén el ejercicio si sientes dolor. Además cada máquina tiene un dibujo para que puedas guiarte.

EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO
Utiliza estas máquinas para calentar antes de empezar ejercicios más intensos, al menos 10 minutos en total. También son ejercicios que mejoran la capacidad respiratoria y cardíaca y realizados mínimo 30 minutos, ayudan a quemar grasas.

BICICLETA: Sólo trabajan las piernas

ANDADOR ELÍPTICO: Esta es la máquina más completa de las 3. Trabaja el tronco las piernas y los brazos. El movimiento debe realizarse hacia delante, nunca hacia atrás

Cuidado al subir y bajar

ANDADOR EN SUSPENSIÓN: Además de las piernas trabaja un poco el tronco

BLOQUE 1-EJERCICIOS DE TONIFICACIÓN DE TRONCO:

GIRO DE CINTURA **FLEXO-EXTENSIÓN LUMBAR** **BANCO ABDOMINALES:** Tumbarse hacia arriba con piernas flexionadas

BLOQUE 2-EJERCICIOS DE TONIFICACIÓN DE TREN SUPERIOR:

PECTORAL: Remo delante, despego los pies del suelo

ESPALDA: Me siento al revés y remo hacia atrás. Despego los pies del suelo

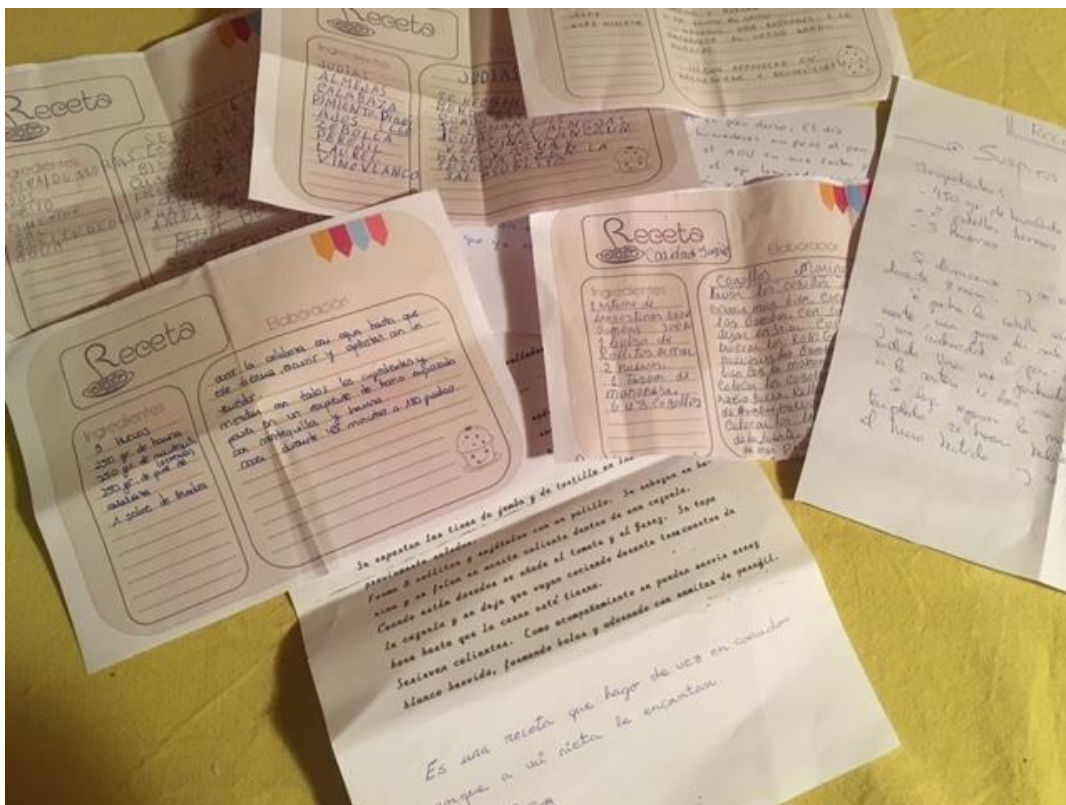
BLOQUE 3-EJERCICIOS DE TONIFICACIÓN DE TREN INFERIOR:

CUADRICEPS **GLUTEO:** Movimientos alternos como si subieras escaleras

- Realizar de forma alterna ejercicios del bloque 1, 2 y 3
- Realizar ejercicios de estiramientos al finalizar la sesión.

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 12: Charla y Recetas de vida.



Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 13: *Plogging.*

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 14: Primeros Auxilios

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 15: Multideporte intergeneracional

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 16: *Juegos tradicionales con niños.*

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 17: Autodefensa.

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 18: *Chikung.*

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 19: *Paseos en familia.*

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 20: Difusión en redes

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 21: Difusión en prensa local.

SALUD

Ayuntamiento y Universidad de Zaragoza aunan sus fuerzas para mejorar la salud de los mayores de Utebo



El Área de Deportes del Ayuntamiento y la Universidad de Zaragoza van a llevar a cabo durante el presente curso una intervención para la búsqueda de la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores de Utebo.

El proyecto basado en una metodología participativa de Activos de Salud pretende conseguir aumentar la calidad de vida en los adultos mayores que están inscritos en el programa de actividades deportivas del municipio. Para ello, junto a las actividades físicas desarrollarán distintas colaboraciones, talleres, eventos, en colaboración con otras áreas municipales (Salud, Terapia Ocupacional, Servicios Sociales, Cultura, etc.) con el fin de conseguir un mayor aprovechamiento de este grupo poblacional de los recursos o activos de salud que existen en nuestro municipio.


Así mismo, y además de utilizar estos recursos, se van a conectar las propias actividades físicas con diversos retos a lo largo del año.

El primero de estos retos, para el que se cuenta con la colaboración de Octavus Triatlón y Club Atletismo Utebo, será la participación en las VIII Millas Romanas de Utebo que se realizará el próximo 29 de Octubre.

Los adultos mayores ya se han propuesto el reto de completar III Millas y ya se están preparando para ello..

Utebo” se consolida como prueba atlética y primer programa de salud

las de Utebo” or- no Utebo y patro- io, contó con la corredores, a los cipantes en el pri-ervención para la calidad de vida de io a 80 corredores s Romanas .



Fotografía: Jorge Amar

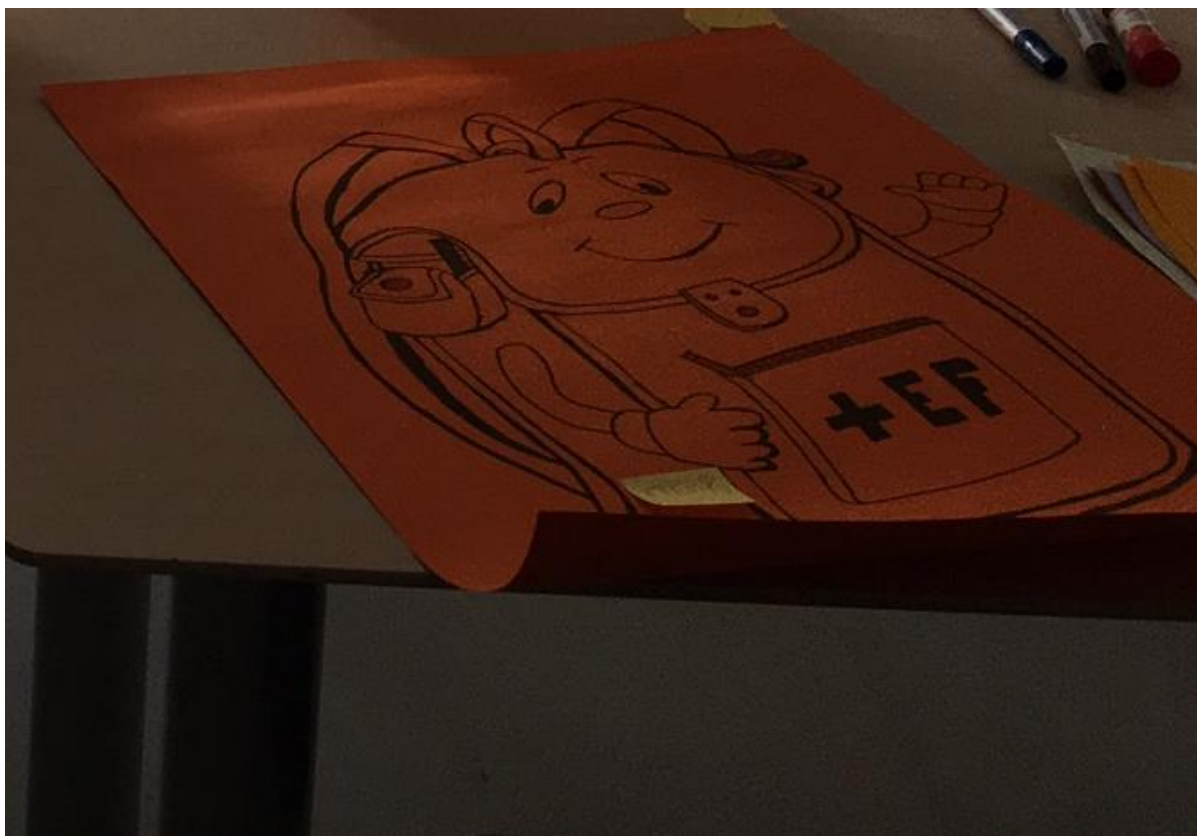
prueba destac tes de este de

an gran ambiente, no sólo por la alta par- el numeroso público que acompañó a los

” se consolida cada año más como una

Durante este mes, los mayores irán ic de nuestro municipio para poder uti mismo, se irán ampliando las activid aporte de conocimientos y experienci

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 22: *Mochila de ideas.*

Mayores. si. pero
con con ganas de vivir

Mercedes

Apéndice 23: *Tendedor de palabras.***Apéndice 24:** *Tú decides.*

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 25: III Millas Romanas.

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 26: *Preparación del baile de Navidad.*

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 27a: Torneo de Petanca

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 27b: Jornada final de convivencia.

Apéndice 28: *Recetario.*



ante 45 minutos a 180°.

8.- CARDO NAVIDEÑO
INGREDIENTES
 cardo, ajos, nueces, harina, leche, nuez moscada.
LABORACIÓN
 Se limpia el cardo, se corta a trocitos y se cuece en la olla durante 30 minutos. En el mortero ponemos ajos picados y nueces. Se machacan y se echan al cardo. Hacemos una bechamel y se incorpora el cardo, dándole vueltas.

9.- ROSQUILLAS FRITAS
INGREDIENTES
 5 huevos, taza de aceite, taza de anís, taza de azúcar, taza de gaseosa y de harina integral.
LABORACIÓN
 Se bate los huevos y el azúcar, luego tus ingredientes y por último la gaseosa anís. Freír en aceite de girasol o en aceite de oliva. También se pueden hacer en horno.

10.- ESTOFADO DE TERNERA AL VINO TINTO
INGREDIENTES
 200gr de cebolla, 150gr de zanahoria, 70gr de puerros, 1 diente de ajo, sal, pimienta negra, laurel, aceite, 400gr ternera guisada, 200ml de vino tinto, 50gr de guisantes y ¼ de litro de caldo de carne.
LABORACIÓN
 Rehogar en una olla la cebolla, el ajo, la zanahoria, ponemos la ternera una vez sazonada, dejar que dore por los 2 lados. Una vez este dorado junto con las verduras todo en la misma olla, por último añadir los guisantes. Ponemos el vino tinto y el caldo de carne y dejamos reposar de 60 minutos a 90 minutos a fuego lento, dándole vueltas de vez en cuando.

11.- BIZCOCHO CASERO
INGREDIENTES
 2 huevos, 1 danone de limón, 3 vasos de harina, 1 vaso de aceite de girasol, 1 sobre de levadura, ralladura de un limón, 2 vasos de azúcar.
LABORACIÓN
 Batir los huevos juntamente con el danone de limón y con los vasos de harina medidos con el vaso de danone. Batir todo y aseguradamente echar el aceite de girasol, la ralladura de un limón y la levadura. Batir todo. Untar los recipientes de mantequilla y preparar el horno a 175°. Echar lo batido en el recipiente y meterlo al horno, durante 30 minutos.

12.- CARDO CON BECHAMEL
INGREDIENTES
 1kg de cardo limpio, 100gr de almendra, ¼ de leche, 50gr de harina, taza de aceite y 3 ajos.
LABORACIÓN
 Cocer el cardo 45 minutos y escurrir. La salsa la hacemos friendo los ajos en la sartén y añadir la leche caliente, hasta conseguir la bechamel. Añadir la almendra picada y mezclar con el cardo.

13.- CHAMPIÑONES RELLENOS
INGREDIENTES
 24 champiñones, 1 lenguado, puré, 4 cucharadas de tomate, 2 cucharadas de miga de pan, perejil, bechamel, queso rallado, mantequilla, sal y pimienta blanca molida.
LABORACIÓN
 Se escogen unos champiñones del mismo tamaño, se lavan y se cortan para que queden planos. Se colocan en una fuente untada de mantequilla. Se sacan los filetes del lenguado y se hace una pasta fina machacándolos en el mortero, se mezcla con la miga de pan, el puré de tomate, sal, pimienta y con besamel. La besamel debe estar hecha de antemano y muy espesa. Una vez preparado se pone un poco en cada champiñón se espolvorea con queso rallado y perejil y se pone la mantequilla. Se meten al horno durante 15 o 20 minutos.

14.- SUSPIROS DE BACALAO
INGREDIENTES
 400gr de bacalao, 2 cebollas, 3 huevos, ajo y pan rallado.
LABORACIÓN
 Se mete el bacalao en el microondas 8 minutos. Se le añaden las cebollas en la sartén con un poco de aceite, sal y un poco de pimienta, se añade una cucharilla de pan rallado y se deja reposar. Una vez fresca o templada se pasa por el huevo batido y se fríe en la sartén.

15.- MIGAS A LA PASTORA
INGREDIENTES
 Pan, jamón, longaniza, ajo, aceite y pimentón.
LABORACIÓN
 Picar el pan del día anterior y humedecerlo un poco. Poner los ajos en la sartén y añadir el aceite de oliva. Añadir el jamón y la longaniza picada y refrito, añadiremos el pimentón y lo removeremos para que no se coja. Añadiremos el pan y daremos vueltas hasta ver que están todos los dientes mezclados.

16.- BIZCOCHO DE CALABAZA
INGREDIENTES
 250gr de calabaza amarilla, 3 huevos, 250gr de harina, 200gr de azúcar, 70ml de aceite y 1 sobre de levadura.
LABORACIÓN
 Trocear la calabaza sin piel y introduciría 5 minutos en el microondas para que quede blanda. Mezclar todos los ingredientes con la batidora. Ponerlos en un molde para horno previamente engrasado y meter al horno a 180°. Hornear el bizcocho a 180° durante 30 minutos.

17.- ROLLITOS DE TERNERA
INGREDIENTES
 2 lonchas de ternera muy finas, 2 huevos, 2 lonchas jamón dulce, harina para rebozar, 6 de tomates maduros y rallados, aceite, sal, ajo y perejil.
LABORACIÓN
 Se hacen dos tortillas francesas redondas de un huevo cada una con un poco de perejil y ajos finos. Cuando se enfrían se cortan a tiras y se hace lo mismo con el jamón dulce. Se reparten las lonchas de jamón y de tortilla en 8 filetes previamente salados, hacen los rollitos y se sujetan con un palillo, se rebozan y se frien en aceite. Al dorarse se añade tomate y el Jerez. Se tapa la cazuela y que se hagan en 45. Acompañar con arroz y decorar con perejil.

18.- JARRETES A LA PASTORA
INGREDIENTES
 4 jarretes de ternera, 1 cebolla, 1 zanahoria, 1 vaso de vino/coñac, 1 pizza pimienta negra y 1 hoja de laurel.
LABORACIÓN
 Se pica la cebolla, la zanahoria y el ajo. Se fríe bien en la sartén. Se añade los jarretes y se doran. Se añade el vino/coñac y la hoja de laurel. Sal al gusto, junto a la sartén. Se deja guisar a fuego muy lento 1 hora o 1 hora y media. Dejar reposar un poco y se sirve con patatas.

18.- PULPO
INGREDIENTES
 1 pulpo, 1kg de patatas, pimentón dulce, pimentón picante, aceite y sal.
LABORACIÓN
 Se cuece el pulpo y las patatas por separado, se ponen en una bandeja y se colocan encima el pulpo cortado a trozos. Se le echa el aceite y se sirve con patatas. Se le echa el pimentón dulce o el pimentón picante.

Apéndice 29: *Ficha de recogida de Activos de Salud.*

Ficha de recogida de información de RECURSOS comunitarios	
<i>En rosa aparecen aquellos campos relevantes para la localización del recurso. En naranja aparecen aquellos campos cuyo contenido no se hará público, sino que servirá para la recogida y el seguimiento de los recursos. La ficha y sus campos están protegidos y no pueden ser modificados.</i>	
Comunidad Autónoma	Aragón
Provincia	Zaragoza
Municipio	Utebo
Nombre del recurso	Universidad de la Experiencia
Tipo de recurso	1. Recursos de organizaciones
Dirección	Plaza de España, 10
Coordenadas GPS	Situado en el Museo Mariano Mesonada. Horario de atención: 9:00 a 14:00 h. Las clases se desarrollarán, salvo excepciones, en horario de martes a jueves de 18 a 20 horas en Centro Cultural Mariano Mesonada. Inscripción general: 37,85 euros. cursos teóricos específicos sobre temas de actualidad, tanto científicos como culturales, coordinados e impartidos por especialistas y conferencias independientes entre sí sobre temas de actualidad en las más diversas áreas con
Teléfono	976 775 100
Email	cmesonada@ayto-utebo.es
Página web	http://utebo.es/universidad-experiencia
Tipo de titularidad	Ayuntamiento
Titular del recurso	Universidad de la Experiencia de Zaragoza
¿Por qué se ha seleccionado como recurso que mejora la salud?	La Universidad de la Experiencia de Zaragoza convoca 60 plazas en la Subselección de Utebo para su «Programa Básico», organizado en ciclos de tres años de duración.
Breve descripción del recurso y/o servicios que ofrece para mejorar la salud	El horario de atención al público es de lunes a viernes de 9.00 a 14.00 horas. Las clases se desarrollarán, salvo excepciones, en
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> ▶ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Ficha Recogida Info Recurso</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Actividad 01</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Actividad 02</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Activi</div> </div>	

Apéndice 30: Pasaporte.



EMPODERAMIENTO

PASAPORTE PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

+ PARTICIPACIÓN ➔ + SALUD





COMPARTE CON
NOSOTROS
TUS ACTIVOS DE SALUD

CAMINA 150 MINUTOS A LA SEMANA	VISITA LA BIBLIOTECA Y LEE UN LIBRO	PASEA ALGÚN DÍA POR LOS HUMEDALES O EL RÍO	HAZ UNA RECETA SALUDABLE PARA COMER EN FAMILIA	ASISTE A ALGUNA CHARLA EN TU MUNICIPIO	OBSERVA LA NATURALEZA DE TU ENTORNO
COLABORA EN UN VOLUNTARIADO	PARTICIPA EN ALGÚN JUEGO CON OTRAS PERSONAS	HAZ ALGÚN TRABAJO MANUAL	COMPRÁ UNA PLANTA Y CÚDALA CON CARIÑO	ASISTE A ALGÚN EVENTO DEPORTIVO	USA TU MENTE EN JUEGOS DE MESA O DE AZAR
JUEGA A ALGO DIVERTIDO CON ALGÚN FAMILIAR	PRÁCTICA AF EN LOS PARQUES DE MAYORES	MIRA COMO JUEGAN LOS NIÑOS EN EL COLEGIO O PARQUE	HAZ UN VIAJE PLACENTERO Y REALIZA AF	BAILA EN LAS FIESTAS DEL PUEBLO	SONRÍE A LA VIDA TODOS LOS DÍAS CUANDO TE LEVANTES

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 31: *Ficha de seguimiento.*

Teoría del programa			Criterios que se consideran relevantes			
Resultados	Procesos o mecanismos de implementación	Recursos, organización y otros elementos estructurales	Relevancia del resultado	Naturaleza del resultado y alineación con el modelo	Potencial del crecimiento	Viabilidad
Cambios producidos en la intervención	Acciones, decisiones, personas e interacciones que se hacen para producir los cambios. Secuencia, sucesión... es crucial el orden en el que suceden las cosas	Elementos que se necesitan para que los procesos puedan funcionar. Es algo relativamente estable de distintos tipos de recursos para alcanzar los fines/objetivos del proyecto.	¿El resultado, cambio o acción es relevante para los objetivos que se pretenden?	*N1, N2, N3, N4	¿Tiene el área de Deportes) la capacidad interna y recursos para hacer crecer este cambio o acción?	¿Cuál fue el costo del cambio o acción? ¿El cambio o acción provee de suficiente retorno que justifique su crecimiento?

**N1: Fortalecer conocimientos, actitudes, habilidades para mejorar su propia salud (a nivel individual): Poner en marcha herramientas y estrategias que deben de dotar al adulto mayor para que sienta la necesidad de llevar una vida activa y que sienta placer por ello; N2: Fortalecer el trabajo intersectorial a través de alianzas con activos de salud del entorno (apoyo social): Aunar fuerzas para poder trabajar todos los interesados en la calidad de vida del adulto mayor, en la misma línea de trabajo, compartiendo ideas y experiencias. Transferencia, utilidad, cooperación y trabajo en equipo; N3: Desarrollar entornos saludables (pertenencia al grupo, cohesión de grupo): Conseguir que los programas ofrecidos por el área de Deportes promuevan la calidad de vida y sea un proyecto clave del municipio (RAPPS), implicando a los técnicos y directores, y que sientan placer y realización por lo que hacen. Organización/planificación, metodología, novedad, interdisciplinariedad/multicomponente y entusiasmo; N4: Analizar el impacto a nivel individual y global (contexto y agentes) para la sostenibilidad del programa: Ser conscientes de la inversión social que supone la práctica de actividad física y la calidad de vida para las personas y que ésta tenga acceso todo el mundo. Gratis, accesible, holístico y facilidades. Conocer el potencial que tiene el macrosistema, en el desarrollo del contexto.*

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

Apéndice 32: Análisis U de Mann-Whitney.

	T0(n=213)			T1(n=187)			T2(n=157)			T3(n=137)		
	GE(n=120)	GC(n=93)	<i>p</i>	GE(n=107)	GC(n=80)	<i>p</i>	GE(n=87)	GC(n=70)	<i>p</i>	GE(n=73)	GC(n=64)	<i>p</i>
FF	78,12(20,39)	74,29(19,44)	,056	79,39(20,05)	74,56(20,51)	,046*	72,87(20,35)	70,21(18,54)	,212	77,12(19,39)	73,59(20,20)	,209
RF	57,91(35,20)	53,49(34,57)	,340	64,25(32,05)	53,43(35,83)	,037*	55,68(35,10)	50,28(29,35)	,370	57,92(35,00)	51,48(35,89)	,378
DC	70,22(22,63)	67,98(22,16)	,315	72,19(22,37)	68,93(21,78)	,210	69,36(22,84)	65,85(19,01)	,184	70,23(22,47)	68,00(22,29)	,593
SG	64,70(16,09)	61,45(15,02)	,118	65,51(16,86)	62,62(17,13)	,239	60,91(14,63)	60,07(12,35)	,784	64,79(16,08)	60,46(15,85)	,087
VT	72,16(18,46)	69,03(19,97)	,249	71,54(19,55)	72,43(17,89)	,929	69,48(19,79)	67,07(17,78)	,350	71,43(18,38)	68,82(18,46)	,345
FS	91,12(13,90)	89,45(13,77)	,170	91,07(14,56)	88,30(13,87)	,044*	89,07(15,16)	86,81(14,29)	,144	89,85(13,83)	89,06(13,93)	,752
RE	74,30(32,73)	73,02(32,81)	,786	80,99(27,13)	68,47(34,19)	,011*	72,69(34,04)	65,59(36,00)	,191	74,97(33,44)	73,95(34,86)	,932
SM	79,03(15,13)	77,63(17,29)	,787	80,67(15,68)	79,45(16,55)	,710	78,48(15,16)	75,94(15,71)	,341	79,78(15,90)	77,31(16,14)	,294
CSF	63,30(23,16)	59,06(21,79)	,162	65,07(23,71)	60,47(22,23)	,123	59,24(22,10)	56,85(18,97)	,425	62,41(22,04)	57,26(22,37)	,135
CSM	77,86(20,71)	77,03(21,91)	,862	80,37(18,40)	75,96(22,97)	,362	77,55(20,69)	73,51(21,64)	,201	77,86(21,78)	77,94(20,91)	,979
CV	70,89(14,42)	68,81(14,33)	,118	73,78(12,35)	70,01(14,08)	,041*	68,94(14,71)	67,69(09,28)	,266	70,93(13,56)	69,25(14,17)	,382

Nota. * $p < 0,05$.

Apéndice 33: Análisis de Wilcoxon.

GRUPO EXPERIMENTAL						
Dimensiones de la variable	T0-T1		T0-T2		T0-T3	
	Z	p	Z	p	Z	p
FF	-,810	,418	-2,689	,007*	-1,184	,237
RF	-1,575	,115	-,270	,787	-,234	,815
DC	-1,045	,296	-,556	,578	-,131	,896
SG	-,806	,420	-2,044	,041*	-,309	,757
VT	-,090	,928	-1,128	,259	-,119	,905
FS	-,120	,904	-1,041	,298	-,840	,401
RE	-1,112	,266	-,408	,683	-,214	,831
SM	-,869	,385	-,101	,920	-,640	,522
CSF	-1,019	,308	-1,693	,090	-,395	,693
CSM	-,657	,511	-,171	,864	-1,004	,315
CV	-1,823	,068	-1,141	,254	-,184	,854

GRUPO CONTROL						
Dimensiones de la variable	T0-T1		T0-T2		T0-T3	
	Z	p	Z	p	Z	p
FF	-,279	,781	-1,460	,144	-,717	,473
RF	-,354	,724	-,296	,767	-,592	,554
DC	-,652	,514	-,092	,927	-,024	,980
SG	-,038	,970	-,108	,914	-,303	,762
VT	-1,263	,207	-,429	,668	-,495	,620
FS	-,699	,484	-1,287	,198	-,281	,779
RE	-,624	,533	-1,116	,264	-,300	,764
SM	-,693	,488	-,760	,447	-,384	,701
CSF	-,743	,457	-,301	,763	-,856	,392
CSM	-,057	,954	-1,039	,299	-,144	,886
CV	-,763	,446	-,524	,600	-,147	,883

Nota. * $p < 0,05$.

Apéndice 34: Análisis descriptivos y contraste de medias ajustadas por género

T1				
Dimensiones	Masculino M(DE)	Femenino M(DE)	p	95% IC^a
FF	77,33 (2,91)	76,08 (1,18)	,684	1,248 (-4,773 - 7,269)
RF	61,36 (4,50)	56,50 (2,05)	,322	4,859 (-4,779 - 14,497)
DC	73,46 (2,32)	69,48 (1,38)	,128	3,971 (-1,154 - 9,095)
SG	63,17 (2,46)	63,64 (0,89)	,857	-0,473 (-5,619 - 4,673)
VT	74,50 (1,98)	70,15 (1,14)	,052	4,353 (-0,046 - 8,751)
FS	90,47 (1,61)	89,71 (0,79)	,670	0,759 (-2,746 - 4,264)
RE	74,67 (5,89)	73,71 (1,77)	,875	0,963 (-11,097 - 13,024)
SM	80,43 (2,13)	79,07 (0,93)	,554	1,355 (-3,145 - 5,854)
CSF	64,38 (2,90)	61,49 (1,42)	,359	2,891 (-3,293 - 9,076)
CSM	77,80 (3,31)	77,45 (1,19)	,922	0,344 (-6,536 - 7,225)
CV	71,88 (1,82)	70,26 (0,78)	,399	1,625 (-2,161 - 5,411)
T2				
Dimensiones	Masculino M(DE)	Femenino M(DE)	p	95% IC^b
FF	75,92 (1,88)	75,18 (0,99)	,725	0,734 (-3,361 - 4,830)
RF	58,59 (3,43)	56,06 (1,80)	,510	2,522 (-4,988 - 10,033)
DC	73,06 (2,00)	69,18 (1,11)	,089	3,881 (-0,597 - 8,360)
SG	62,67 (2,09)	62,86 (0,73)	,935	-0,183 (-4,579 - 4,213)
VT	73,44 (1,43)	69,81 (0,92)	,031*	3,628 (0,325 - 6,932)
FS	90,06 (1,33)	89,21 (0,74)	,575	0,844 (-2,110 - 3,797)
RE	73,34 (4,19)	72,72 (1,36)	,890	0,613 (-8,103 - 9,329)
SM	80,19 (1,51)	78,37 (0,74)	,277	1,822 (-1,469 - 5,113)
CSF	62,93 (2,15)	60,94 (1,14)	,411	1,992 (-2,768 - 6,753)
CSM	77,77 (2,48)	76,81 (0,91)	,720	0,962 (-4,312 - 6,235)
CV	71,39 (1,10)	69,87 (0,64)	,225	1,522 (-0,937 - 3,981)
T3				
Dimensiones	Masculino M(DE)	Femenino M(DE)	p	95% IC^c
FF	77,40 (1,51)	74,80 (0,88)	,129	2,606 (-0,761 - 5,972)
RF	60,71 (3,18)	55,19 (1,55)	,116	5,519 (-1,363 - 12,402)
DC	71,77 (1,92)	69,05 (0,98)	,206	2,716 (-1,500 - 6,931)
SG	63,73 (1,88)	62,45 (0,67)	,524	1,282 (-2,663 - 5,227)
VT	73,58 (1,30)	69,63 (0,79)	,009**	3,948 (0,975 - 6,921)
FS	90,76 (1,08)	89,17 (0,62)	,197	1,592 (-0,829 - 4,013)
RE	74,74 (3,74)	72,83 (1,29)	,630	1,911 (-5,865 - 9,688)
SM	80,92 (1,43)	78,12 (0,70)	,079	2,802 (-0,326 - 5,931)
CSF	63,66 (2,25)	60,31 (1,00)	,178	3,346 (-1,528 - 8,220)
CSM	78,78 (2,29)	76,94 (0,84)	,458	1,840 (-3,029 - 6,709)
CV	72,36 (1,07)	69,59 (0,58)	,020*	2,779 (0,438 - 5,121)

Nota. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. FF: Función física; RF: Rol físico; DC: Dolor corporal; SG: Salud general; VT: Vitalidad; FS: Función social; RE: Rol emocional; SM: Salud mental; CSF: Componente sumario físico; CSM: Componente sumario mental; CV: Calidad de vida. ^a medias ajustadas entre T0-T1; ^b medias ajustadas entre T0-T2; ^c medias ajustadas entre T0-T3.

Apéndice 35: Análisis descriptivos y contraste de medias ajustadas por edad

T0-T1				
Dimensiones	60-69 M(DE)	70-85 M(DE)	p	95% IC^a
FF	77,84 (1,66)	75,56 (2,20)	,302	2,287 (-2,059 - 6,633)
RF	59,21 (2,90)	58,65 (3,34)	,881	0,564 (-6,827 - 7,954)
DC	70,96 (1,51)	71,98 (2,20)	,689	-1,015 (-5,995 - 3,964)
SG	63,27 (1,48)	63,54 (1,61)	,873	-0,265 (-3,531 - 3,001)
VT	74,05 (1,34)	70,59 (1,76)	,098	3,458 (-0,643 - 7,559)
FS	90,71 (1,06)	89,47 (1,25)	,394	1,238 (-1,613 - 4,090)
RE	75,20 (3,41)	73,17 (3,64)	,553	2,031 (-4,691 - 8,754)
SM	79,47 (1,35)	80,03 (1,54)	,738	-0,564 (-3,882 - 2,753)
CSF	63,21 (1,78)	62,65 (2,40)	,831	0,563 (-4,607 - 5,732)
CSM	78,48 (1,98)	76,78 (2,20)	,449	1,700 (-2,709 - 6,110)
CV	72,14 (1,08)	70,00 (1,39)	,138	2,144 (-0,693 - 4,982)
T0-T2				
Dimensiones	60-69 M(DE)	70-85 M(DE)	p	95% IC^b
FF	75,29 (1,19)	75,81 (1,62)	,777	-0,515 (-4,094 - 3,063)
RF	56,25 (2,31)	58,40 (2,78)	,512	-2,144 (-8,555 - 4,268)
DC	69,70 (1,40)	72,54 (1,66)	,164	-2,840 (-6,839 - 1,160)
SG	62,30 (1,27)	63,23 (1,32)	,497	-0,933 (-3,627 - 1,761)
VT	72,05 (1,04)	71,20 (1,34)	,611	0,848 (-2,426 - 4,122)
FS	89,96 (0,90)	89,31 (1,13)	,629	0,652 (-1,998 - 3,303)
RE	72,96 (2,57)	73,10 (2,48)	,954	-0,146 (-5,152 - 4,859)
SM	79,28 (1,02)	79,27 (1,14)	,996	0,007 (-2,636 - 2,650)
CSF	60,90 (1,45)	62,96 (1,76)	,328	-2,059 (-6,188 - 2,070)
CSM	77,96 (1,60)	76,62 (1,49)	,423	1,343 (-1,949 - 4,634)
CV	70,79 (0,77)	70,47 (0,95)	,783	0,320 (-1,962 - 2,603)
T0-T3				
Dimensiones	60-69 M(DE)	70-85 M(DE)	p	95% IC^c
FF	76,39 (1,00)	75,82 (1,37)	,722	0,571 (-2,581 - 3,723)
RF	57,39 (2,12)	58,52 (2,42)	,687	-1,136 (-6,674 - 4,402)
DC	69,78 (1,28)	71,05 (1,52)	,483	-1,257 (-4,774 - 2,261)
SG	63,25 (1,13)	62,93 (1,22)	,798	0,327 (-2,180 - 2,833)
VT	72,27 (0,94)	70,95 (1,13)	,355	1,318 (-1,480 - 4,115)
FS	90,17 (0,73)	89,77 (0,95)	,724	0,400 (-1,827 - 2,628)
RE	73,69 (2,26)	73,88 (2,37)	,939	-0,187 (-4,949 - 4,575)
SM	79,87 (0,96)	79,16 (1,07)	,578	0,709 (-1,795 - 3,213)
CSF	61,72 (1,48)	62,25 (1,57)	,775	-0,527 (-4,154 - 3,099)
CSM	78,28 (1,46)	77,44 (1,41)	,592	0,840 (-2,237 - 3,918)
CV	71,48 (0,72)	70,47 (0,89)	,338	1,004 (-1,053 - 3,062)

Nota. FF: Función física; RF: Rol físico; DC: Dolor corporal; SG: Salud general; VT: Vitalidad; FS: Función social; RE: Rol emocional; SM: Salud mental; CSF: Componente sumario físico; CSM: Componente sumario mental; CV: Calidad de vida. ^amedias ajustadas entre T0-T1; ^bmedias ajustadas entre T0-T2; ^cmedias ajustadas entre T0-T3.

Apéndice 36: *Guía de seguimiento para los técnicos deportivos.***Índice**

- 1. Introducción**
- 2. Marco conceptual**
- 3. Objetivos y definición del programa**
- 4. Áreas de intervención o enriquecimiento**
- 5. Elementos organizativos**
- 6. Evaluación y seguimiento**

Anexo I: Informe de la evaluación diagnóstica

Anexo II: Cronología de las actuaciones realizadas dentro del programa, curso 17-18.

1. INTRODUCCIÓN

Un gran número de estudios han abordado los efectos de la actividad física en los adultos mayores, bien como reducción de la mortalidad como mejora funcional, física y/o psicosocial, como aumento del estado de ánimo y la autoestima, y como disminución de la depresión, la ansiedad y el estrés de la vida cotidiana, e incluso como **mejora de la calidad de vida**.

Los programas de actividad física que ayudan a mejorar algunas de estas variables contienen una variedad de actividades grupales en el contexto de la comunidad y actividad física en el hogar. La mayoría de los programas son multicomponente e incluían varias combinaciones o tipos de actividad física, por ejemplo, entrenamiento de equilibrio de intensidad moderada, fuerza, resistencia, marcha y función física, así como actividades recreativas (por ejemplo, baile, deportes, ciclismo, jardinería, yoga, tai-chi).

En esta línea, desde el convenio entre Universidad y el área de Deportes de Utebo se planteó la necesidad de diseñar y ofertar un programa distinto al existente hasta este momento en Aragón, y más concretamente en Utebo (Zaragoza), en la programación de actividades deportivas municipales para adultos mayores. Así, debido a las tendencias demográficas presentes, y la amplia evidencia existente de que la actividad física regular es clave para la prevención de enfermedades crónicas, y la mejora de la calidad de vida (mantenimiento del estado funcional y la salud física, la independencia en el envejecimiento, etc.), se inicia el proceso de diseño, planificación, implementación, evaluación y seguimiento de un programa de enriquecimiento para la mejora de la calidad de vida, como respuesta inmediata para los 120 adultos mayores inscritos en el programa de actividades deportivas del área de Deportes de Utebo.

Los primeros pasos en la elaboración del programa ya se empezaron a llevar a cabo en el curso 2016-2017, coincidiendo con la recta final del programa (junio 2017) que se quería enriquecer y diseñando el proceso de evaluación diagnóstica (ver anexo I) que se realizaría durante el curso 2017-2018 (septiembre 2017). Al reconocer la importancia de la diversidad en la comprensión del desarrollo humano, se planteó la necesidad de utilizar métodos cualitativos y cuantitativos dentro de la evaluación diagnóstica inicial. Para este proceso, inicialmente, el equipo de trabajo que impartía el programa, recibió una formación en aspectos relativos a envejecimiento activo, educación del ocio en el adulto mayor, teoría de la actividad, teoría de la desvinculación, ocio basado en proyectos, compromiso e implicación de los adultos (activos, protagonistas, agentes de cambio), intervención socioeducativa

(concepto de participación, implicaciones a nivel individual, implicaciones a nivel comunitario), retos o desafíos, empoderamiento, creatividad en promoción de la salud, modelo de activos de salud, modelo social-ecológico, etc. Al mismo tiempo, se tuvieron en cuenta, como referencia para el enriquecimiento del programa, tanto las aportaciones de los técnicos, responsables o directivos del área de Deportes, como otros programas de intervención ya consolidados, significativos y próximos a las intenciones y finalidad del que se quería implantar en Utebo.

El nuevo planteamiento del programa enriquecido comienza con la elaboración de un marco renovado de todo el programa, y la optimización de los recursos necesarios para su implementación, evaluación y mantenimiento, mejorando la coordinación intersectorial a través de alianzas/partnerships (activos de salud del entorno), al estar más cerca de la comunidad, y por ende de sus responsables en promoción de la salud propios de su contexto. No obstante, dentro de la coherencia de un programa único, esta situación permite adaptar el desarrollo del actual programa a las características propias de cada contexto.

2. MODELO CONCEPTUAL

Dentro del ámbito de estudio relativo a la calidad de vida de los adultos mayores, actualmente se utilizan términos como bienestar subjetivo, satisfacción con la vida, bienestar mental o psicológico. Pero algunos autores, van más allá, y consideran la calidad de vida un concepto multidimensionalidad con factores personales tales como: salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio y satisfacción, y factores socioambientales tales como: apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y seguridad social, calidad del ambiente y aspectos culturales.

A partir de esta situación, el programa de enriquecimiento para adultos mayores se fundamenta en los siguientes modelos teóricos de referencia:

2.1. Modelo o perspectiva bio-ecológica de Bronfenbrenner:

Proporciona un enfoque conceptual comprensivo y dinámico para comprender el desarrollo humano. Esta orientación conceptual enfatiza el rol de los procesos de interacción recíproca entre las características de la persona y el contexto natural de la acción humana. Desde la formulación inicial de la teoría de sistemas ecológicos (1970), y mediante la introducción sucesiva de elementos conceptuales, Bronfenbrenner ha presentado un modelo teórico de desarrollo humano que implica cuatro componentes principales y las relaciones dinámicas entre ellos. Una de las características más originales del marco ecológico de

Bronfenbrenner es la conceptualización del entorno como *una jerarquía de estructuras anidadas que se mueven* desde el sistema más proximal (microsistema) hasta el más distal o remoto (macrosistema).

COMPONENTES	DESCRIPCIÓN
MICROSISTEMA	<p>Un microsistema se define como un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales experimentado por la persona que se desarrolla en una relación cara a cara con características físicas, sociales y simbólicas particulares. Dependiendo de sus características, éstas pueden facilitar o inhibir la participación de la persona en procesos progresivamente más complejos de interacción con el entorno inmediato. De ahí la importancia de examinar la influencia de las características del entorno inmediato, y en particular, las de otras personas significativas en la vida de la persona; sobre el crecimiento personal de la persona en desarrollo. Dependiendo de su contenido dinámico, los sistemas de creencias de éstos “otros” pueden funcionar como promotores/inspiradores y mantenedores de la interacción recíproca con la persona en desarrollo.</p>
MESOSISTEMA	<p>Un mesosistema comprende las relaciones que existen entre dos o más configuraciones; en otras palabras, un mesosistema es un sistema de dos o más microsistemas. En nuestro caso, por ejemplo, para un adulto mayor, podría ser la relación entre su familia y el entorno próximo/activos relacionados con la salud.</p>
EXOSISTEMA	<p>Un exosistema comprende las relaciones y procesos que tienen lugar entre dos o más configuraciones, donde al menos una de las cuales no contiene a la persona en desarrollo, pero en la que ocurren eventos que indirectamente influyen en los procesos dentro del entorno inmediato que contiene la persona en desarrollo (para un adulto mayor, la relación entre la familia y el lugar donde vive y la oferta deportiva o de otro tipo del municipio).</p>
MACROSISTEMA	<p>El macrosistema consiste en el patrón general de las características de micro, meso y exosistema de una determinada cultura, subcultura u otro contexto social más amplio (clase social, etnia, región (rural-urbano), etc).</p> <p>Es importante saber que los patrones de creencia y comportamiento característicos del macrosistema se transmiten de una generación a otra a través de procesos de la socialización llevada a cabo por diversas instituciones: familia, colegios, pueblos, políticos, sociedad, etc.</p>

Cuando se consideran cuestiones de influencia contextual dentro de una perspectiva ecológica, es importante señalar que lo que constituye un micro, meso, exo o macrosistema depende, en última instancia, de su relación inmediata con el individuo. Estas experiencias alteran la relación existente entre la persona y el entorno, creando así una dinámica que puede provocar el cambio del desarrollo.

El modelo bio-ecológico plantea que, para ser efectivo, los procesos proximales deben ocurrir "de manera bastante regular". Asimismo, establece que la forma, dirección y potencia de los procesos proximales que afectan el desarrollo varían en función de los periodos de tiempo en los que tienen lugar estos procesos

El concepto de proceso no solo desempeña un papel clave en este modelo bio-ecológico, sino que deriva su significado de su relación funcional tanto con el entorno como con las características de la persona. En esta línea, Bronfenbrenner y Morris (1998) sugirieron, que es necesario realizar estudios en los que las características de la persona no solo sean tratadas como suficientes para sí mismas sino también porque afectan los procesos proximales y sus resultados de desarrollo. Además, y dado que el potencial de las características de las personas que afectan el desarrollo puede ir más allá de cualidades particulares mencionadas anteriormente, los investigadores deben esforzarse por identificar pretensiones adicionales de las cualidades de las personas relevantes para el proceso.

También, los investigadores deberían preocuparse por examinar no solo el efecto de desarrollo de los procesos proximales, sino también los contextos reales en los que ocurren dichos procesos. Como ya se ha mencionado, dichos contextos pueden abarcar dimensiones micro-, meso-, exo- y macro-, a lo largo de las cuales se llevan a cabo sus relaciones dinámicas.

Finalmente, desde esta perspectiva o modelo bio-ecológico se plantea que los estudios que no incluyan variables que representen todos los elementos o componentes de este modelo en un diseño completo de proceso-persona-contexto-tiempo todavía no hacen una contribución significativa a la ciencia del desarrollo de la persona.

2.2. Modelo de activos de salud (Morgan y Zilgio, 2007):

Es un modelo basado principalmente en la Teoría de la Salutogénesis que el médico y sociólogo Aaron Antonovsky desarrolló en las últimas décadas del siglo XX. Se basa fundamentalmente en cuatro grandes premisas: 1) considerar a la población como responsable de su propia salud; 2) conocer a dicha población y sus determinantes sociales de salud; 3) mantener una orientación hacia la salud y no únicamente hacia la enfermedad; y 4) facilitar el empoderamiento basado en las fortalezas y capacidades personales y colectivas de la población. Este modelo se centra en conocer las fortalezas de la comunidad, en contraposición con el modelo de déficits que se basa en dar soluciones a un determinado problema.

Se define “activo de salud” como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar. Serían pues activos de salud las personas, las asociaciones, las instituciones, la infraestructura y el espacio físico, la economía y la cultura local y cualquier otro factor o recurso que contribuya a potenciar y fomentar la salud dentro de la población. Como se puede observar, el Modelo de Activos de Salud cede el protagonismo a la población y la capacidad que ésta tiene para crear un entorno saludable que mejore la calidad de vida de las personas. Un aspecto fundamental en este modelo es identificar aquellos factores o recursos que están presentes en el entorno de una determinada población y que ayudan a esa al mantenimiento de unas condiciones de vida saludables y de bienestar.

Dentro de las etapas para planificar actuaciones basadas en identificar y dinamizar activos para la salud, se proponen seis fases:

1. Preparación y contextualización.
2. Recogida de la información: identificación de activos.
3. Análisis, interpretación y presentación de la información recogida.
4. Difusión de los activos para la salud.
5. Conexiones y dinamización de los activos.
6. Evaluación

Las dos últimas: conexiones y dinamización de los activos (generar propuestas de acción que den respuesta a las necesidades en salud), y evaluación (del proceso y de las actuaciones generadas en la dinamización de activos que se hayan llevado a cabo) son sobre las que se plantea el trabajo de nuestro programa enriquecido, ya que las cuatro anteriores, fueron ya realizadas en el contexto sobre el que se quería intervenir.

Nuestra intención al plantear este marco conceptual ha sido ilustrar cómo el paradigma bio-ecológico de Bronfenbrenner y el modelo de activos pueden cumplir una función importante en la calidad de vida del adulto mayor con un enfoque de desarrollo y salud positiva.

3. OBJETIVOS Y DEFINICIÓN DEL PROGRAMA

El objetivo principal es el diseñar, aplicar, evaluar y hacer un seguimiento de un programa de enriquecimiento que proporciona al adulto mayor oportunidades para la mejora de la calidad de vida, a través de la promoción de actividad física saludable, dentro y fuera del horario habitual del programa de actividades deportivas, complementando dicho programa

(lunes a viernes de 10:30 a 11:30 h) con otras actividades, tareas, colaboraciones, trabajos cooperativos, retos relacionados con la actividad física, el envejecimiento activo y la utilización de recursos o activos de salud para incentivar sus implicaciones individuales y en la comunidad.

El enfoque actual del programa de enriquecimiento tiene como punto de partida un plan de trabajo diferente que presenta importantes desafíos, los cuales tienen implicaciones personales y de otros agentes claves. Su puesta en marcha requiere ajustar la finalidad, los conceptos metodológicos e incorporar nuevas acciones o retos en la nueva organización. En definitiva, el programa exigía un nuevo diseño que dio lugar a la actual denominación: programa de enriquecimiento para la calidad de vida: “Ser Mayor, RETA”.

A partir de los datos de la evaluación diagnóstica y las directrices de actividad física 2008, se plantea la importancia y el impacto de la actividad física para prevenir o retrasar la aparición de limitaciones funcionales y/o de funciones sustanciales en adultos mayores sin tales limitaciones. El informe del Comité Asesor sobre las directrices de actividad física también abordó la relación entre la actividad física y las mejoras en la capacidad funcional en adultos mayores con leves, moderados o severas limitaciones funcionales; así como el papel de la actividad física en la reducción de la incidencia de caídas y lesiones relacionadas con caídas.

Desde el Informe Científico 2008, ha surgido evidencia considerable sobre los beneficios relativos de varios modos o combinaciones de actividad física (por ejemplo, entrenamiento de resistencia progresivo, entrenamiento de doble tarea, tai chi, yoga, danza) para resultados específicos en la función física (por ejemplo, función de la fuerza, velocidad de la marcha, equilibrio, actividades de la vida diaria).

El término “multicomponente” se refiere a las intervenciones de actividad física que incluyen más de un tipo (o modo) de actividad física, con tipos comunes de aeróbicos, fortalecimiento muscular y entrenamiento de equilibrio. Esta idea ya se consideró en el programa inicial, a través de una temporalización semanal de diversidad de modos o tipos de actividad física.

De esta forma se considera, en el programa enriquecido, la promoción de la actividad física como:

- Propuesta de enriquecimiento y no sustitutiva al planteamiento que tiene el programa oficial de Deportes.
- Adecuada a las características del adulto mayor.

- Retos con diversidad de tipos (o modos) de actividad física: multicomponente.
- Centrado en los procesos de mejora.
- Con enfoques metodológicos multicomponente (otros agentes).
- Como potenciador de una actitud lúdica y positiva hacia la vida.
- Con el apoyo de materiales o recursos didácticos adaptados.
- Con una infraestructura adecuada y adaptada que permita el desarrollo del programa.

Este planteamiento de utilizar la promoción de la actividad física saludable, para la mejora de la calidad de vida, debería permitir a los adultos mayores:

- conocer y trabajar con una metodología abierta al trabajo en equipo y a la creatividad, en la promoción de la actividad física.
- fomentar las relaciones sociales y pertenencia a un grupo con compañeros de características similares.
- cambiar actitudes para favorecer nuevos hábitos de vida o nuevas situaciones de mejora de la calidad de vida.
- atribuir significado a lo que se debe aprender a partir de lo que se conoce (principio de aprendizaje significativo). Pero el aprendizaje significativo no se produce al azar, sino que su aparición requiere la confluencia de ciertas condiciones: contenidos coherentes, claros e interesantes; que el adulto mayor tenga conocimientos previos pertinentes que les permitan abordar el nuevo aprendizaje/hábito/situación; una actitud favorable a la adquisición de los nuevos aprendizajes y por ello el adulto mayor debe estar suficientemente motivado.

Generar la motivación o mantenerla no es fácil, aunque sí es imprescindible para el programa enriquecido, tanto por parte de los adultos mayores, como de los profesionales de la actividad física. Por ello, dentro de la aplicación del programa se ha necesitado dar a conocer la explicación de las teorías motivacionales. A partir de nuestros modelos teóricos y las características de nuestro grupo de intervención nos hemos decantado por la Teoría de la Autodeterminación. Esta teoría constituye un modelo explicativo de la motivación humana que ha sido aplicado a diversos ámbitos, entre ellos, la actividad físico-deportiva. Y determina en qué medida las personas se involucran o no libremente en la realización de sus actividades, teniendo en cuenta una serie de mecanismos psicológicos reguladores de la conducta, y buscando en la medida de lo posible una mayor orientación hacia la motivación autodeterminada. Los estudios muestran que dicha motivación autodeterminada está altamente relacionada con la motivación intrínseca.

Así mismo, además de la teoría citada se tienen en cuenta algunas estrategias, utilizadas en el ambiente de aprendizaje de la Educación Física escolar, que pueden ayudar a tomar decisiones a los profesionales de la actividad física para el desarrollo de un estilo motivacional óptimo.

Estrategias básicas adaptadas para en el ámbito de las actividades deportivas	
Estrategias para transmisión de climas motivacionales tarea y el desarrollo de la motivación auto-determinada del practicante.	-Conocer las teorías motivacionales y las implicaciones para el alumnado, a partir de la actuación del profesional de la actividad física.
Estrategias para el diseño de las tareas	-Informar sobre los objetivos a conseguir a diferentes niveles. -Diseñar prácticas variadas en el programa de enseñanza -Diseñar sesiones basadas en la variedad -Diseñar tareas orientadas al proceso y que promuevan el reto -Estructurar la información en las tareas
Estrategias para desarrollar la percepción de competencia motriz	-Focalizar la información en los elementos controlables por el alumnado. Reglas de acción y la implicación cognitiva. -Desarrollar experiencias de “éxito controlado y fracaso controlado” -Establecer diferentes niveles de práctica -Mejorar el nivel de aprendizaje a través de la práctica -Dedicar por contenido o tipo de práctica un número de sesiones
Estrategias para desarrollar las competencias emocionales	-Desarrollar una conciencia emocional -Fomentar la regulación emocional -Impulsar la autonomía emocional -Estimular la competencia social -Promover habilidades para la vida y el bienestar
Estrategias para fomentar la implicación participativa del alumnado	-Implicar a los participantes en diferentes tipos de liderazgo asumiendo diferentes roles a lo largo del proceso -Dar posibilidad de elección de tareas durante los diferentes contenidos y tipos de práctica -Combinar diferentes modelos de enseñanza durante el proceso de enseñanza-aprendizaje -Ayudar a los participantes a utilizar técnicas de auto-control y auto-dirección
Estrategias para promover el reconocimiento en el practicante	-Reconocer el progreso individual y de la mejora (atención, perseverancia, etc.) -Utilizar recompensas antes que castigos -Centrarse en el auto-valor de cada participante -Asegurar las mismas oportunidades para la obtención de recompensas
Estrategias organizativas del grupo de practicantes	-Posibilitar diferentes formas de agrupamiento -Hacer agrupaciones flexibles y heterogéneas
Estrategias de evaluación centradas en el proceso	-Utilizar criterios relativos al progreso personal y al dominio de la tarea -Diseñar evaluaciones diagnósticas que permitan al alumnado establecer necesidades de aprendizaje concretas -Implicar al participante en su evaluación -Utilizar evaluaciones privadas y significativas
Estrategias para el aprovechamiento del tiempo de práctica	-Establecer reglas y rutinas con el grupo-clase -Posibilitar oportunidades y tiempo para el progreso -Ayudar a los practicantes a programar la práctica -Adaptar el tiempo de práctica según la edad y las características de los participantes
Estrategias para generar responsabilidad, relaciones y ayudas entre los participantes	-Fomentar las relaciones sociales entre los participantes -Desarrollar la responsabilidad social -Reforzar la búsqueda de ayuda -Cuidar los mensajes hacia el grupo

Diseño, implementación y seguimiento de un programa enriquecido en la promoción de la actividad física mediante el uso de activos de salud para la mejora de la calidad de vida en adultos mayores.

4. ÁREAS DE INTERVENCIÓN O DE ENRIQUECIMIENTO DEL PROGRAMA

En la figura 1 se muestran las áreas o componentes que han enriquecido el programa, utilizándose como canales de intervención. Su función principal era la de diseñar estrategias para desarrollar habilidades de comportamiento o habilidades para la vida, crear más oportunidades para la mejora de la calidad de vida en el entorno deportivo de Utebo y mejorar la formación de los agentes y actores sobre la temática de estudio.



Figura 1.

5. ELEMENTOS ORGANIZATIVOS

Un paso siguiente a los anteriores fue contemplar las necesidades para la puesta en marcha del nuevo programa enriquecido, que fueron principalmente:

5.1. Con respecto a los participantes: participación final, agrupaciones, etc.

5.2. Con respecto a los profesionales de actividad física encargados de llevar a cabo el programa enriquecido: dejar claro el perfil concreto que debería tener o indicaciones de cara a poner en marcha el programa enriquecido: saber entender las peculiaridades del adulto mayor, saber dar respuestas flexibles, tener capacidad para comunicarse de manera adecuada, ser capaz de adaptar las actividades a los posibles retos o motivaciones de los adultos mayores, etc.

5.3. Con respecto a los espacios: para el desarrollo de las sesiones del programa se debía disponer de espacios que permitieran la práctica de actividad física con un grupo aproximadamente de 50 personas, que fueran de fácil acceso y que estuvieran bien comunicados, y facilitasen todo aquello necesario para alcanzar los objetivos del programa.

Por determinación de Deportes, las sedes del programa han sido los pabellones polideportivos de Utebo y el Barrio de Malpica (Utebo), aunque también se han realizado actividades en espacios como: tatami, salas, caminos rurales, parques de mayores, parques anexos, etc.

5.4. Con respecto a la periodicidad del programa: para determinar la distribución de las sesiones de trabajo con los adultos mayores se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Mantener su calendario de actividades programadas por Deportes.
- Disponer de un tiempo de dedicación adicional, una vez al mes aproximadamente, para realizar el reto mensual, dependiendo del tipo de reto se salía fuera del horario o del día habitual de actividades programadas.

Era difícil establecer un calendario fijo de desarrollo de actividades, acciones, retos; ya que dependía de lo que se iba creando con los protagonistas del programa, los adultos mayores. Recordamos que es un programa dinámico, fluido, fácil de usar, gestionable, gradual/progresivo (dentro y entre secciones), integral (por ejemplo, oportunidades para el liderazgo), agradable.

5.5. Con respecto al seguimiento del programa: como toda colaboración, ésta lleva relaciona una evaluación y seguimiento continuo del desarrollo del programa. Por parte del investigador, responsable de Deportes y responsable de la Universidad, más profesionales de la actividad física se realizaban reuniones mensuales y en algunos meses dependiendo de las necesidades del programa que se iban generando, para revisar y analizar los diferentes resultados, acciones, dificultades que iban surgiendo con el desarrollo de este programa enriquecido. Al mismo tiempo, el investigador, responsable de Deportes y de Universidad, participaban mensualmente en una reunión con la mesa de Agentes del municipio presentando el desarrollo y seguimiento del programa a los responsables de la promoción de la salud de la comunidad.

6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Además de la evaluación final que se realizó al final del curso (junio 2018), después de 10 meses de implementación del programa enriquecido, se pretende continuar con una evaluación del seguimiento, para determinar los efectos de este programa enriquecido en la mejora de la calidad de vida, un año después de su diseño y puesta en marcha; además de seguir empoderando a los profesionales de la actividad física (técnicos), para ver como ellos se apropian del programa y se consigue un co-diseño, intentando hacerles protagonistas.

Por lo tanto, esta propuesta de evaluación del seguimiento encaja perfectamente con una de las necesidades para la investigación futura planteada en el Informe de los resultados. Ya que actualmente existen pocas pruebas de cómo las mejoras después de una intervención de actividad física, se traducen en una mejora de la calidad de vida y en las actividades de la vida diaria y en la participación social, especialmente después de que finaliza el periodo de intervención formal. Este conocimiento proporcionará información importante sobre cómo las mejoras pueden contribuir y sostener ciertos aspectos conductuales del envejecimiento saludable y la calidad de vida (como el autocuidado, la independencia, el compromiso social).

La evaluación de seguimiento del programa enriquecido (en su 2º año), no sólo quiere medir el impacto a nivel individual de los participantes, el impacto de la apropiación del programa por parte del área de Deportes, sino también el posible impacto social que puede tener este tipo de programas enriquecidos en la comunidad de Utebo (aumento en el número de inscripciones, visibilidad, importancia, apoyo político, colaboración con nuevos activos, reconocimiento RAPPs, etc.).

El objetivo con el seguimiento es medir el progreso en cada una de las áreas clave del marco de referencia (micro-, meso-, exo-, y macrosistema). Los cinco criterios que se consideran relevantes en la construcción del marco son: resultados o acciones de intervención, naturaleza de la acción, alineación con el modelo de referencia y la variable de estudio, potencial del crecimiento, viabilidad.

CRITERIO	EJEMPLOS DE PREGUNTAS PARA EVALUARLO
Resultados o acciones de intervención	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Las acciones son relevantes para las...? - ¿Muestra la acción suficiente impacto en los objetivos que se pretenden? - ¿Es probable que la acción tenga un impacto semejante al aplicarse en entornos/ambientes diferentes?
Naturaleza de la acción	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué clasificación de acción le corresponde? - ¿Existe una justificación basada en investigación teórica que indique que esta acción o resultado funcionará? - ¿Existe algún riesgo asociado con esta acción o resultado? (ético, de alcance o de reputación)
Alineación con el modelo de referencia y la variable de estudio (calidad de vida)	<ul style="list-style-type: none"> - ¿La acción se alinea con ...? - ¿La acción aporta una mejora de la calidad de vida en el contexto de estudio? - ¿La acción promueve la cultura interna... y la intersectorialidad?
Potencial del crecimiento	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene la institución (área de Deportes) la capacidad interna y recursos para hacer crecer esta acción? - ¿Cómo se integra la acción con los procesos, sistemas o infraestructura que ya tiene la institución? - ¿Hay otras personas o agentes que puedan adoptar la acción?
Viabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál fue el costo de la acción? - ¿La acción provee de suficiente retorno que justifique su crecimiento?

La justificación de la decisión lleva al equipo a asignar un color para cada uno de los criterios (escala de colores: rojo, ambar/rojo, ambar/verde y verde). Uno de los objetivos de esta propuesta no es sólo la asignación de rangos de color, sino el proporcionar retroalimentación y sugerir acciones que puedan ser de ayuda. La escala de evaluación está planeada como una escala de cuatro colores que representan el avance del proyecto al momento de ser evaluado.

- Rojo: indica que la acción o resultados contiene pocos o ningún inconveniente para ser implementada.
- Ámbar/rojo: indica que la acción o resultado contiene varios atributos positivos, sin embargo, sigue habiendo algunas situaciones menores que deben solucionarse.
- Ámbar/verde: indica que existen algunos atributos positivos, sin embargo, hay cuestiones importantes que deben ser abordadas en un criterio determinado.
- Verde: indica que la acción o resultado requiere un revisión importante y urgente en un criterio determinado debido a que no cumple con el criterio.

La metodología que se emplea para la evaluación del seguimiento es cualitativa y se basa en la discusión colaborativa de las evidencias que los profesionales de la actividad física (técnicos) presentan; a través de ciclos recurrentes de evaluación, con fichas de seguimiento cada 6 semanas o dos meses realizadas por los profesionales de la actividad física, más reuniones de puesta en común o entrevistas en profundidad para conocer los aprendizajes ocurridos y aquellas acciones que han sido capaces de hacer y dificultades encontradas.

Anexos: se adjuntaron dos anexos con los resultados de la evaluación diagnóstica y la cronología de las actuaciones del primer año.

