

Voluntariado y envejecimiento activo

Elena Giménez Pérez

Universidad de Zaragoza. Campus de Teruel

Grado en Psicología

Índice

Introducción	3
Hipótesis y objetivos	5
Método	6
Participantes	6
Instrumentos	6
Procedimiento.....	8
Análisis estadístico	8
Resultados	9
Discusión.....	11
Referencias	14
Anexos.....	17

Introducción

Debido a una mayor esperanza de vida y a la disminución de la tasa de natalidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando rápidamente en los países desarrollados (Giró Miranda, 2006). A escala mundial, el porcentaje de personas mayores de 60 años aumentó del 9 % en 1994 al 12 % en 2014, y se espera que alcance el 21 % en 2050 (Naciones Unidas, 2013). El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud y el desarrollo socioeconómico, pero también será un reto conseguir una demora en la aparición de enfermedades crónicas y aumentar el número de años vividos sin discapacidad (Botella, 2005). El proceso de envejecimiento puede considerarse en términos de deterioro de la persona, como un aspecto negativo. Pero también, actualmente se está desarrollando la concepción de envejecimiento como un proceso de evolución, crecimiento y desarrollo basado en la experiencia (Franco Módenes y Sánchez Cabaco, 2008).

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen (Kalache, 2007). Para ello, es necesario apoyarse en el desarrollo de hábitos de vida saludable, físicos y mentales, la formación a través del reconocimiento de capacidades y competencias, la promoción de la igualdad de oportunidades, el fomento de la autoestima y la participación de las personas mayores en la sociedad, desde su experiencia, formación, valores, incidiendo en el papel de la familia y la comunidad.

Es por todo esto que el envejecimiento no depende sólo de la salud física. La «paradoja de la discapacidad» (Muñoz Cobos y Espinosa Almendro, 2008) señala una satisfacción con la vida a pesar de las limitaciones físicas. Se ha encontrado que las emociones positivas pueden proteger a los ancianos frente a las adversidades relacionadas con la salud (Penninx, Guralnik, Bandeen-Roche, Kasper, Simonsick, Ferrucci y Fried, 2000). Factores importantes son, según Muñoz Cobos y Espinosa Almendro (2008): “el optimismo, el sentido de coherencia, el compromiso con la vida, los estilos de afrontamiento, los acontecimientos vitales negativos, con especial importancia del duelo y el desarrollo de enfermedades, y la autoeficacia”. Fernández-Ballesteros (2008) afirma que: “los cuatro criterios aceptados para identificar el envejecimiento activo son: estilos de vida y funcionamiento físico, funcionamiento cognitivo, funcionamiento afectivo y afrontamiento, y funcionamiento

social y participación”. No obstante, otras revisiones (Peel, McClure y Bartlett (2005); Depp y Jeste (2006)) hablan de criterios diferentes.

Recientes investigaciones (Ahlskog, Geda, Graff-Radford, y Petersen, 2011) demuestran que las intervenciones que se centran en la participación en actividades físicas y sociales pueden ayudar en la prevención y tratamiento de problemas de salud física y mental. Además, existe alguna evidencia de que la participación en actividades de voluntariado puede proporcionar resultados sociales, físicos, psicológicos y cognitivos beneficiosos para las personas mayores, ayudando a mantener y posiblemente mejorar la calidad de vida de algunos de los adultos mayores (Cattan, Hogg y Hardil, 2011). No obstante, los estudios realizados hasta el momento sobre envejecimiento activo y voluntariado aportan información limitada sobre estas actividades, lo que limita los análisis más detallados (von Bonsdorff y Rantanen, 2011).

El presente estudio pretende comparar los efectos de distintas tareas de voluntariado en ONG´s en varios aspectos del envejecimiento activo.

Hipótesis y objetivos

Las hipótesis que quieren comprobarse mediante esta investigación son:

1. Los adultos mayores de 65 años participantes en alguna labor de voluntariado obtendrán mejores puntuaciones en los diversos cuestionarios relacionados con las facetas del envejecimiento activo.
2. Los diferentes roles adoptados por los voluntarios influirán en los posibles beneficios que estas tareas aportan, siendo el voluntariado social más ventajoso para el envejecimiento activo.
3. Variables como sexo, nivel de estudios, estado civil y edad influirán en la relación entre envejecimiento activo y voluntariado.

Por esto, los objetivos del estudio son:

1. Valorar las puntuaciones de distintos grupos de voluntarios en actividad física, funcionamiento cognitivo, autoeficacia y apoyo social.
2. Comparar estos resultados con otro grupo de participantes que no sea voluntario en ninguna organización.
3. Medir y comparar estas puntuaciones en función de las siguientes variables: sexo, nivel de estudios, estado civil y edad.

Método

Participantes

Para la realización de esta investigación se formaron dos grupos en función de su participación como voluntarios en alguna organización. Además, el grupo de voluntarios se dividió en otros dos subgrupos. Por un lado, se consideró voluntariado social aquel que estaba relacionado con la prestación de servicios a otras personas, por ejemplo: cuidados paliativos, acompañamiento y apoyo emocional, animación y entretenimiento, etc. En el grupo de voluntariado material se engloban todo el que no implica contacto con las personas. Esto es, por ejemplo, venta de lotería, labores administrativas, etc. El grupo de voluntariado social estaba compuesto por 9 participantes y grupo de voluntariado material por 13. El grupo de no voluntarios estaba formado por 19 personas.

Todos los participantes fueron reclutados en las dependencias del centro de AECC. En el caso del grupo de no voluntarios, la técnica de reclutamiento fue la de “bola de nieve”. Las personas pertenecientes a ambos grupos recibieron el documento informativo, lo que aseguró que todos los participantes tuvieran la misma información inicial.

Los criterios de exclusión fueron el padecimiento de alguna enfermedad discapacitante y la residencia fuera de su propia casa. Por otro lado, el criterio de inclusión en los grupos de voluntariado está basado en la definición de Velloso de Santiesteban (1999): “tienen la consideración de voluntarios las personas que se comprometan libremente a realizar las siguientes actividades: actividades de carácter altruista y solidario, de realización libre (sin obligación personal o deber jurídico), sin contraprestación económica, a través de organizaciones privadas o públicas y con arreglo a programas o proyectos concretos”.

Instrumentos

Las variables que fueron evaluadas en este estudio se basaron en la clasificación de Fernández-Ballesteros (2006), con el fin de abarcar todos los dominios del envejecimiento activo de forma general. Se midieron los resultados obtenidos en las siguientes variables: autoeficacia, como variable que representa el funcionamiento afectivo y afrontamiento (López Bravo, 2008); actividad física, integrada en estilos de vida y funcionamiento físico; funcionamiento cognitivo; y funcionamiento y participación social, medida por el apoyo social percibido y la participación en diversas organizaciones. Se utilizó esta última variable como variable dependiente.

A todos los participantes se les administró un primer cuestionario que incluye las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, implicación en actividades de voluntariado (en qué organizaciones participa y cuál es su labor), nivel educativo, lugar de residencia y presencia de enfermedades discapacitantes. La Autoeficacia se evaluó mediante el Cuestionario de Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer, 1996), la actividad física con el cuestionario YPAS (De Abajo, Larriba y Marquez, 2001), el funcionamiento cognitivo con el Mini Examen Cognitivo (Lobo, Saz, Marcos y Grupo de Trabajo ZARADEMP, 2002), y el apoyo social percibido mediante el Cuestionario DUKE-UNC (Bellón, Delgado Sánchez, de Dios Luna del Castillo y Lardelli Claret, 1996). Todos estos cuestionarios cuentan con una fiabilidad y validez adecuados, están dirigidos a una población normal de más de 65 años y requieren poco tiempo de administración.

El Cuestionario de Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer, 1996) pretende medir el sentimiento de confianza en las capacidades propias para controlar los estresores. Está compuesto por 10 ítems, donde se evalúa cada uno en una escala de 4 puntos que van desde 1 (incorrecto) a 4 (cierto). El valor máximo de Autoeficacia percibida es de 40 puntos, y el mínimo 10. Un estudio sobre las características psicométricas para población española de este cuestionario (Sanjuán Suárez, Pérez García y Bermúdez Moreno, 2000), ha mostrado que dicha escala es muy adecuada. Por un lado, muestra una fiabilidad muy elevada, dada la alta consistencia interna obtenida ($\alpha=0,87$) así como la correlación entre dos mitades (0,88). Por otro lado, también se han obtenido unas altas correlaciones entre cada ítem y el total de la prueba.

El cuestionario DUKE-UNK consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert, siendo un 1 “mucho menos de lo que deseo” hasta 5 “tanto como deseo”, con lo que se obtiene una puntuación total de entre 11 y 55 puntos. Puntuaciones menores de 32 indican un apoyo social percibido bajo. Según el estudio de Bellón Saameño, Delgado Sánchez, de Dios Luna del Castillo y Lardelli Claret (1996), este cuestionario cumple con todos los requisitos de fiabilidad y validez, con buena correlación intraclass ($>0,50$).

El cuestionario que evalúa actividad física, el YPAS, consta de una lista de actividades de todo tipo, de trabajo y ocio, donde deberá indicarse el tiempo que dedica a cada una de ellas a la semana. El tiempo invertido en cada actividad se multiplica por una cifra en función del esfuerzo que supone realizarla y, sumando todos los resultados se obtiene la puntuación total. Esta herramienta muestra una adecuada validez de constructo, fiabilidad test-retest, validez de criterio moderada, validez de constructo y

sensibilidad al cambio; también ha sido validado para población española (Guirao-Goris, Cabrero-García, Moreno Pina y Muñoz-Mendoza, 2009).

El Mini Examen Cognitivo está formado por 5 apartados diferentes (orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción) con varias preguntas y ejercicios, haciendo un total de 22. La puntuación máxima es de 35 puntos. Los valores normales están entre 30 y 35, y puntuaciones menores de 24, o 28 para menores de 65 años sugieren deterioro cognoscitivo. Este cuestionario (Lobo y cols., 1999) cumple los criterios de fiabilidad y validez.

Procedimiento

La recogida de datos, en el caso del grupo de personas voluntarias, se realizó en una de las salas de la Asociación Española Contra el Cáncer. Los participantes asistieron en pequeños grupos para cumplimentar los cuestionarios. Antes de esto, se informó detalladamente del objetivo de la investigación y se resolvieron las posibles dudas de los participantes. En el caso del Mini Examen Cognitivo, este se realizó de forma individual al finalizar el resto de cuestionarios. Las dudas de los participantes fueron atendidas durante todo el tiempo de realización de los mismos.

En el caso del grupo de personas no voluntarias en ninguna organización, el proceso es similar, cambiando solo el lugar de reunión, siendo este una sala en el centro de la ciudad. En algunos casos en los que no ha sido posible, los participantes llenaron los cuestionarios de forma independiente, sin la presencia de investigadores ni otros participantes, tras una explicación detallada sobre el procedimiento. Estos participantes realizaron el Mini Examen Cognitivo antes de cumplimentar el resto de los cuestionarios, o el último, al entregar el resto ya llenado.

Todos los participantes, además de recibir una hoja informativa sobre el contenido de la investigación, llenaron el consentimiento informado (ver en Anexos), mediante el cual se garantiza que las personas participan voluntariamente en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado. El protocolo de investigación siguió las pautas éticas dictadas por Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Análisis estadístico

Inicialmente, se procedió a realizar un análisis de las relaciones entre las puntuaciones de los diversos cuestionarios. Después, se calcularon las medias, desviaciones típicas y rangos de todas las puntuaciones de los cuestionarios utilizados. Tras esto, se hizo una prueba de evaluación de normalidad de estas variables mediante

la prueba Kolmogorov-Smirnov. Posteriormente, y mediante la prueba de Kruskal-Wallis, no paramétrica, se evaluaron las diferencias en las puntuaciones entre todos los voluntarios y el grupo que no realiza ninguna de estas tareas mediante una comparación de medias. Las pruebas no paramétricas son aquellas en las que no existen supuestos sobre la distribución de los parámetros de la población, por lo que se recomienda su utilización cuando no se asume la normalidad de la distribución en las variables (Badii, Guillen, Araiza, Cerna, Valenzuela, Landeros y San Nicolás, 2012). Después, se procedió a hacer el mismo análisis separando a los participantes que realizan voluntariado de tipo material y voluntariado social, en comparación con el grupo no voluntario. Por otro lado, se compararon los resultados de los cuestionarios en función del resto de variables (sexo, estado civil y nivel educativo) con el mismo procedimiento. También se evaluó, mediante correlación, la relación entre los cuestionarios y la edad de los participantes.

Todos los análisis se realizaron con el programa IBM SPSS Statistics. 22.

Resultados

Todos los participantes fueron mayores de 65 años y procedentes de la provincia de Teruel. La media de edad fue de 76 años, siendo el mínimo 66 años y el máximo 87. En cuanto al sexo, se encontró una mayoría de mujeres, 26, frente a 16 hombres. La mayoría de los participantes estaban casados (26 personas) o viudos (14), además de una persona divorciada y 3 solteras. La mayoría tenía estudios primarios (18), el resto, estudios secundarios (8), universitarios (7), o sin estudios (6).

La media de edad para el grupo de participantes no voluntarios fue la más alta (77,2), mientras que la de voluntariado material fue de 76,2 y la de social, la media más baja, de 72,8 años. En cuanto al estado civil, en el grupo social había 1 soltero, 5 casados y 3 viudos; en el grupo de voluntariado material, se encontró 1 soltero, 4 casados, 1 divorciado y 7 viudos; y en el control 1 soltero, 14 casados y 4 viudos. En cuanto a la educación, en el grupo de no voluntarios había 5 personas sin estudios, 6 con estudios primarios, 3 secundarios y 5 universitarios; en el grupo material había 1 participante sin estudios, 4 con estudios primarios, 5 secundarios y 2 universitarios; en el grupo social todos los participantes tenían estudios primarios.

Por otro lado, se realiza una correlación (tabla en Anexos) entre los resultados de todas las variables. Únicamente, hay una relación positiva y significativa ($p<0,05$), aunque baja (0,4) entre autoeficacia y apoyo social. Esto responde a la necesidad de abarcar las distintas áreas diferenciadas del envejecimiento activo.

En cuanto a los resultados de los diferentes cuestionarios, en el Mini-Examen Cognitivo se encontró una media de entre todos los participantes de 30,6, con un mínimo de 28 y máximo de 32, siendo la desviación típica de 1,4. La puntuación media en el YPAS fue de 228,7, con un mínimo de 49 y un máximo de 741,1; la desviación típica para este cuestionario es de 137,1. En cuanto al DUKE, la media fue de 43,2, con una desviación típica de 9, un mínimo de 16 y máximo de 55. Por último el Cuestionario de Autoeficacia General tuvo una media de 25,9, con desviación típica de 5,2, mínimo de 13 y máximo de 36.

Tabla 1

Descriptivos de las variables de estudio

Variable	Media (DT)	Mínimo	Máximo
Mini-Examen Cognitivo	30,6 (1,3)	28	32
YPAS	228,7 (137,1)	49	741,1
DUKE	43,2(9)	16	55
Autoeficacia General	25,9 (5,2)	13	36

Separando los resultados por grupos de voluntarios, la media más alta en el Mini-Examen Cognitivo se encontró en el grupo de no voluntarios, siendo esta de 31 (la de voluntariado material fue de 29,7 y la de social 30,8), así como la del DUKE, aunque esta diferencia es mínima (43,9 para el grupo no voluntario, 43,3 en el voluntariado material, y 41,5 en el social), y la de Autoeficacia (26,2 en no voluntarios, 25,7 en voluntariado material, y 25,8 en voluntariado social). La puntuación media más alta en el cuestionario YPAS corresponde al grupo de voluntariado social, siendo de 325 para este, 186,4 para el voluntariado material y 212 para no voluntarios. Cuando se analiza de forma conjunta a todos los voluntarios, frente a los no voluntarios, las medias más altas se mantienen en los mismos grupos, cambiando, sólo ligeramente, las puntuaciones.

Por otro lado, pese a encontrarse la media más alta en puntuaciones del DUKE en el grupo de personas no voluntarias, también en este hubo un mayor número de puntuaciones potencialmente patológicas. En este grupo, 3 personas obtuvieron puntuaciones menores de 32, mientras que entre voluntarios solo 2 personas, una en cada tipo de voluntariado, tuvieron resultados bajos. En cuanto al Mini Examen Cognitivo, en el que puntuaciones por debajo de 24 representan, para este rango de

edad, un posible deterioro cognitivo, ninguno de los participantes obtuvo semejantes resultados. El resto de cuestionarios no cuentan con rangos de anormalidad.

Gracias a la prueba Kolmogorov-Smirnov se puede comprobar que todas las distribuciones de los cuestionarios utilizados siguen una distribución normal, excepto el YPAS ($p= 0,01$). Debido a esto y a la reducida muestra con la que contó esta investigación se realizaron pruebas no paramétricas de comparación de medias.

Mediante la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes se concluyó que las distribuciones de las variables para todas las puntuaciones de los cuestionarios (DUKE, YPAS, Mini Examen Cognitivo y Cuestionario de Autoeficacia General) son iguales ($p> 0,01$) para los distintos grupos de voluntarios, y entre voluntarios y no voluntarios.

En cuanto a la relación entre estos cuestionarios y otras variables (sexo, edad y estado civil), tampoco se encontraron diferencias en las puntuaciones ($p> 0,01$). Sí hay diferencias en cuanto a los niveles educativos y las puntuaciones de Autoeficacia y apoyo social, teniendo estas variables una relación directamente proporcional (puntuaciones más altas en apoyo social y autoeficacia son las pertenecientes a los participantes con mayor nivel educativo). Controlando estas variables, tampoco se han encontrado relaciones significativas entre los resultados de los cuestionarios y los diferentes grupos.

Discusión

El primer objetivo fue examinar si los adultos mayores de 65 años participantes en alguna labor de voluntariado obtienen mejores puntuaciones en las diversas facetas del envejecimiento activo. Al contrario que mi hipótesis, no se encontró ninguna diferencia significativa entre el grupo de voluntarios y no voluntarios en cualquiera de los aspectos evaluados del envejecimiento activo. Por lo tanto, se puede afirmar que se mantiene la hipótesis nula. Tampoco se han encontrado diferencias en ninguna de las puntuaciones de los cuestionarios entre las personas que realizan los distintos tipos de voluntariado. Se puede afirmar entonces, que para esta muestra no influye el tipo de voluntariado que realicen en su envejecimiento activo, por lo que la segunda hipótesis de la investigación tampoco se mantiene, siendo aceptada de nuevo la hipótesis nula.

Al contrario de lo que se pensaba inicialmente, los resultados reflejan, en todos los cuestionarios excepto en el YPAS, unas medias superiores en el grupo de no voluntarios que en el de voluntarios, lo que también contradice los resultados obtenidos en otras investigaciones relacionadas (Hong y Morrow-Howell, 2010; Molshet

y Townsend, 2016; Parkinson, Warburton, Sibbritt y Byles, 2010; Cattan, Hogg y Hardil, 2011). Por otro lado, en cuanto a las puntuaciones consideradas bajas en el cuestionario DUKE, sí encontramos una pequeña mayoría de estos resultados en el grupo de no voluntarios (15,8% de los participantes por debajo de 32 puntos, frente a 11,1% en el grupo de voluntarios sociales y 7,7% en el material).

Haciendo referencia al último de los objetivos, se han analizado otras variables que podrían estar relacionadas con el envejecimiento activo. Estas variables son: sexo, edad, estado civil y nivel educativo. Los análisis han revelado que hay relación directamente proporcional entre los niveles educativos y las puntuaciones de autoeficacia y apoyo social (las puntuaciones más altas en apoyo social y autoeficacia son las pertenecientes a los participantes con mayor nivel educativo). Otros estudios hablan sobre la relación entre autoeficacia y nivel educativo, los cuales (Zahodne, Nowinski y Manly, 2016) han obtenido resultados similares a los de esta investigación: La educación superior se asoció con una mayor auto-eficacia y un mejor rendimiento en todas las pruebas cognitivas. Este mismo estudio también afirma que las creencias de autoeficacia sirven de amortiguador frente a los efectos negativos de un bajo nivel educativo en el funcionamiento ejecutivo. En cuanto a la relación entre apoyo social y nivel educativo, Rothon, Goodwin y Stansfeld (2012) afirman que esta variable se relaciona con múltiples aspectos del envejecimiento activo, incluyendo la salud física, salud mental, alfabetización y la aritmética, y la percepción de bienestar. Ambos estudios respaldan los resultados obtenidos en esta investigación.

Otras investigaciones en las que se han evaluado los posibles beneficios del voluntariado defienden que este sí tiene beneficios físicos -menos limitaciones físicas y mejor percepción de la salud (Hong y Morrow-Howell, 2010) -, en el estado de ánimo (Molsher y Townsend, 2016), en el apoyo social (Parkinson, Warburton, Sibbritt y Byles, 2010) y en la calidad de vida (Cattan, Hogg y Hardil, 2011) de las personas. Sin embargo, estas utilizan un procedimiento diferente que el presente estudio, con participantes que comienzan el voluntariado en el momento en el que empieza la investigación, y evaluando los resultados tras un tiempo. La diferencia entre estudios experimentales y observacionales podrá explicar parcialmente los resultados contradictorios.

También es posible que las personas pertenecientes al grupo de no voluntarios hayan obtenido los beneficios que aportan las tareas de voluntariado mediante otras actividades, como bailar, ir a talleres de manualidades, cursos de inglés... En esta línea,

la investigación llevada a cabo por MacLeod, Skinner, Wilkinson y Reid (2016) demuestra los beneficios de los talleres de arte en los adultos de edad avanzada, aumentando sus relaciones personales, desarrollo personal y bienestar en general. Lo mismo ocurre con las investigaciones sobre los beneficios de las artes expresivas en ancianos socialmente aislados (Wilkinson, MacLeod, Skinner, y Reid, 2013). Otro estudio (Anderson y cols., 2016), en el que se creó un grupo de teatro intergeneracional, ha demostrado aportar beneficios en apertura, flexibilidad y autoestima, empatía y apoyo social, además de reducir la discriminación por edad y mejorar las relaciones intergeneracionales. Otra investigación (Hong y Morrow-Howell, 2010), defiende que los beneficios físicos derivados de la inclusión de las personas en actividades de voluntariado se debe a un aumento de actividad, no a las tareas de voluntariado en sí mismas.

En cuanto a las limitaciones, cabe destacar la reducida muestra obtenida, lo que influye en la potencia estadística de la investigación, y aumenta la probabilidad de cometer un error tipo II. Esto puede ser la causa de la falta de consistencia con otras investigaciones. Debido a esto se han utilizado procedimientos no paramétricos. Sería necesario, por tanto, realizar nuevas investigaciones con una muestra más amplia.

Para concluir, basándonos en estos resultados y otras investigaciones relacionadas, será recomendable realizar intervenciones centradas en las personas con un nivel educativo más bajo, más vulnerables, con el fin de mejorar su autoeficacia y apoyo social, ya que estas variables afectan a su envejecimiento y calidad de vida en general. También será adecuado realizar estudios que promocionen la participación en actividades para todas las personas en edad avanzada, lo que ha demostrado tener beneficios en su envejecimiento, ya sea mediante la participación en alguna ONG, o en cualquier actividad que pueda ser de interés para la persona. Como puede verse (MacLeod, Skinner, Wilkinson y Reid, 2016; Wilkinson, MacLeod, Skinner, y Reid, 2013; Anderson y cols., 2016), los beneficios del voluntariado y de otras actividades podrían ser comparables, por lo que se recomienda una investigación que relacione estos diferentes tipos de actividades y valore si hay diferencias en sus efectos positivos en el envejecimiento activo y el bienestar, por medio de estudios longitudinales que valoren diferentes actividades y tipos de voluntariado. También se recomienda profundizar en los efectos que produce el voluntariado en esta población, debido a la escasa evidencia en los beneficios que estas tareas aportan, realizando estudios longitudinales y diferenciando las tareas que realizan.

Referencias

- Ahlskog, J. E., Geda, Y. E., Graff-Radford, N. R., Petersen, R. C. (2011). Physical exercise as a preventive or disease-modifying treatment of dementia and brain aging. *Mayo Clinic Proceedings* 86(9): 876–884.
- Anderson, S., Fast, J., Keating, N., Eales, J., Chivers, S. y Barnet, D. (2016). Translating Knowledge: Promoting Health Through Intergenerational Community Arts Programming. *Health promotion practice*. doi: 10.1177/1524839915625037.
- Baessler, J. y Schwarcer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés* 2, 1-8.
- Badii, M.H., Guillen, L.A., Araiza, E., Cerna, J., Valenzuela, J., Landeros, U.A., y San Nicolás, N.L. (2012). Métodos No-Paramétricos de Uso Común. *Daena: International Journal of Good Conscience*. 7(1): 132-155.
- Bellón Saameno, JA., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, JD. y Lardelli Claret, P. (1996). Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support. *Aten Primaria* 18:153-63.
- Botella, J. (2005). La salud y el envejecimiento. El estado de salud de las personas mayores. *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas* 93-113. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Cattan, M., Hogg, E. y Hardill, I. (2011). Improving quality of life in ageing populations: what can volunteering do? *Maturitas*. 70(4):328-32. doi: 10.1016/j.maturitas.2011.08.010.
- De Abajo, S., Larriba, R. y Marquez, S. (2001). Validity and reliability of the Yale Physical Activity Survey in Spanish elderly. *The journal of Sports Medicine and Physical Fitness* 41(4):479-85.
- Depp, C.A., y Jeste, D.V. (2006). Definitions and predictors of successful ageing: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.
- Franco Módenes, P. y Sánchez Cabaco, A. (2008). Saber envejecer: aspectos positivos y nuevas perspectivas. *Foro de Educación* 10, 369-383.
- Guirao-Goris, J.A., Cabrero-García, J., Moreno Pina, J.P. y Muñoz-Mendoza, C.L. (2009). Revisión estructurada de los cuestionarios y escalas que miden la actividad física en los adultos mayores y ancianos. *Gaceta Sanitaria* 23:4

- Giró Miranda, J. (2006). Envejecimiento activo envejecimiento positivo. Logroño: Universidad de la Rioja.
- Hong, S.I. y Morrow-Howell, N. (2010). Health outcomes of Experiences Corps: A high-commitment volunteer program. *Social Science & Medicine* 71 (2): 414-420.
- Kalache, A. (2007). OMS, Mujeres, Envejecimiento y Salud: Marco para la Acción. Enfoque de Género. Sevilla: Consejería de Salud.
- López Bravo, MD. (2008). El rol profesional del psicólogo en la promoción del envejecimiento activo. *Formación Continuada a Distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales Asín, F., Pascual, L.F., Montañés, J.A. y Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Congnoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Eamination) en población general geriátrica. *Medicina clínica* 112 (20).
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y Grupo de Trabajo ZARADEMP. (2002). MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental. Madrid: TEA Ediciones.
- MacLeod, A., Skinner, M. W., Wilkinson, F. y Reid, H. (2016). Connecting Socially Isolated Older Rural Adults with Older Volunteers through Expressive Arts. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement* 35 (1): 14-27. doi: 10.1017/S071498081500063X.
- Molsher, R. y Townsend, M. (2016). Improving Wellbeing and Environment Stewardships Through Volunteering in Nature. *EcoHealth* 13(1): 151-155. doi: 10.1007/s10393-015-1089-1.
- Muñoz Cobos, F y Espinosa Almendros, J. M. (2008). Envejecimiento activo y desigualdades de género. *Atención Primaria* 40(6):305-9.
- Naciones Unidas. (2013). World Population Ageing 1950-2050.
- Parkinson, L., Warburton, J., Sibbritt, D. y Byles, J. (2010). Volunteering and older women: Psychosocial and health predictors of participation. *Aging & Mental Health* 14 (8): 917-927 doi: 10.1080/13607861003801045.
- Peel, N. M., McClure, R. J., y Bartlett, H. P. (2005). Behavioral determinants of health ageing. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 298- 304.
- Penninx, BW., Guralnik, JM., Bandeen-Roche, K., Kasper, JD., Simonsick, E. M., Ferrucci, L. y Fried, LP. (2000). The protective effect of emotional vitality

- on adverse health outcomes in disabled older women. *Journal of American Geriatrics Society* 48(11):1359-66.
- Rothon, C., Goodwin, L. y Stansfeld, S. (2012). Family social support, community “social capital” and adolescents’ mental health and educational outcomes: a longitudinal study in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47(5): 697–709 doi: 10.1007/s00127-011-0391-7.
- Velloso de Santesteban, A. (1999). *Guía crítica del voluntariado en España*. Madrid: Espasa Práctico.
- Von Bonsdorff, MB. y Rantanen, T. (2011). Benefits of formal voluntary work among older people. A review. *Aging clinical and experimental research*. 23(3):162-9. doi: 10.3275/7200.
- Wilkinson, F., MacLeod, A., Skinner, A. M. y Reid, H. (2013). Visible Voices: Expressive arts with isolated seniors using trained volunteers. *Arts Health* 5(3): 230–237.
- Zahodne, L. B., Nowinski, C. J., Gershon, R. C. y Manly, J. J. (2016). Self-Efficacy Buffers the Relationship between Educational Disadvantage and Executive Functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society* 21(4): 297-304 doi: 10.1017/S1355617715000193.

Anexos

Anexo 1: Información para participantes

Desde la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas (Grado de Psicología) de la Universidad de Zaragoza, estoy realizando un estudio sobre envejecimiento activo y voluntariado. Por este motivo, solicito su colaboración, que consiste en completar unas encuestas, que le llevará unos minutos.

Necesito que sea completamente sincero/a y honesto/a en sus respuestas. Se garantiza el anonimato y la máxima confidencialidad en sus respuestas.

Si tiene cualquier duda puede contactar con la responsable del estudio, Elena Giménez (669084704).

Si está interesado en participar, llame a este mismo teléfono o deje su número de contacto y nombre a la persona que le ha entregado esta información.

Muchas gracias por su interés y participación.

Envejecimiento activo y voluntariado:

El proceso de envejecimiento puede considerarse en términos de deterioro de la persona, como un aspecto negativo. Pero también, actualmente, se está desarrollando la concepción de envejecimiento como un proceso de evolución, crecimiento y desarrollo basado en la experiencia, a pesar de las dificultades relacionadas con la edad. La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.

El presente estudio pretende comparar los efectos de diversas ONG's en varias variables relacionadas con el envejecimiento activo. Por tanto, el objetivo del mismo es averiguar posibles diferencias en los efectos causados por voluntariado de labor social y material en personas mayores de 65 años.

Anexo 2: Consentimiento informado

Envejecimiento activo y voluntariado

Yo _____, con documento de identidad _____, certifico que he sido informado con claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que la estudiante, Elena Giménez me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a éste procedimiento de forma activa. Soy conocedor/a de la autonomía suficiente que poseo para retirarme y oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Elena Giménez Pérez, estudiante de Psicología,

Documento de identidad 18454767G

Participante _____

Anexo 3: Cuestionarios utilizados

Cuestionario inicial

Sexo

Mujer

Hombre

Año de nacimiento

Estado civil

Soltero

Casado

Divorciado

Viudo

¿Vive usted en casa propia?

¿Posee alguna enfermedad discapacitante?

Sí

No

¿Cuál?

Nivel educativo

- Sin estudios o enseñanza primaria incompleta
- Primario
- Secundario
- Superior/universidad/postgrado

¿Es voluntario/a en alguna organización?

- Sí
- No

En caso afirmativo, ¿cuál es la labor que realiza?

Cuestionario DUKE

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Escala de Autoeficacia General

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

INDICACIONES:

No hay respuestas correctas, ni incorrectas. Lea cada una de las afirmaciones, y marque con una "X" el número que considere conveniente. Utilice la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones:

1	2	3	4
INCORRECTO	APENAS CIERTO	MÁS BIEN CIERTO	CIERTO

No. AFIRMACIONES

1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4
5	Gracias a mis cualidades puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo (a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	1	2	3	4
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

Cuestionario Mini-Examen Cognitivo

MINI EXAMEN COGNITIVO o MEC -de Lobo et al- (1979)

Fecha:

1. ORIENTACIÓN:

- ¿En qué año estamos? 1
¿En qué estación del año estamos? 1
¿En qué día de la semana estamos? 1
¿Qué día (número) es hoy? 1
¿En qué mes estamos? 1
¿En qué provincia estamos? 1
¿En qué país estamos? 1
¿En qué pueblo o ciudad estamos? 1
¿En qué lugar estamos en este momento? 1
¿Se trata de un piso o planta baja? 1

2. FIJACION:

- Repita estas 3 palabras: "peseta, caballo, manzana" (1 punto por cada respuesta correcta) 3
Una vez puntuado, si no las ha dicho bien, se le repetirán con un límite de 6 intentos hasta que las aprenda. Acuérdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato.

3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO:

- Si tiene 30 euros y me da 3, ¿cuántos le quedan?, ¿y si me da 3? (hasta 5 restas) 5
Repita estos números 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda).
Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en núm. y orden) 3

4. MEMORIA:

- ¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes? 3

5. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? 1
Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? 1
Repita esta frase: "EN UN TRIGAL HABÍAN CINCO PERROS" (si es correcta).....
- Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?
¿Qué son un gato y un perro? 1
¿Y el rojo y el verde? 1
- Ahora haga lo que le diga: COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA,
DÓBLELO POR LA MITAD Y PONGALO ENCIMA DE LA MESA.
(1 punto por cada acción correcta) 3
Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos:
"CIERRE LOS OJOS" 1
Ahora por favor escriba una frase, la que quiera en este papel (le da un papel)..1
Copiar el dibujo, anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de 4 lados 1

Total

Cuestionario YPAS

CUESTIONARIO

PRIMERA PARTE

Le voy a ir diciendo una lista de actividades comunes a la vida cotidiana. Indíqueme por favor cuales ha realizado en una semana típica durante el pasado mes. Nos interesa todo tipo de actividad física que forme parte de su rutina diaria de trabajo y ocio.

	Tiempo a la semana
Primero, respecto a las tareas domésticas o del hogar. ¿Cuánto tiempo pasó realizando las siguientes actividades durante una semana típica del último mes?	
Ir de compras (supermercado, tienda de ropa)	____ h ____ min
Subiendo escaleras llevando peso	____ h ____ min
Haciendo la colada (llenar y vaciar la lavadora, tendiendo y plegando)	____ h ____ min
Haciendo tareas domésticas ligeras (ordenar, sacar el polvo, barrer, recoger basura, encerar, arreglar plantas de interior, planchar, hacer las camas)	____ h ____ min
Haciendo tareas domésticas pesadas (pasar el aspirador o la mopa, fregar el suelo y las paredes, trasladar muebles o cajas pesadas)	____ h ____ min
Preparando comida durante más de 10 minutos	____ h ____ min
Sirviendo comida durante más de 10 minutos (poner la mesa, trasladar la comida, servir la comida)	____ h ____ min

Lavando platos durante más de 10 minutos (recoger la mesa, fregar, secar y guardar los platos y cubiertos)	____ h ____ min
Haciendo bricolaje ligero (arreglo de enchufes, mantenimiento y pequeñas reparaciones)	____ h ____ min
Haciendo bricolaje pesado (pintura, carpintería, lavar, encerar el coche)	____ h ____ min
¿Ha hecho alguna otra actividad física relacionada con las tareas domésticas? Sí (especificar): _____ No	____ h ____ min
¿Ha hecho alguna actividad física relacionada con las tareas de su trabajo/ocupación? Sí (especificar): _____ No	____ h ____ min
Respecto a actividades de jardín y exteriores, ¿cuánto tiempo pasó en una semana típica del último mes en las siguientes actividades?	
Trabajos de jardinería exterior (podar, plantar, arrancar malas hierbas, cultivar, cortar césped)	____ h ____ min
Despejar caminos (barrer, trabajar con pala, rastrillo)	____ h ____ min
Sobre el cuidado de otras personas, ¿cuánto tiempo pasó...?	
Cuidando personas mayores o discapacitadas (levantar, empujar silla de ruedas)	____ h ____ min

Cuidando niños (levantar, llevar, bañar, empujar cochecito)	____ h ____ min
A continuación le preguntaré sobre las actividades realizadas en su tiempo libre. ¿Cuánto tiempo a la semana dedicó a...?	
Caminar rápido durante más de 10 minutos	____ h ____ min
Gimnasia, aquagim, estiramientos, yoga	____ h ____ min
Aeróbic	____ h ____ min
Bicicleta o bicicleta estática	____ h ____ min
Natación	____ h ____ min
Pasear o caminar relajadamente durante más de 10 minutos	____ h ____ min
Hacer sus labores (punto de cruz, coser)	____ h ____ min
Bailar	____ h ____ min
Jugar a los bolos, a la petanca	____ h ____ min
Jugar al golf	____ h ____ min

Practicar deportes de raqueta como el tenis, paddle, pingpong	____ h ____ min
Jugar a billar	____ h ____ min
Jugar a las cartas o al dominó	____ h ____ min
Actividad sexual	____ h ____ min
¿Ha practicado algún otro tipo de actividad física en su tiempo libre? Sí (especificar): _____	____ h ____ min
No	
¿Ha realizado algún otro tipo de actividad física no incluido en la lista anterior? Sí (especificar): _____	____ h ____ min
No	

SEGUNDA PARTE

Ahora le preguntaré sobre el tiempo dedicado en general a las actividades intensas, moderadas, ligeras y algunas otras cosas.

Aproximadamente ¿cuántas veces durante el último mes ha participado en actividades intensas que duraron al menos 10 minutos, y provocaron importantes aumentos en su respiración, pulso, cansancio de piernas o le hacían sudar?

- 0 En ningún momento (\rightarrow saltar al siguiente índice)
- 1 1-3 veces por mes
- 2 1-2 veces por semana
- 3 3-4 veces por semana
- 4 5 o más veces por semana

Aproximadamente ¿durante cuánto tiempo realizó cada vez esta actividad vigorosa?

- 1 10-30 minutos
- 2 31-60 minutos
- 3 Más de 60 minutos

Piense en los paseos que ha realizado durante el último mes. Aproximadamente ¿cuántas veces al mes fue a pasear al menos 10 minutos o más sin parar pero que no fue suficiente para causar grandes incrementos en la respiración, pulso, cansancio de piernas ni le hacía sudar?

- 0 En ningún momento (\rightarrow saltar al siguiente índice)
- 1 1-3 veces por mes
- 2 1-2 veces por semana
- 3 3-4 veces por semana
- 4 5 o más veces por semana

¿Cuando fue a pasear así, ¿durante cuántos minutos caminó?

- 1 10-30 minutos
- 2 31-60 minutos
- 3 Más de 60 minutos

Aproximadamente ¿cuántas horas al día pasa moviéndose de un lado a otro mientras hace cosas? (Por favor, insistir sobre el tiempo realmente en movimiento)

- 0 En ningún momento
- 1 Menos de 1 hora al día
- 2 De 1 a 3 horas al día
- 3 De 3 a 5 horas al día
- 4 De 5 a 7 horas al día
- 5 7 horas o más al día

Piense en cuanto tiempo pasó de pie, como promedio, durante el último mes.

Aproximadamente ¿cuántas horas al día está de pie?

- 0 En ningún momento
- 1 Menos de 1 hora al día
- 2 De 1 a 3 horas al día
- 3 De 3 a 5 horas al día
- 4 De 5 a 7 horas al día
- 5 7 horas o más al día

Aproximadamente, en un día típico del último mes, ¿cuántas horas pasó sentado/a?

- 0 En ningún momento
- 1 Menos de 1 hora al día
- 2 De 1 a 3 horas al día
- 3 De 3 a 5 horas al día
- 4 De 5 a 7 horas al día
- 5 7 horas o más al día

Tabla 1

Correlaciones entre las variables de estudio

	Mini-Examen Cognitivo	YPAS	DUKE	Autoeficacia General
Mini-Examen		0.048	-0.004	0.230
Cognitivo				
YPAS	0.048		0.05	0.195
DUKE	-0.004	0.05		0.353
Autoeficacia	0.230	0.195	0.353	
General				