

ENVEJECER CON ÉXITO:

Prevenir la dependencia

2009



Financiado a través de: ORDEN de 1 de marzo de 2006, del Consejero de Vivienda y Asuntos Sociales, por la que se convocan para el año 2006 las ayudas para las iniciativas sociales de carácter experimental que aporten soluciones innovadoras, previstas en el Decreto 133/2002, de 11 de junio, de realización de actividades en el área de los servicios sociales.



INDICE GENERAL

1- INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO	3
2- MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL	7
2.1 ¿Qué se entiende por envejecer con éxito?	9
2.2 Prevención de la dependencia de las persona mayores	10
2.3 Visión convencional de la dependencia	11
2.4 La dependencia como fenómeno multidimensional	11
2.5 Las personas mayores y su entorno	13
2.6 La importancia del ocio en la vejez	14
2.7 Dimensiones de la participación en actividades de ocio	15
2.7.1 Motivación intrínseca y libertad percibida	15
2.7.2 Utilidad percibida	19
2.8 Distintos tipos de participación	21
2.8.1 El Modelo de Habilidad Recreativa	22
2.8.2 Tipos de participación	24
2.9 Predisposición a la dependencia	26
2.9.1 El comportamiento como factor clave de envejecer con éxito	26
2.9.2 La relación entre el comportamiento y la salud en la vejez	27
3- FICHA TÉCNICA	35
3.1 Finalidad y objetivos	37
3.2 Delimitación del objeto de estudio	39
3.3 Metodología	41
3.4 Cronograma	51
4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	53
4.1 Variables sociodemográficas relacionadas con la participación social de las personas mayores	55
4.2 La percepción y valoración de la población mayor sobre los beneficios de la participación social	65
4.3 Beneficios de la participación en función del tipo de participación	71
5. CONCLUSIONES	85
6. INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	91
7. BIBLIOGRAFÍA	95
8. ANEXOS	103
8.1 Cuestionario	105
8.2 Carta Informativa	110
8.3 Resultados en función del tipo de participación	111
8.3.1 Resultados de la Utilidad percibida en función del tipo de participación	111
8.3.2 Resultados de la Motivación intrínseca y la elección percibida en función del tipo de participación	113
8.3.1 Resultados del apoyo social que deriva de la participación social en función del tipo de participación	115

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población supone un fenómeno global de las sociedades desarrolladas que, más allá de ser entendido como una amenaza, debe ser considerado como un logro eminentemente positivo. Actualmente son más las personas mayores que llegan a edades más avanzadas, pero además, quienes alcanzan estas edades lo hacen en condiciones notablemente mejores.

A pesar de que gran parte de las teorías sociológicas o psicosociales que tradicionalmente han abordado la vejez y el envejecimiento se han centrado en el proceso de *desvinculación*, postulando que esta etapa vital se caracteriza fundamentalmente por la retirada de la persona mayor de la vida activa preparándola así para el momento ineludible de la muerte, la realidad actual ha puesto de manifiesto que puede haber tantas formas de envejecer como personas en el mundo. Ahora bien, resulta comprensible que algunas de estas formas de envejecer son preferibles a otras.

Gran cantidad de estudios científicos ya han demostrado que mantener unos adecuados hábitos de vida, practicar ejercicio, cuidar la nutrición, mantener la mente activa, seguir aprendiendo, relacionándose, en definitiva, tener un proyecto personal de vida, contribuye a alargar la vida no solo cuantitativamente, sino lo que es más importante, haciéndola más útil y placentera. En este mismo sentido, las nuevas teorías sobre envejecimiento ponen de manifiesto que envejecer con éxito no sólo depende de los factores biológicos, sino que también factores exógenos intervienen en este proceso. En base a ello resulta fundamental estimular y promocionar una vejez competente en todas las dimensiones de la vida y adoptar una nueva perspectiva de vida, no sólo durante las edades más avanzadas, sino a lo largo de toda la vida.

Parece lógico pensar que la participación activa de las personas mayores en programas y actividades de carácter social pueda ser uno de estos factores que intervienen o modulan estas formas de envejecer. Las capacidades y habilidades que se desarrollan a través de esta participación, el apoyo social y la compañía que proporciona, las posibilidades de hacer que las personas se sientan útiles mejorando al mismo tiempo su propia autoestima, entre otros, son algunos de los beneficios que la participación social puede aportar a las personas mayores mostrándose como un factor de resistencia ante una vejez dependiente.

Por ello, la presente investigación se dirige a conocer **hasta qué punto la participación en actividades y programas de carácter social juega un papel de resistencia o de prevención frente a la dependencia en las personas mayores** en la medida en que contribuye a **la construcción de una red de apoyo social** en las personas mayores, impulsa la **motivación intrínseca** y fomenta la **autopercepción de elección y utilidad** de estas personas.

2. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

2.1. ¿Qué se entiende por envejecer con éxito?

El envejecimiento es un proceso de cambio que se desarrolla de forma natural y que supone la adaptación a ese cambio por parte de la persona. A pesar de que con frecuencia van ligados los conceptos de vejez y dependencia, es necesario remarcar que es la enfermedad y no la edad la principal causa de dependencia, lo que implica que vejez no ha de ser en ningún caso sinónimo de enfermedad o dependencia. Es más, a lo largo de los últimos 20 años desde distintos estamentos se ha tratado de estimular el **envejecimiento exitoso, activo o competente**, conceptos todos que señalan un nuevo tipo de vejez libre de enfermedad y de incapacidad funcional.

A pesar de no haber un criterio unívoco para calificar de exitoso el envejecimiento, básicamente se trataría de llegar a las edades más avanzadas con plena salud física y psicológica y con un funcionamiento general adecuado.

El concepto de envejecimiento exitoso guarda una estrecha relación con el **Enfoque del Ciclo Vital** (Neugarter, 1975; Baltes, 1987); basado en tres supuestos que hacen referencia a:

1. La presencia de un balance entre crecimiento y declive.
2. La evidencia de una gran variabilidad entre el colectivo de personas mayores representada en las denominadas vejez “normal” (en la que no se presentan procesos patológicos), vejez “patológica” (aquel proceso en el que se producen enfermedades físicas y/o mentales) y con “éxito” (aquel que transcurre en condiciones personales y ambientales óptimas)
3. La existencia de una gran capacidad de reserva o plasticidad durante todo el ciclo vital.

En este sentido, Rowe y Kahn (1997)¹ afirman que la vejez con éxito es aquella con “baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional (estado óptimo de salud física y mental) y compromiso activo con la vida” (relaciones íntimas y actividades productivas).

También para la OMS el envejecimiento activo es el “proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”².

Este concepto pone énfasis en el **entorno**, relaciona el término “activo” no sólo con capacidad para la actividad física, sino también con la participación social económica, cultural, espiritual y cívica. Lo describe además como un **proceso continuo** referido a todo el ciclo vital (y no tanto

¹ Fernández Ballesteros, R. (1998). *Vejez con éxito o vejez competente. Un reto para todos*. En Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y prevención. AMG, Barcelona.

² OMS (2002)

como resultado final) y hace referencia a los potenciales (desde el punto bio-psico-social de las personas) y cómo fomentar los mismos a través de diversos determinantes referidos a variables propias del individuo y del entorno físico y social que rodea al individuo y/o grupos de población. En realidad este concepto pone en relieve la relación interactiva entre diversos grupos de variables.

2.2 Prevención de la dependencia de las persona mayores

La dependencia es el resultado de la combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes. Todo ello además, influido por el entorno psicosocial, ambiental y sanitario³.

Por tanto, y como ya se ha mencionado, es la enfermedad y no la edad la principal causa de dependencia en la vejez. Ahora bien, no debe obviarse que las personas mayores son el sector de población más vulnerable y el que concentra el mayor riesgo de dependencia y las mayores cifras de dependencia ya establecidas. La principal preocupación de las personas mayores y sus familias es la salud, y lo es por sus consecuencias en términos de dependencia, causa fundamental de sufrimiento y de mala autopercepción de salud.

Hoy en día existe suficiente evidencia científica para afirmar que es posible disminuir de forma significativa la incidencia, la prevalencia y la intensidad de la enfermedad, la discapacidad y con ello de la dependencia. En este sentido, se puede decir que los determinantes de un envejecimiento saludable serían:

1. Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y servicios sociales (rehabilitación, prevención, salud mental...)
2. Determinantes conductuales (tabaquismo, actividad física, alimentación...)
3. Factores personales (capacidad cognitiva, percepción de control...)
4. Entorno físico (comunidad, vivienda...)
5. Entorno social (apoyo social, educación...)
6. Determinantes económicos (ingresos, protección social...)

Si bien es necesario reforzar los dispositivos asistenciales para las personas gravemente dependientes, no se deben dejar en segundo plano los esfuerzos para evitar la dependencia o para la recuperación cuando la dependencia es reversible, por lo que las intervenciones que tengan como objetivo la actuación preventiva, precoz y rehabilitadora deben ocupar un lugar preferente.

³ Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud. *Prevención de la Dependencia en las Personas Mayores*. Madrid, 15-16 de junio de 2007

2.3 Visión convencional de la dependencia

El Libro Blanco de la Dependencia⁴ define la dependencia como "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana", o más concretamente como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal".

En estos mismos términos, la reciente Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de la Atención a las personas en situación de dependencia⁵, hace referencia a la dependencia como "el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o de ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Estas actividades son las tareas más elementales de la persona, que le permiten vivir con un mínimo de autonomía e independencia, como la higiene personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, el reconocimiento de personas y objetos, la orientación, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas".

También OMS ha definido la dependencia como "la restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal" (OMS 1997; CIDDM-2), citando como estas actividades las actividades básicas de la vida diaria.

Por tanto, la dependencia se concibe, en términos generales, como un fenómeno que refleja la pérdida de autonomía personal a diferentes niveles (físico, intelectuales o sensorial), cuya principal consecuencia es la necesidad por parte de la persona dependiente a ser ayudada para interactuar con su entorno. En resumen, la dependencia es entendida como un fenómeno unidimensional traducido a un declive físico esperable en mayor o menor cuantía (Brown, 1996).

2.4 La dependencia como fenómeno multidimensional

En contra de la unidimensionalidad centrada casi en exclusividad en los factores biológicos, la dependencia presenta múltiples facetas y dimensiones, por lo que estas definiciones resultan excesivamente restrictivas. Tras estas concepciones se da a entender que la dependencia es el resultado natural del paso de los años y que además, es un concepto estático que implica un estado permanente, sin tener en cuenta que prácticamente todas las personas son

⁴ *Libro Blanco de la Dependencia*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). Madrid.

⁵ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

dependientes en algún momento de su vida (una operación, una enfermedad, etc.) y tras un periodo se deja de ser dependiente.

Como consecuencia de las limitaciones que derivan de las definiciones tradicionales de dependencia, han ido surgiendo otras visiones que entienden la dependencia como algo multidimensional, multifuncional y multicausal⁶. En ese sentido se ha contemplado la dependencia como algo no solo asociado con la situación biológica de la persona, sino también fuertemente influenciada por las condiciones ambientales, sociales, culturales, económicas y psicológicas.

Desde una concepción más amplia, el concepto de dependencia tiene una naturaleza más compleja en la que influyen variables biológicas, psicológicas y sociales. Esto queda reflejado en la amplia gama de conceptos de dependencia que aparece en la literatura: dependencia mental, física, económica, social, emocional, cognitiva, imaginaria, neurótica, funcional, etc.⁷. Según Baltes y Wahl, se estaría hablando por lo tanto de una dependencia multidimensional, multicausal y multifuncional en donde influirían factores físicos, psicológicos y contextuales⁸.

Según estos autores, los factores que causan la dependencia serían los siguientes:

FACTORES ANTECEDENTES DE LA DEPENDENCIA		
Factores físicos	Factores psicológicos	Factores contextuales
Fragilidad física Enfermedades crónicas Utilización de fármacos	Trastornos mentales Rasgos de personalidad	Ambiente físico Ambiente social → Contingencias ambientales → Expectativas y estereotipos

Teniendo en cuenta estas características propias de este concepto, se puede entender la dependencia como el estado en el que las personas, debido a la falta o pérdida de autonomía física, psicológica o mental, necesitan de algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias. La dependencia podría también estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores⁹.

⁶ Montorio Cerrato, I. y Losada Baltar, A. *Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional*. (Documento www). Imsero, CSIC, Madrid. Dirección en Internet: www.imsersomayores.csic.es

⁷ Baltes M.M. y Silverberg, S.B. (1994). *The dynamics between dependency and autonomy: Illustrations across the life span*. En D.L. Featherman, R.M. Lerner y M. Perlmutter (Eds.), *Life span development and behavior*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

⁸ Baltes, M.M. y WAHL, H. (1990). *Dependencia en los ancianos*. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein (Eds.), *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez-Roca.

⁹ E. O'Shea (2003). *La Mejora de la Calidad de Vida de las Personas Mayores Dependientes*. Comité Europeo de Cohesión Social

2.5 Las personas mayores y su entorno

Dado que el ser humano es un ser cultural, existen factores exógenos que pueden intervenir, modular o incluso explicar las formas de envejecer. A pesar de ello, la biología juega un papel prioritario en este proceso en el sentido que, por lo general, a medida que aumenta la edad la fragilidad física de la persona es mayor y la dependencia tiende a empeorar. Por ello, el envejecimiento es un proceso en el cual es necesario el despliegue de una serie de mecanismos de afrontamiento que ayuden a la persona a adaptarse a los cambios que esta etapa supone.

Las teorías de la vejez ligadas a la *desvinculación* afirman que en la vejez el sujeto se desvincula de las estructuras sociales (la pareja, la familia, el grupo, la sociedad), esperando la muerte. Esta desvinculación es tanto social como psicológica. Más allá de la falta de ayuda instrumental, el sentimiento de aislamiento está relacionado con el déficit emocional y afectivo que acusan en el marco de una vida doméstica que transcurre en solitario. Por ello, una total desvinculación de la sociedad acarrea enfermedad (física o mental) pudiendo incluso en ocasiones llegar a provocar la muerte.

Frente a este aislamiento, resulta enormemente beneficioso poderse vincular a las personas y a todo aquello que ocurre en el entorno. Gozar de la relación con los demás es toda una garantía de salud. En este sentido, las redes de apoyo, el apoyo social, o lo que es lo mismo, la vida social en general, cumpliría un papel protector frente a la enfermedad. En este sentido el apoyo social, expresado en el estado marital, la participación en actividades comunitarias, el grado de afiliación grupal, el número de familiares cercanos y amistades y la participación en organizaciones se perfilan como factores fundamentales de la salud física, el bienestar psicológico y la longevidad.

Las actividades extradomésticas permiten a las personas mayores seguir interesándose por lo que ocurre en el "mundo", a través de los periódicos, la televisión, los debates, etc. Participar en las actividades, instituciones, fiestas, etc. Vincularse a algún grupo del movimiento asociativo, Centros Cívicos... tanto para mantener la defensa de los intereses de las personas mayores, como para desarrollar alguna actividad que implique relación con los demás. Del mismo modo, cultivar las aficiones propias que se han dejado olvidadas, o a las que no se ha podido dedicar suficiente tiempo con anterioridad. Participar en todas aquellas actividades que además de vincularnos a los y las demás, activan y mantienen nuestras capacidades: juegos, actividades culturales o artísticas, estudios, salidas, etc.

Por tanto, la capacidad de las personas mayores para relacionarse con el entorno, el apoyo social y la integración en un mundo que puede tener tendencia a marginarlas y estigmatizarlas se convierte en uno de los aspectos fundamentales para vivir el proceso de envejecimiento como una experiencia en positivo. En la vinculación con otras personas se hace frente al

aislamiento y se aumentan sus ganas de vivir y puede situar también a las personas mayores en una mejor posición para defender su posición, su rol social, impidiendo las actitudes de menoscabo o marginación.

En resumidas cuentas, las intervenciones destinadas a promover un envejecimiento exitoso se basan en el principio de que envejecer bien se aprende y se prepara: las personas son responsables de su salud y bienestar y pueden aspirar a ciertas cotas de crecimiento y realización social.

2.6 La importancia del ocio en la vejez

Desde que en 1964 Berne llevase a cabo una de las primeras aproximaciones de la psicología al fenómeno del ocio, éste ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia como campo de estudio y en la actualidad nadie duda de que sea un factor de calidad de vida y un recurso de primera magnitud para estimular el desarrollo personal de las personas.

De hecho, cada vez son más numerosos los estudios que analizan el impacto de las prácticas de ocio sobre la calidad de vida de las personas. Algunos trabajos se refieren a las ventajas que la vivencia del ocio reporta a las personas, mientras que otros estudian el impacto de actividades específicas de ocio (como puede ser el voluntariado social o la práctica de alguna actividad física o deportiva).

El ocio cobra especial relevancia para el colectivo de personas mayores, ya que cuando la actividad inherente al trabajo o la maternidad/paternidad desaparecen o se reducen, queda mucho más tiempo libre y las actividades con las que éste se llena son las encargadas de proporcionar al sujeto nuevas referencias y significaciones. Kelly y Steinkamp¹⁰ afirman que algunas motivaciones para el ocio en la tercera edad, que ayudan a la persona a hacer frente a los cambios que se producen en esta fase de la vida son: la interacción social, la autoexpresión, la percepción de competencia, llenar el tiempo y evitar el aburrimiento.

Pero además, el ocio está íntimamente relacionado con la percepción de felicidad, la implicación en los procesos vitales y el ajuste a las circunstancias vitales. En relación a este ajuste, algunos trabajos¹¹ hacen referencia incluso al potencial del ocio como recurso para hacer frente a las situaciones derivadas de la vivencia de enfermedades crónicas, concretamente permitía la percepción de autocapacidad y expresión de la propia valía a las personas con enfermedades crónicas. El ocio se convierte así en un contexto en el que las personas se aceptan por lo que son, trascendiendo su enfermedad o discapacidad.

¹⁰ Kelly JR., Steinkamp MW. (1986). *Later life leisure: how they play in Peoria*. The Gerontologist.

¹¹ Hutchinson SL., Loy DP., Kleiber DA., Dattilo J. (2003). *Leisure as a coping resource: variations in coping with traumatic injury and illness*. Leisure Sciences.

Se ha estudiado también que las personas mayores que disfrutan con cierta continuidad de experiencias de ocio que revisten cierto grado de complejidad, son personas intelectualmente más alerta y más implicadas socialmente y con su entorno. Esta continuidad es conduce a Stebbins¹² a hablar de un ocio serio y de un ocio basado en proyectos, que se caracterizan por requerir ciertos esfuerzos y planificación, frente a un ocio casual, puntual y en absoluto organizado.

Otro aspecto que también está recibiendo atención por parte de la comunidad científica del ámbito de la gerontología relacionado con el ocio, es el de la reserva cognitiva. La reserva cognitiva hace referencia a la habilidad del cerebro para tolerar mejor los efectos de la demencia, y puede ser producto de la habilidad innata del sujeto o del impacto de las experiencias vividas como la educación recibida, el trabajo desarrollado o las prácticas de ocio. Numerosos estudios¹³ hallan relaciones significativas entre el uso del tiempo libre y la incidencia de la demencia, coincidiendo con que el ocio cumple una función protectora frente a ésta.

Además, más allá de su potencial para prevenir situaciones no deseadas sobre la salud y el bienestar en general, el ocio puede cumplir una función terapéutica que contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas cuando se produce una ausencia de las condiciones deseables de salud física y psíquica. Se entiende el “ocio terapéutico” como un proceso en el que se utilizan las experiencias de ocio para producir un cambio en la conducta de aquellas personas con problemas o necesidades especiales.

2.7 Dimensiones de la participación en actividades de ocio

En 1974 John Neulinger publicó su hoy clásico *Psychology of Leisure*¹⁴ desarrollando el *modelo de los tres factores de ocio* que pronto fue adoptado por la mayor parte de la comunidad científica. En esta obra el autor desarrolla una tipología que denomina “paradigma del ocio” que se basa en la clasificación de dos dimensiones: *libertad percibida* y *motivación intrínseca*, y que ha sido utilizado de forma reiterada en Estados Unidos a la hora de analizar el ocio.

2.7.1 Motivación intrínseca y libertad percibida

Para que las personas realicen una actividad no basta con que esta actividad sea objetivamente posible de realizar porque se den las condiciones sociales y materiales, es necesario también que exista la motivación de la conducta específica, que es el resultado de

¹² Stebbins, R., (2000). *Un estilo de vida óptimo de ocio: combinar ocio serio y casual en la búsqueda del bienestar personal*, en Cuenca, M. (editor), *Ocio y desarrollo humano*, Bilbao, Universidad de Deusto.

¹³ Scarmeas N, Levy G, Tang MX, Manly J, Stern Y. (2001). *Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease*. Neurology.

¹⁴ Neulinger, J. (1974). *Psychology of Leisure: Research approaches to the study of leisure*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

las necesidades y motivos psicológicos, de los patrones de conducta y otros factores subjetivos. En este sentido, el ocio es un tipo de actividad humana caracterizada por la libertad y el placer, que tiene como impulso primario a la necesidad de juego de toda persona, independientemente de su edad o de otros factores sociales e individuales, y que se expresa mediante un amplio abanico de actividades recreativas en las que se complementan el individuo y la sociedad en conductas y programas recreativos libremente elegidos y realizados por las personas¹⁵

Para poder medir la motivación y la libertad percibida de las personas en la realización de alguna actividad de ocio Sánchez Bañuelos, Mendizábal y Velasco (2000)¹⁶ proponen una batería de ítems compuesta por 45 ítems y 7 dimensiones. Algunos ítems miden los mismos aspectos pero con diferentes enunciados por lo que los autores proponen combinar los ítems en función de la finalidad del estudio.

MOTIVACIÓN Y LIBERTAD PERCIBIDA

❖ Interés / Disfrute

- He disfrutado realizándolas.
- Eran divertidas.
- Pensaba que eran aburridas.
- En absoluto han llamado mi atención.
- Las describiría como muy interesantes.
- Pensaba que eran muy divertidas.
- Mientras realizaba las actividades, estaba pensando cuánto me divertía.

❖ Competencia percibida

- Pienso que soy bueno/a en esa actividad.
- Pienso que hacía bien las actividades, comparado con otros compañeros/as.
- Después de trabajar en estas actividades durante un tiempo, me sentía muy competente.
- Estoy satisfecho/a con mi rendimiento en esa actividad.
- Era muy hábil en esta actividad.
- Es un tipo de actividad que no podía hacer muy bien.

❖ Esfuerzo / Importancia

- Pongo mucho esfuerzo en esto.
- No me esforcé mucho en hacer bien las actividades.

¹⁵ Roque Pujol, R. (2008). *Modelo teórico del ocio: una propuesta de interpretación conceptual*. Revista Digital "ACTIVATE" ICODER, Costa Rica.

¹⁶ Sánchez Bañuelos, F, Mendizábal, S, and Velasco, M. (2000). *Diseño y Validación De Una Escala Para La Medición De La Utilidad Percibida De La Práctica Del Deporte*. Infocoos IV.

- Me esforcé mucho haciéndolas.
- Era importante para mí hacerlas bien.
- No puse mucha energía en hacerlas.

❖ **Presión / Tensión**

- No me encontré en absoluto nervioso/a mientras las hacía.
- Me encontraba muy tenso/a mientras las hacía.
- Estaba muy relajado/a haciéndolas.
- Experimentaba ansiedad mientras trabajaba en esta tarea.
- Me sentía bajo presión mientras las hacía.

❖ **Elección percibida**

- Creo que tenía alguna capacidad de elección mientras hacía estas actividades (creo que mientras hacía estas actividades me daban un poco la posibilidad de elegir).
- Sentía que no tomaba mis propias decisiones haciendo las actividades (He sentido que no participaba en la decisión de realizar esta actividad / Parecía que no era mi propia elección participar en esta actividad).
- Realmente no he tenido la posibilidad de elegir participar en la actividad.
- Me he sentido obligado/a a realizar las actividades.
- Participé en las actividades porque no tuve elección.
- Participé en las actividades porque quería hacerlo.
- Participé en las actividades porque tenía que hacerlo (Me vi obligado/a a participar).

❖ **Valor / Utilidad**

- Creo que esta actividad podría serme de utilidad.
- Pienso que participar en las actividades puede ser útil para prevenir la dependencia.
- Pienso que es importante participar en las actividades porque puede prevenir la dependencia.
- Pienso que es una actividad importante para mí.
- Estaría dispuesto/a a participar de nuevo / repetir porque me ha aportado algo valioso.
- Pienso que participar en las actividades podría ayudarme a prevenir la dependencia y envejecer con éxito.
- Creo que participar en las actividades ha podido ser beneficioso para mí. (Creo que me ha beneficiado participar en las actividades).
- Pienso que es una actividad importante.

❖ **Relaciones**

- Me he sentido realmente distanciado/a del grupo.

- Dudo que las personas del grupo y yo podamos alguna vez ser realmente amigos/as. (Dudo que alguna vez pueda ser realmente amigo/a de mis compañeros/as)
- Sentía que podía confiar realmente en mis compañeros de curso.
- Me gustaría tener la oportunidad de relacionarme con mis compañeros de curso más a menudo
- En el futuro preferiría no tener que volver a relacionarme con mis compañeros de curso
- No he tenido la sensación de que podía confiar realmente en mis compañeros de curso
- Es probable que entre mis compañeros de curso (entre alguno de los compañeros de curso) y yo pueda surgir una amistad (podamos llegar a ser amigos) si mantenemos el contacto.
- Me siento cerca de estas personas. Siento simpatía hacia las personas que forman el grupo. Empatizo con estas personas.

A partir de la lista de variables, y teniendo en cuenta la recomendación de los autores de seleccionar los ítems más adecuados en función de cada investigación, el equipo técnico de la presente investigación ha decidido seleccionar aquellos que mejor se ajustan a los objetivos inicialmente marcados. Además, se ha decidido prescindir de los ítems que hacen referencia a la dimensión de relaciones ya que este aspecto se medirá más específicamente a través de otra escala.

MOTIVACIÓN Y LIBERTAD PERCIBIDA

❖ **Interés / Disfrute**

- He disfrutado realizándolas.
- Eran divertidas.

❖ **Competencia percibida**

- Pienso que soy bueno/a en esa actividad.
- Estoy satisfecho/a con mi rendimiento en esa actividad.

❖ **Esfuerzo / Importancia**

- Me esforcé mucho haciéndolas.
- Era importante para mí hacerlas bien.

❖ **Presión / Tensión**

- Me encontraba muy tenso/a mientras las hacía.
- Me encontraba bajo presión mientras las hacía.

❖ **Elección percibida**

- Participé en la actividad porque quería hacerlo.
- Me vi obligado a participar.
- ❖ **Valor / Utilidad**
 - Creo que esta actividad podría serme de utilidad.
 - Pienso que es una actividad importante para mí.

2.7.2 Utilidad percibida

Otro aspecto de gran interés tanto para el estudio del ocio en general como para la presente investigación consiste en conocer la percepción de utilidad que las personas, en este caso las personas mayores, atribuyen a las actividades de ocio y de carácter social.

En 2000, Sánchez, Mendizábal y Velasco¹⁷ configuraron de una *Escala de Utilidad Percibida de la Actividad Física y el Deporte* constituida por 40 ítems agrupados en 8 factores que cuantifican la utilidad de la práctica de la actividad física y el deporte. Concretamente estas dimensiones son: Liberación e identificación, Desarrollo personal, Búsqueda de experiencias, Forma física y salud, Socialización y relación, Evasión, Riesgo y Competición.

A este trabajo le siguió otro dirigido a validar una escala reducida que también pudiera medir la utilidad percibida en este ámbito deportivo¹⁸. Finalmente, el equipo investigador consiguió validar esta nueva escala que en total cuenta con 12 variables y 4 dimensiones motivacionales: Socialización, Sensación de bienestar, Forma física y salud y por último, Liberación de tensiones.

Tomando estos estudios como punto de partida, dicho equipo decidió adaptar esta escala reducida enmarcada en el mundo del deporte para medir así la utilidad percibida de las personas mayores en la participación en actividades de ocio. La escala que se va a utilizar en este estudio está compuesta por un total de **12 variables y 4 factores**: Desarrollo personal, Relaciones/ Socialización, Evasión y Salud.

¹⁷ Sánchez Bañuelos, F, Mendizábal, S, and Velasco, M. (2000). *Diseño y Validación De Una Escala Para La Medición De La Utilidad Percibida De La Práctica Del Deporte*. Infocoos IV.

¹⁸ Arribas, S., Arruza, J. A., González, O., y Telletxea, S. (2007). *Validación De Una Escala Reducida De Utilidad Percibida De La Práctica De La Actividad Física y El Deporte*. International Journal of Sport Science.

SÁNCHEZ, MENDIZÁBAL, VELASCO (2000) <i>Escala de Utilidad Percibida de la Actividad Física y el Deporte</i>	ARRIBAS, ARRUZA, GONZALEZ, TELLETXEA (2006) <i>Escala Reducida de Utilidad Percibida de la Actividad Física y el Deporte</i>	UTILIDAD PERCIBIDA ENVEJECER CON ÉXITO <i>Escala de Utilidad Percibida de la Participación en Actividades de Ocio</i>
3. Búsqueda de experiencias 2. Socialización y relación	1. Socialización	1. Relación / Socialización
2. Desarrollo personal 8. Competición 7. Riesgo	2. Sensación de bienestar	2. Desarrollo personal
4. Forma física y salud	3. Forma física y salud	3. Salud
1. Liberación e identificación 6. Evasión	4. Liberación de tensiones	4. Evasión

Concretamente, en la Escala Reducida de Utilidad Percibida los autores proponen un total de 12 variables y 4 dimensiones y se basan en una escala de medición de 0 a 100 puntos.

<p>UTILIDAD PERCIBIDA</p> <p>ARRIBAS, ARRUZA, GONZALEZ, TELLETXEA (2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sensación de bienestar <ul style="list-style-type: none"> → Desarrollar un mejor concepto de uno/a mismo/a. → Lograr una mayor seguridad en uno/a mismo/a. → Desarrollar el afán de superación. → Dar salida al afán competitivo. → Expresarse con libertad. ❖ Socialización <ul style="list-style-type: none"> → Comunicarse con los/as demás. → Ayudar mejor a los demás. → Hacer nuevos amigos/as ❖ Liberación de tensiones <ul style="list-style-type: none"> → Olvidar las preocupaciones. → Desahogarse. ❖ Forma física y salud <ul style="list-style-type: none"> → Mejorar y mantener la forma física. → Mejorar y mantener la buena salud.
---	--

Siguiendo a estos autores, a continuación se muestran los ítems que componen cada una de las dimensiones de esta investigación.

UTILIDAD PERCIBIDA

❖ Desarrollo personal

- Desarrollar un mejor concepto de uno/a mismo/a.
- La actividad es beneficiosa para la persona.
- Lograr una mayor seguridad en uno/a mismo/a.
- Desarrollar el afán de superación.
- Aprender cosas nuevas.
- Expresarse con libertad.

❖ Relación / Socialización

- Comunicarse con los/as demás.
- Ayudar a los/as demás.
- Hacer nuevas amistades.

❖ Evasión

- Olvidar las preocupaciones.
- Desahogarse.

❖ Salud

- Mejorar y mantener la buena salud.

2.8. Distintos tipos de participación

Teniendo en cuenta la gran diversidad de actividades que pueden incluirse dentro de la categoría de ocio, diversos autores han tratado de clasificar estas actividades. Así por ejemplo Ragheb¹⁹ se decide por agruparlas en seis categorías: massmedia (ver televisión o leer un periódico); actividades culturales (teatro, conciertos, danza, etc.); actividades deportivas; actividades al aire libre (camping, jardinería, caza, etc.); actividades sociales (visitas a amigos, fiestas, etc.), y hobbies o pasatiempos (fotografía, pintura, coleccionismo, etc.). Overs, Taylor, Cassell y Chernov²⁰, las agruparon cualitativamente en nueve categorías: juegos, educación y entretenimiento cultural, deportes, naturaleza, arte, coleccionismo, artesanía, voluntariado y participación en organizaciones. Kelly²¹ utilizó ocho categorías: culturales, viajes, actividades relacionadas con la casa, ejercicio físico, familia, actividades fuera de casa, comunitarias y sociales. Stones y Kozma²² optaron por clasificarlas en función del contexto en el que se realizaran, lo que les llevó a considerar cuatro grandes entornos de actividad en las personas mayores: implicación con la familia, actividades solitarias, implicación con la comunidad y actividad relativa al hogar.

¹⁹ Beard, J., and M. Ragheb. (1980). *Measuring leisure satisfaction*. Journal of Leisure Research. Vol. 12 No.1.

²⁰ Overs, R.P., S. Taylor, E. Cassell, and M. Chernov (1977) *Avocational Counseling for the Elderly*. Sussex, WI: Avocational Counseling Research, Inc. (as cited in Tinsley and Eldredge, 1995).

²¹ Kelly, J.; Steinkamp, M.; and Kelly, J. (1987). *Later life satisfaction: does leisure contribute?* Leisure Sciences.

²² Stones, M.J. & Kozma, A. (1986). *Happy are they who are happy*. Experimental Ageing Research.

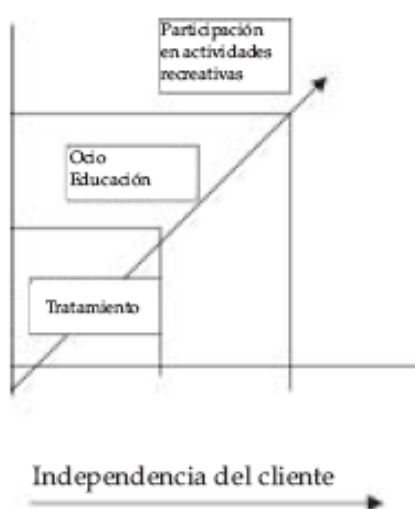
Todo ello viene a concluir que no hay ni mucho menos una única clasificación que defina las actividades de ocio. Por ello, para poder establecer unas categorías que sirvan para categorizar a las personas mayores en la presente investigación se tomará como referencia el Modelo de Habilidad Recreativa de Peterson y Gunn que se describe a continuación.

2.8.1 El Modelo de Habilidad Recreativa

En el *Modelo de Habilidad Recreativa* desarrollado por Peterson y Gunn en 1984²³, y actualizado posteriormente por Peterson y Stumbo (2004)²⁴, se analizan las necesidades, las fortalezas, y las zonas problemáticas de las personas con discapacidad con el fin de decidir si el objetivo será la mejora del área funcional, la prestación de servicios educativos y de asesoramiento para mejorar las oportunidades recreativas, o facilitar experiencias recreativas asistidas con el fin de lograr una participación independiente.

Este modelo se puede utilizar en cualquier ámbito y con personas que tienen necesidades muy especiales. Consiste en tres áreas de servicios principales: tratamiento, educación para el ocio y participación en actividades de ocio. El resultado general de este modelo se centra en desarrollar una vida de ocio satisfactoria, lo que significa que el cliente podrá desenvolverse solo en las experiencias y actividades recreativas de su elección. Cada categoría del modelo - tratamiento, educación para el ocio y participación en actividades de ocio - se utiliza para mejorar y fomentar una conducta conducente a una vida de ocio satisfactoria y una calidad de vida positiva.

MODELO MODIFICADO DE HABILIDAD RECREATIVA



²³ Peterson, C. y Gunn, S. (1984). *Therapeutic Recreation Program Design: Principles and Procedures*. Prentice Hall.

²⁴ Stumbo, N. y Peterson, C. (2003). *Therapeutic Recreation Program Design: Principles and Procedures*, Benjamin Cummings.

El apartado sobre *tratamiento* se utiliza para abordar las deficiencias que un cliente pudiera tener en los cuatro dominios funcionales: físico, mental, emocional/afectivo y social. Estas deficiencias impiden que un cliente pueda participar plenamente en las actividades recreativas y de ocio. Durante el tiempo que dura el tratamiento, el control que el cliente puede ejercer sobre el objetivo del programa es menor, y depende de la orientación del terapeuta recreativo. El terapeuta estructurará las sesiones de tratamiento de manera que se aborden las deficiencias funcionales del cliente, con el fin de eliminar, mejorar considerablemente o enseñar al cliente a adaptarse a las limitaciones funcionales existentes que le impiden desarrollar actividades recreativas de forma independiente.

Los servicios de *educación para el ocio* ayudan a los clientes a adquirir actitudes, conocimientos y habilidades relacionados con el ocio. La educación para el ocio está formada por cuatro componentes:

- 1) toma de conciencia del ocio.
- 2) interacción social.
- 3) capacidad para desarrollar habilidades recreativas.
- 4) recursos recreativos.

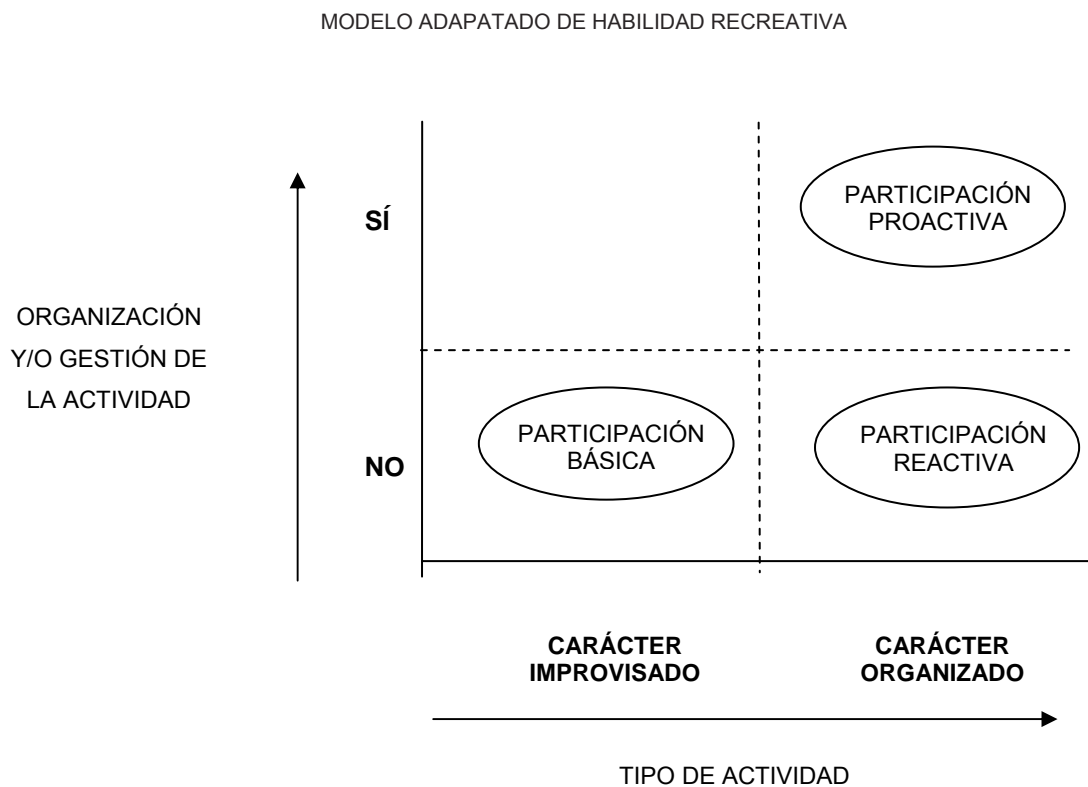
El papel de los terapeutas recreativos es el de educador o facilitador que ayuda al cliente a adquirir conocimientos y habilidades o actitudes y valores personales nuevos. El objetivo de la educación para el ocio es ayudar al cliente o a la familia del cliente a adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para tomar decisiones fundamentadas e independientes sobre su tiempo libre.

El componente de *participación en actividades recreativas* de este modelo se centra en ofrecer actividades recreativas estructuradas que permitan al cliente poner en práctica las habilidades adquiridas y/o experimentar emociones, diversión o placer. El terapeuta ya no está educando ni es el “responsable” de las actividades recreativas del cliente. El cliente tiene la habilidad de tomar decisiones en este campo y puede controlar su tiempo libre o las actividades recreativas.

Los beneficios potenciales de los servicios del ocio terapéutico para las personas con discapacidad son diversos y amplios. Los servicios del ocio terapéutico son eficaces para mejorar el rendimiento físico, cognitivo, social y emocional. Las actuaciones recreativas planificadas cuidadosamente pueden dar lugar a cambios positivos conductuales y de la salud. Además, los servicios del ocio terapéutico aumentan el nivel de independencia lo que permitirá a la persona vivir en sociedad y mejorará la calidad de vida tanto de las personas.

2.8.2 Tipos de participación

Tomando como referencia este modelo teórico, la clasificación de personas mayores se basará fundamentalmente en el análisis de dos variables. Por un lado se estudiará la importancia del **compromiso o la implicación de las personas para con la actividad que realizan** (entendiendo tal como la posibilidad de organizar, planificar y/o gestionar la consecución de dichas actividades), mientras que por otro lado se valorará **el grado de estructuración de dicha actividad** (o lo que es lo mismo, las necesidades de planificación o improvisación intrínseca a dicha actividad). Existe una relación directa y positiva entre ambas variables y la participación, así a mayor implicación personal y mayor grado de estructuración de la actividad mayor participación, y viceversa. Este planteamiento se podría representar gráficamente de la siguiente manera:



Por tanto, en base a este modelo se establecerán **tres tipos de participación**:

En el primer escalón de participación en actividades de ocio se encuentran aquellas personas que realizan una **participación básica**. Quienes componen este grupo son aquellas personas que, por lo general, realizan actividades que requieren poca organización y planificación previa y que, por tanto, se pueden clasificar como actividades con un carácter altamente improvisado. Debido a esta naturaleza más espontánea tampoco se requiere apenas de personas que gestionen su consecución. De manera general, entre las personas mayores que componen este grupo no hay un alto compromiso ni con la actividad ni con las personas que realizan

dicha actividad. Algunos ejemplos de actividades que entran dentro de este grupo son leer el periódico/ revista, ver la televisión, jugar a cartas, oír la radio...

Tras este grupo y en un segundo nivel de participación se sitúan las personas que llevan a cabo una **participación reactiva**. A diferencia del caso anterior, las actividades que realizan estas personas exigen una mayor planificación y organización previa (por ejemplo concretar fechas, reunir a un grupo de personas, alquilar material...), sin embargo, estas personas no son las encargadas de realizar estas gestiones. En este sentido se trata de delegar en terceras personas el papel de representar, defender o hablar por un grupo de personas. El compromiso que resulta de esta participación está más ligado a la actividad que a la propia organización que la promueve, por lo que en cierta medida son “activistas”. Un ejemplo de personas mayores que participan reactivamente son aquellas que acuden a las salidas y excursiones, comidas y cursos que se ofertan desde los clubes y asociaciones de personas mayores.

En la instancia más alta de participación se encuentran quienes ejercen una **participación proactiva**. Estas personas participan en actividades de carácter más estructurado y que requieren de una mayor planificación. Pero además, y a diferencia de los otros grupos de participación, son estas mismas personas las que se encargan de la organización y/o gestión de dichas actividades. La implicación personal, por tanto de estas personas para con la organización es considerablemente más alta ya que entre quienes participan proactivamente existe un sentimiento de pertenencia a un grupo así como una identificación con los fines y objetivos de la organización. Se podría decir que en este caso la participación es un proyecto de vida y no se centra en el desarrollo de una actividad. Así, por ejemplo, las personas que componen la junta directiva de una asociación de mayores entrarían dentro de este grupo.

CUADRO-RESUMEN DE LOS TRES TIPOS DE PARTICIPACIÓN

PARTICIPACIÓN BÁSICA	PARTICIPACIÓN REACTIVA	PARTICIPACIÓN PROACTIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de actividades fundamentalmente de carácter improvisado. • No existe un alto compromiso con la actividad ni con las personas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Son “activistas”, ya que están comprometidos con la actividad, en el sentido de que requiere mayor planificación. • Delegan en terceras personas el papel de organizar, representar, defender o hablar por un grupo de personas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso personal con el grupo y sus objetivos. • Requiere una implicación en la planificación y ejecución de las actividades. • La participación forma parte de su proyecto de vida

2.9 Predisposición a la dependencia

2.9.1 El comportamiento como factor clave para envejecer con éxito

Existe un notable consenso y evidencia empírica de que el comportamiento de las personas se relaciona con la salud, la longevidad y la calidad de vida. De hecho, el modelo de envejecimiento exitoso de Baltes y Baltes descansa precisamente en esta misma perspectiva: a través de los mecanismos de selección, optimización y compensación se consigue una vida más restringida pero efectiva²⁵.

Diversos estudios acentúan la importancia del comportamiento como uno de los determinantes más notorios de la salud y cantidad de vida de las personas. Así por ejemplo, el grupo Belloc y Breslow²⁶ investigó en el Estudio del Condado de Alameda (California) la relación entre una serie de conductas personales de salud (mantener un peso equilibrado, no fumar cigarrillos, no beber alcohol o hacerlo de manera moderada, mantener una actividad física regular entre otras) y el estado de salud y bienestar posterior así como su repercusión en la tasa de mortalidad. Sus resultados mostraron la estrecha relación entre la práctica de estos hábitos de salud y las diferencias en el estado de salud como en la mortalidad posterior. El Estudio Longitudinal del Condado de Alameda²⁷ revela que las conductas de salud no son estables a lo largo del ciclo vital y que los cambios de comportamiento, a su vez, tienen efectos sobre la salud y la mortalidad incluso en personas de 70 años, lo que significa que, en la edad avanzada, determinadas prácticas relacionadas con la salud o el aprendizaje se relacionan con la prevención de la dependencia. También Coleman e Iso-Ahola²⁸ han basado la explicación de los beneficios del ocio en que éste influye en la salud y bienestar subjetivo a través de su capacidad para facilitar las conductas de afrontamiento en respuesta a los eventos y transiciones vitales.

Además de estos, otros muchos estudios han puesto de relieve la importancia de los estilos de vida como condicionantes de la salud de las personas. De esta manera, el estilo de vida (entendiendo tal como aquellas actitudes y valores de las personas en interacción con el medio y que tiene que ver con la salud) pasa a ser uno de los factores de modificables más importante en la actualidad ligado a la salud y a la enfermedad.

Por todo ello, se puede afirmar que determinados comportamientos pueden ser factores protectores y promotores de salud o actuar como variables de riesgo de mortalidad y

²⁵ Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1990). *Successful Aging: perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

²⁶ Belloc, N.B., Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*.

²⁷ Camacho T.C., Roberts, R.E., Lazarus, N.B., and G.A. Kaplan. (1991) *Physical activity and depression: Evidence from the alameda county study*. *American Journal of Epidemiology*.

²⁸ Coleman, D. e Iso-Ahola, S. (1993). Leisure and health: the role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research*, Vol. 25.

dependencia. Frente a los desgastes propios de la edad, el comportamiento pasaría a ser una variable fundamental como predictor de enfermedad y dependencia.

2.9.2 La relación entre el comportamiento y la salud en la vejez

Hoy en día existe suficiente evidencia científica para afirmar que es posible disminuir de forma significativa la incidencia, la prevalencia y la intensidad de la enfermedad, la discapacidad y, con ello, la dependencia de las personas mayores.

En este sentido la **predisposición a la dependencia** se puede entender como el producto entre aquellos factores predictores de dependencia (*factores de riesgo*) y aquellos que modulan o amortiguan la posibilidad de padecer una vejez dependiente (*factores moduladores*). A medida que se acumulan factores de riesgo de padecer una vejez dependiente aumenta la predisposición de las personas a la dependencia. Por el contrario, si aumentan los factores protectores frente a la dependencia, estas probabilidades de sobrellevar una vejez dependiente van disminuyendo. La fórmula que representaría esta idea que guía la investigación se traduciría de la siguiente manera:

$$\text{Predisposición a la dependencia} = \frac{\text{Factores de riesgo} + \text{Otros factores ambientales}}{\text{Factores moduladores} + \text{Otros factores ambientales}}$$

En lo que se refiere a los *factores de riesgo*, algunos aspectos demográficos, culturales, socioeconómicos, y de comportamiento, además de los referidos al estado de salud (objetivo o percibido) arrojan una incidencia de la dependencia que sugiere una fuerte relación entre estas características mostradas a lo largo de la vida, y el riesgo de dependencia en la vejez que asumen las personas. Éstos pueden ser definidos como aquellos factores objetivos que predisponen a una persona a ser dependiente, de manera que la acumulación de los factores de riesgo indica una mayor posibilidad de que una persona llegue a ser dependiente.

Del mismo modo, diversos comportamientos se muestran también como promotores de la salud y por tanto pueden llegar a modular la dependencia. Los *factores moduladores* de la dependencia no son factores determinantes de dependencia, sin embargo son capaces de amortiguar en mayor o menor medida dicha predisposición a la dependencia.

Como se ha dicho, algunos aspectos demográficos, culturales, socioeconómicos, y de comportamiento pueden incidir de manera directa sobre la dependencia entre las personas mayores, lo que hace que puedan ser entendidos como *factores de riesgo*.

El informe sobre *Dependencia y Necesidades Asistenciales de las Personas Mayores en España*²⁹ establece un total de 15 **factores predictores** de una vejez dependiente que sirven como indicadores para conocer *el índice de riesgo de dependencia* de las personas mayores. Según este estudio, la acumulación de factores incrementa la predisposición de la dependencia en la vejez.

FACTORES DE RIESGO	❖ Factores demográficos
	→ Sexo
	→ Edad
	→ Estado Civil
	❖ Factores culturales
	→ Alfabetización
	→ Estudios
	❖ Factores económicos y sociales
	→ Nivel de ingresos
	→ Esfuerzo físico en el trabajo
	❖ Factores fisiológicos
	→ Salud percibida
	→ Número de enfermedades crónicas
	→ Encamamiento
	→ Índice de Masa Corporal
→ Medicación	
❖ Conductas saludables y hábitos de vida	
→ Realiza ejercicio físico	
→ Fuma	
→ Consumo de alcohol	

A continuación se describe brevemente en qué medida estos factores pueden ser predictores de una vejez dependiente:

²⁹ Abellán García A., Puga González MD. (2001). *Dependencia y Necesidades Asistenciales de las Personas Mayores en España. Previsión al año 2010*. Fundación Pfizer y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid

FACTORES DEMOGRÁFICOS:

Sexo: Esta variable se revela como un fuerte determinante de las limitaciones en la vejez, independientemente de que la población de edad sea mayoritariamente femenina. Parece ser que la feminidad de la dependencia es un efecto de la edad, la viudedad y la soledad en mayor medida que un efecto de la propia condición femenina; aunque la condición femenina sí puede empeorar la gravedad de la misma.

Edad: La edad es otro de los grandes factores explicativos de la dependencia. La incidencia de la dependencia sugiere una reflexión en torno a la pretendida homogeneidad de una vejez que generalmente se sobre-entiende como un periodo único.

Estado Civil: La presencia de dependencia también muestra un patrón diferenciado por estado civil. La soledad en los hombres de estas generaciones se traduce fácilmente en la necesidad de ayuda en el ámbito doméstico. No hay que olvidar que la soledad, la sensación de vulnerabilidad y “abandono” así como la falta de apoyo influyen en la percepción de la propia autonomía. Por tanto, la cobertura social que tenga la persona resulta determinante en la demanda de ayuda que presenta en la vejez: las redes sociales con las que cuente y el nivel de apoyo que reciba o de aislamiento que padezca.

FACTORES CULTURALES

Nivel educativo alcanzado: Los grupos de población que tienen una educación más pobre presentan los peores indicadores de salud. El corte especialmente significativo es el paso de la primaria a niveles de instrucción superiores, sea porque dicha prolongación académica supuso una entrada en el mercado laboral a edades un poco menos prematuras y posiblemente posibilitó una trayectoria más favorable. Los años de escolarización provocan el desarrollo de una serie de capacidades que están positivamente relacionadas con las circunstancias de la vida que afectan a la salud, incluyendo un empleo remunerado a tiempo completo, un trabajo satisfactorio, un bienestar económico, así como una sensación de control personal y de apoyo social. La educación también está relacionada con un estilo de vida.

Analfabetismo: El analfabetismo alcanza gran relevancia entre las personas mayores, especialmente entre las mujeres. Las personas analfabetas duplican los niveles de dependencia de quienes al menos saben leer y escribir aunque no tengan estudios. El analfabetismo supone por sí mismo uno de los mayores riesgos de encontrarse en una situación de dependencia. Estos parecen sugerir que los recursos culturales mínimos se convierten para los mayores no solo en un valioso instrumento para manejarse en una sociedad compleja, sino en imprescindibles para poder encontrar las estrategias y los recursos necesarios para salvar las propias dificultades o para enfrentarse a ellas.

FACTORES ECONÓMICOS

Profesión y sedentarismo: El tipo de actividad desarrollada a lo largo de la vida presenta consecuencias, evidenciándose una alta relación entre la dependencia en la vejez y actividades sedentarias a lo largo de la vida. La actividad física requerida por el ejercicio profesional se traduce en riesgos diferenciales de cara a la vejez dependiente, de forma que los que desarrollan una actividad sedentaria duplican los riesgos de dependencia, por encima incluso de quienes han realizado trabajos

pesados con grandes esfuerzos físicos. El nivel de sedentarismo durante la biografía resulta también altamente determinante de la gravedad de la situación de dependencia.

Nivel de ingresos: Las necesidades de asistencia en la vejez aumentan de forma constante conforme disminuye el nivel de renta. El nivel de ingresos se muestra muy relacionado con la edad, el género y el estado civil. No sólo las más mayores son mujeres y son viudas, sino que además, dado lo reducido de las pensiones de viudedad, son pobres. Obviamente el nivel de ingresos muestra también una fuerte correlación tanto con la profesión como con el nivel educativo.

FACTORES FISIOLÓGICOS

Salud subjetiva: Las personas mayores que se sienten enfermas o débiles, o simplemente no se sienten capaces de realizar determinada actividad, se convierten en demandantes de cuidados independientemente del diagnóstico médico de su estado o de sus limitaciones físicas objetivas. Se encuentra, por tanto, una muy fuerte relación entre la autopercepción del estado de salud y la dependencia. Se puede decir incluso que la propia percepción de la salud determina más la dependencia que el propio diagnóstico médico. Existe una gran relación entre “cómo se siente” una persona y lo que esa persona hace. Por ello, lo que las personas perciben como estado de salud refleja mucho más que el estado físico actual, en él también pesan factores sociales, económicos, del entorno, etc. De hecho, el estado de salud es un indicador con fuertes componentes sociales.

Índice de Masa Corporal: El nivel de corpulencia está relacionado con las habilidades funcionales primarias, restringiendo la movilidad y las actividades que requieran un cierto grado de flexibilidad. La obesidad no sólo supone un mayor riesgo de sufrir enfermedades invalidantes sino que supone un obstáculo en sí misma en la realización de actividades habituales. De hecho se produce un efecto en cadena: las condiciones crónicas limitan la actividad física, contribuyendo a ganar peso, que a su vez reduce todavía más la actividad. Entre quienes tienen un índice de masa corporal demasiado bajo la dependencia vuelve a mostrarse presente aunque no tanto como causa sino como consecuencia de la propia dependencia.

CONDUCTAS SALUDABLES Y HáBITOS DE VIDA

Ejercicio físico: El estado de salud en la vejez parece estar estrechamente ligado con unos hábitos de vida saludables. El sedentarismo parece perfilarse como un componente de riesgo de dependencia frente a los beneficios derivados de la práctica de alguna actividad física, independientemente de la intensidad de la misma. Por tanto, entre los hábitos de vida, parece que es la práctica de algún ejercicio físico la mejor medida para rebajar el riesgo de dependencia. Además, el ejercicio físico reduce también la gravedad de la dependencia.

Consumo de alcohol y tabaco: Los datos reflejan el efecto cruzado de la edad y el género oculto tras los hábitos diferenciados para hombres y mujeres. Para estas generaciones los hábitos de consumo de tabaco y alcohol eran fundamentalmente masculinos, estando poco extendido entre las mujeres hasta generaciones posteriores. Entre los hombres, lo que sufren mayor riesgo de dependencia son los más mayores que actualmente ven limitado o totalmente

anulado su consumo, mientras que los que más tabaco y alcohol consumen son los más jóvenes que como llevan menos años consumiendo muestran menores tasas de dependencia. Entre las mujeres, el consumo de tabaco fue muy infrecuente sin embargo, no lo fue tanto el consumo de alcohol. En este caso el patrón de la incidencia de la dependencia es igual al de los hombres; las más jóvenes pueden seguir consumiendo pero que hasta ahora lo han hecho durante menos años son las que menores tasas de dependencia presentan y viceversa.

Tomando como referencia este trabajo realizado por la fundación Pfizer y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), las variables que van a formar parte del análisis de esta investigación coincide casi en su totalidad con las mencionadas. Sin embargo, y teniendo en cuenta la población objeto de estudio a la que se dirige la investigación, únicamente se extraerá del análisis la variable *encamamiento*, ya que ninguna de las personas que forman parte de la muestra puede estar encamada.

FACTORES DE RIESGO

- ❖ Factores **demográficos**
 - Sexo
 - Edad
 - Estado Civil
- ❖ Factores **culturales**
 - Alfabetización
 - Estudios
- ❖ Factores **económicos y sociales**
 - Nivel de ingresos
 - Esfuerzo físico en el trabajo
- ❖ Factores **fisiológicos**
 - Salud percibida
 - Número de enfermedades crónicas
 - Índice de Masa Corporal
 - Medicación
- ❖ **Conductas saludables y hábitos de vida**
 - Realiza ejercicio físico
 - Fuma
 - Consumo de alcohol

Los factores moduladores, por el contrario, son aquellos que se muestran también como promotores de la salud y, por ello, pueden llegar a amortiguar en cierta medida las posibilidades de padecer una vejez dependiente. Mantener unos adecuados hábitos de vida, practicar ejercicio, cuidar la nutrición, mantener la mente activa, seguir aprendiendo, relacionándose, son ejemplos de comportamientos protectores de la salud.

En este mismo sentido, algunos autores afirman que poseer una red de apoyo social también es un factor modulador de la dependencia ya que suministran a las personas las provisiones psicosociales necesarias para mantener su salud psicológica y emocional³⁰.

Autores como Díaz-Veiga han remarcado la importancia del apoyo social a la hora de describir el funcionamiento social en la vejez. La cantidad y calidad de las relaciones que tiene un individuo y que le proveen de ayuda, afecto y autoafirmación personal tienen no sólo influencia en el funcionamiento social de la persona, sino que median en el mantenimiento de la autoestima durante la vejez y tienen una posible función amortiguadora en relación con las pérdidas³¹.

A partir de la década de los setenta proliferan las definiciones de apoyo social, sin embargo cada autor trabaja con una definición y un instrumento distinto para evaluarlo, lo que dificulta enormemente la labor de síntesis de los diferentes estudios³². Uno de los intentos más rigurosos por definir el apoyo social lo realiza Lin³³ que lo conceptualiza como “el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis”.

Una de estos medidores de salud sociofamiliar es la Escala de Duke-UNC-11. Este cuestionario es una herramienta que permite la evaluación cuantitativa del apoyo social en dos dimensiones del mismo: la confidencial (personas a las que comunicar sentimientos íntimos) y la afectiva (personas que expresan sentimientos de empatía). El apoyo social, entendido como interrelación entre el individuo y su medio, ha demostrado su relación con el estado de salud y la autopercepción del mismo

³⁰ Caplan, G. (1974): *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioural Publications.

³¹ Díaz Veiga, P. (1987). *Evaluación del apoyo social*. En R. Fernández-Ballesteros (ed.): *El ambiente: análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.

³² Gracia, E.; Herrero, J., y Musitu, G. (1995): *El apoyo social*. Barcelona: PPU.

³³ Lin, N., y Ensel, W. (1989): *Life stress and health: stressors and resources*. American Sociological Review, 54.

Un total de 11 variables componen esta escala de Duke-UNC-11:

APOYO SOCIAL

- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.
- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.
- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.
- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.
- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.
- Recibo amor y afecto.
- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.
- Recibo ayuda cuando estoy por enfermedad en la cama.
- Recibo visitas de mis amigos/as y familiares
- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa
- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos prioritarios de la investigación consiste en conocer el grado de asociación existente entre la participación social de las personas mayores y el apoyo social que deriva de dicha participación, se ha decidido adaptar esta escala y analizar un total de 7 ítems que son los que en mayor medida aportan información sobre esta cuestión. Los ítems que se estudiarán por tanto en esta investigación son los siguientes:

APOYO SOCIAL DERIVADO DE LA PARTICIPACIÓN

- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.
- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.
- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.
- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.
- Recibo cariño y afecto.
- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.
- Recibo ayuda cuando estoy por enfermedad en la cama.

El *modelo del efecto directo o hipótesis de efectos principales del apoyo* postula que el apoyo social ejerce un efecto principal beneficioso en la salud y en el bienestar independientemente de que ocurra o no un evento que provoque estrés. Es probable que el efecto sea realizado a través de variables intermedias (autoestima o control percibido).

El *modelo de amortiguación* plantea que el apoyo opera primariamente en la presencia de un evento amenazante para que disminuya su impacto³⁴ y protege a las personas de las influencias potencialmente negativas de los sucesos estresantes. El apoyo social, según esta hipótesis, podría no influir necesariamente en el bienestar en ausencia de un evento.

El *modelo interactivo de los efectos amortiguadores*³⁵ considera el apoyo social como una variable mediadora bajo la cual el estrés ejerce un impacto sustancialmente menor. Inversamente, en ausencia de apoyo social el estrés tendría un efecto perjudicial o incrementaría la probabilidad de aparición de problemas. Según esta formulación, el apoyo social tendría efectos beneficiosos únicamente durante situaciones estresantes, siendo poco significativo su impacto en la salud o el bienestar en ausencia de estrés.

³⁴ Murphy, E. (1982): *Social origins of depression in old age*. British Journal of Psychiatry, 141.

³⁵ Cohen, S. (1992): *Stress, social support and disorder*. En H. Baumann y U. Veiel (eds.): *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.

3. FICHA TÉCNICA

3.1 FINALIDAD Y OBJETIVOS

El presente estudio se encamina a demostrar los beneficios de la participación social en la prevención de la dependencia. En última instancia el proyecto persigue validar una hipótesis según la cual la participación en **programas sociales orientados a la población mayor** juega un papel amortiguador con respecto a la **dependencia** de dicha población.

Más concretamente la investigación persigue los siguientes **objetivos específicos**:

1. Averiguar la posible asociación entre determinadas variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de ingresos, etc. y la participación social entre la población mayor.
2. Describir en la medida de lo posible el perfil de la persona mayor que se corresponde con cada uno de los diferentes niveles de participación social y comprobar hasta qué punto está presente en cada perfil *de riesgo de dependencia* que aumenta la predisposición general a padecer una vejez dependiente.
3. Conocer la valoración que el colectivo de personas mayores realiza sobre el apoyo y los vínculos sociales que derivan de su participación social.
4. Conocer la valoración de la población mayor en lo que respecta a la motivación intrínseca y libertad percibida en su participación social.
5. Conocer la valoración de las personas mayores acerca de la utilidad percibida en su participación en actividades de carácter social.
6. Averiguar el grado de asociación existente entre la participación social de las personas mayores y los beneficios que derivan de dicha participación. Dicho de otro modo, se pretende comprobar si existe relación entre la participación social y los indicadores que miden el apoyo social, la utilidad percibida, la motivación intrínseca y la libertad percibida.

Además, la presente investigación persigue los siguientes **objetivos secundarios**:

7. Transferir los resultados del proyecto a la sociedad en general para conseguir una mayor sensibilización sobre la importancia de la participación social de las personas mayores.
8. Transferir los resultados del proyecto a las organizaciones de personas mayores para que incorporen los programas de intervención a su cultura organizativa y a sus planes de gestión.

9. Proporcionar a los sistemas social y sanitario información y orientación pertinente para el desarrollo de un Plan Estratégico Interinstitucional para la Prevención de la Dependencia en la CAPV.

3.2 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO Y MUESTRA ESTUDIADA

De manera general se podría decir que el objeto de estudio de la presente investigación versa en torno a las personas mayores. Sin embargo, en un plano operativo este concepto resulta demasiado ambiguo e impreciso, lo que impide acotar con exactitud quiénes van a ser las personas que van a formar parte del objeto de estudio. Por ello, se hace necesario establecer ciertos criterios que concreten en mayor medida qué se va a entender por persona mayor en el marco de la presente investigación, o lo que es lo mismo, quiénes van a formar parte de la muestra definitiva y quienes no. Los criterios que se han establecido son los siguientes:

- **Que tengan una edad comprendida entre los 65 y los 85 años.** A pesar de que la edad no es el único factor que determina la dependencia, es cierto que los mayores índices de dependencia se concentran especialmente entre las personas más longevas, por ello, y con el fin de que la variable edad no desvirtúe demasiado los resultados se ha decidido establecer un máximo. Aún así, el intervalo de edad seleccionado comprende al 90% de la población de más de 65 años de Bizkaia.
- **Que residan en Bizkaia.**
- **Que realicen alguna actividad de ocio o de carácter social en su tiempo libre, independientemente del tipo de actividad que lleven a cabo.** Dado que el análisis persigue analizar la influencia de la participación en actividades de ocio y carácter social se hace necesario establecer diferentes grados de participación. Por ello, se han identificado tres tipos de participación en función del grado de implicación y la necesidad de gestión/organización de la actividad: participación básica, reactiva y proactiva³⁶.
- Por último, se ha decidido cribar a las personas mayores que, aún cumpliendo todos los criterios anteriores, perciban su estado de salud como **muy malo y que a su vez padezcan depresión, trastornos mentales o alzhéimer**. El motivo que ha llevado al equipo técnico a tomar esta decisión se basa en la importancia determinante que tiene la autopercepción del estado de salud de las personas mayores a la hora de garantizar las condiciones psicológicas y/o emocionales necesarias para responder al cuestionario, lo que se ha considerado criterio suficiente para anular la participación de estas personas.

A pesar de no conocer con exactitud el universo al que nos dirigimos ya que no disponemos de datos en relación al volumen de personas mayores que participan según cada uno de los distintos niveles preestablecidos, algunos datos generales pueden ayudar a delimitar un universo orientativo que guíe el posterior trabajo de campo. Así, en base a los datos que proporciona el Eustat sobre demografía y población, en 2001³⁷ había en Bizkaia

³⁶ Para Más información ver apartado 2.8 del Marco teórico y conceptual.

³⁷ Eustat 2001

aproximadamente unas 189.216 personas con edades entre los 65 y 85 años. El 42,5% de ellas son hombres (80.459) y el 57,5% mujeres (108.757).

Una vez establecido el universo, se ha pasado a identificar el número de personas que pudiera considerarse suficiente en términos de representatividad estadística. A priori para un universo superior a los 100.000 sujetos una muestra de 383 permitiría que los resultados de la encuestación fueran extrapolados al conjunto de la población con un nivel de confianza del 95,5% y un margen de error de +/-5% (parámetros aceptados para considerar datos estadísticamente representativos).

De otro lado, dado el objetivo fundamental de la presente investigación el nivel de participación social de los sujetos se ha utilizado como criterio de selección muestral, esto es, las personas mayores encuestadas se han clasificado en función de los diferentes grados de participación predeterminados (participación básica, reactiva y proactiva³⁸) y con el fin de garantizar una comparativa entre grupos se ha decidido intentar estudiar un número igual de casos.

CONFIGURACIÓN DE LA MUESTRA IDEAL

PARTICIPACIÓN BÁSICA	PARICIPACIÓN REACTIVA	PARTICIPACIÓN PROACTIVA	TOTAL
130 personas	130 personas	130 personas	390 personas

Finalmente la muestra efectiva conseguida se acerca en gran medida a la cifra global pretendida pero sigue la siguiente distribución:

CONFIGURACIÓN DE LA MUESTRA FINAL EFECTIVA. CASOS ESTUDIADOS

PARTICIPACIÓN BÁSICA	PARICIPACIÓN REACTIVA	PARTICIPACIÓN PROACTIVA	TOTAL
68 personas	130 personas	130 personas	261 personas

³⁸ Para más información ver apartado 2.8 del Marco teórico y conceptual

3.3 METODOLOGÍA

Con el objetivo de utilizar las técnicas más adecuadas que se requieren en cada fase, el estudio combina la metodología cualitativa y la cuantitativa.

En un primer momento el interés se ha centrado en enmarcar y contextualizar la investigación para lo que resulta más adecuado el uso de una *metodología cualitativa*. El valor de la metodología cualitativa reside en que se orienta a la búsqueda de significado y una vez ha sido cuidadosamente diseñada y programada, permite acercarse al centro de la cuestión que se analiza, a través de la distinción y descripción de todos aquellos procesos que no aparecen a simple vista. Concretamente las dos técnicas empleadas en esta fase han sido el **vaciado bibliográfico** y el **grupo de trabajo con personas expertas**.

TECNICAS CUALITATIVAS

VACIADO BIBLIOGRÁFICO

Se ha llevado a cabo una revisión y selección de bibliografía y de publicaciones especializadas y específicas con el fin de recabar las teorías y explicaciones que actualmente se barajan para que sirvan de marco del estudio.

GRUPO DE TRABAJO CON PERSONAS EXPERTAS

Se ha constituido un equipo motor formado por el equipo técnico investigador y algunas personas expertas vinculadas al ámbito de las personas mayores. Este equipo se ha encargado de trabajar el encuadre teórico de la investigación así como de la elaboración de herramientas y protocolo de recogida de la información.

En un primer momento se ha procedido a la identificación y sistematización de fuentes coherentes con el objeto de estudio para alcanzar el objetivo de obtener información relevante, pertinente, actualizada y de calidad sobre el tema:

- **Fuentes directas.** Revisión y selección de bibliografía y de publicaciones especializadas y específicas: libros y publicaciones seriadas.
- **Fuentes indirectas.** Todos los recursos informativos y documentales, en cualquier soporte, que recojan información de interés: sitios Web, memorias, bases de datos, informes y dossiers, documentación generada por las propias entidades. Aquí se incluye también el contacto para recabar información que se establezca con las entidades y/o instituciones.

El grupo de trabajo con personas expertas se ha compuesto por un total de 5 personas y se ha convocado en un total de 5 sesiones presenciales de una duración aproximada de 3 horas cada una:

SESIÓN	OBJETIVOS
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Trabajar sobre una serie de definiciones que serán reflejo de determinados enfoques y que sentarán las bases del estudio. ▶ Contrastar el documento elaborado con las aportaciones recogidas en la primera sesión.
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Concretar en mayor grado las definiciones trabajadas (especialmente la de participación social). ▶ Revisar los factores que influyen en la dependencia.
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Contrastar el documento elaborado con las aportaciones recogidas en la sesión anterior. Consensuar especialmente la definición de participación social. ▶ Trabajar sobre los factores de dependencia.
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aclarar algunos aspectos relativos al análisis. ▶ Contrastar el primer borrador del cuestionario. ▶ Contrastar el segundo borrador del cuestionario de cara a elaborar el cuestionario definitivo.
Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Establecer los criterios que establecerán los grados de dependencia y de participación. ▶ Empezar a planificar la estrategia que se desarrollara para la realización del trabajo de campo.

La segunda parte, en cambio, se ha llevado a cabo una *metodología cuantitativa* ya que lo que se pretendía era mostrar una radiografía de la situación que se trata de analizar reflejando en datos aquellos aspectos que pueden ser cuantificables. Para ello, el equipo técnico ha utilizado una herramienta esencial como es el **cuestionario**.

EL CUESTIONARIO

El cuestionario ha permitido recoger datos sobre la población objeto de estudio, enmarcados en diferentes aspectos a investigar en función de los objetivos de la investigación.

Se ha trabajado con un cuestionario escrito que puede ser tanto **autoadministrado** como **administrado** por el personal del equipo técnico en función de la capacidad y el deseo de la persona a la que se va a encuestar. Está formado por un total de **25 preguntas y 68 variables**. La mayor parte de las variables que conforman el cuestionario son de **escala sociométrica** que se caracteriza porque las contestaciones a las preguntas tienen atribuido un valor numérico, lo que permite cifrar cuantitativamente y, en cierto modo, medir el nivel que alcanza en cada caso el aspecto investigado.

Además, el cuestionario contempla una serie de **variables de atributo** o sociodemográficas. Estas variables guardan relación con el perfil de quien contesta y constituyen el conjunto de variables independientes a considerar en el tratamiento estadístico de los resultados (sexo, edad, estado civil, nivel de ingresos, etc.)

En función de los objetivos específicos que persigue la investigación, el cuestionario aborda diferentes dimensiones:

- ▶ El **apoyo social** que deriva de la participación
- ▶ La **motivación intrínseca y libertad percibida**
- ▶ La **utilidad percibida**

De cara a abordar cada una de estas dimensiones, y como ya se ha ido señalando a lo largo del documento, se ha optado por trasladar y adaptar a esta investigación algunas escalas utilizadas en numerosos estudios. A modo de resumen se mencionan los indicadores que miden cada uno de las dimensiones mencionadas:

Variables de atributo

Para conocer el nivel de predisposición de las personas mayores a padecer una vejez dependiente se han seleccionado **14 ítems** que se distribuyen en **5 dimensiones** diferentes.

FACTORES DE RIESGO	❖ Factores demográficos
	→ Sexo
	→ Edad
	→ Estado Civil
	❖ Factores culturales
	→ Alfabetización
	→ Estudios
	❖ Factores económicos y sociales
	→ Nivel de ingresos
	→ Esfuerzo físico en el trabajo
	❖ Factores fisiológicos
	→ Salud percibida
	→ Número de enfermedades crónicas
	→ Índice de Masa Corporal
→ Medicación	
❖ Conductas saludables y hábitos de vida	
→ Realiza ejercicio físico	
→ Fuma	
→ Consumo de alcohol	

La acumulación de factores de riesgo en una persona incrementa las posibilidades de que ésta sea dependiente, por lo que metodológicamente se hace necesario establecer una escala que permita medir de manera conjunta el *índice de riesgo de dependencia*. Para ello, se ha elaborado una escala de 0 a 13 puntos, en la que 0 sea la ausencia total de factores de riesgo y 13 la presencia de todos estos factores en una misma persona. En función de esta puntuación, el *índice de riesgo de dependencia* será calificado como **índice de riesgo bajo** cuando la persona acumule hasta 3 factores de riesgo, **índice de riesgo medio** cuando posea entre 4 y 7 factores y por último **índice de riesgo alto** cuando la persona cuente con más de 7 factores de riesgo. La distribución de las puntuaciones se recoge en la siguiente tabla:

FACTORES QUE PREDISPONEN A LA DEPENDENCIA

CONDUCTAS SALUDABLES Y HABITOS DE VIDA		PUNTUACIONES
FUMAR	Habitualmente	1
	Ha fumado	0
	Nunca	0
ALCOHOL	Diario o frecuente	1
	Ninguno o esporádico	0
ACTIVIDAD FÍSICA	Si, alguno	0
	No, ninguno	1
FACTORES FISIOLÓGICOS		
ENFERMEDAD CRÓNICA	0	0
	1 ó 2	0
	3 ó +	1
MEDICACIÓN	Sí	1
	No	0
IMC	0 -22	0
	23-29	0
	30-34	0
	35 o +	1
FACTORES DEMOGRÁFICOS		
EDAD	65-74	0
	75 o +	1
SEXO	Hombre	0
	Mujer	1
ESTADO CIVIL	Soltero/a	0
	Casado/a	0
	Viudo/a	1
	Divorciado/a	0
FACTORES CULTURALES		
ALFABETIZACIÓN	Analfabeto	1
	Lee o con estudios	0
NIVEL DE ESTUDIOS	Sin estudios	1
	Primarios	0
	Secundarios	0
	Universitarios	0
FACTORES ECONÓMICOS Y SOCIALES		
NIVEL INGRESOS	<500€	1
	500-1000€	0
	> 1000€	0
TIPO ACTIVIDAD REALIZADA	Sedentario	1
	No sedentario sin grandes esfuerzo	0
	No sedentario con esfuerzo	0
PREDISPOSICIÓN A LA DEPENDENCIA		TOTAL

El apoyo social que deriva de la participación

Para medir el apoyo social que deriva de la participación en actividades de ocio, se ha decidido adaptar la escala Duke-UNC-11 y utilizar un total de **7 ítems** que se adaptan en mayor medida al objetivo de conocer la asociación en existente entre la participación social de las personas mayores y el apoyo social que deriva de dicha participación.

Esta escala permite la evaluación cuantitativa del apoyo social en **dos dimensiones**: la *confidencial* (personas a las que comunicar sentimientos íntimos) y la *afectiva* (personas que expresan sentimientos de empatía). Las categorías de respuesta fueron una escala de cinco categorías (valoradas de 1 a 5), siendo *tanto como deseo* y *mucho menos de lo que deseo* los límites o extremos de la escala.

APOYO SOCIAL DERIVADO DE LA PARTICIPACIÓN

❖ Confidencia

- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.
- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.
- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.
- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.

❖ Afecto

- Recibo amor y afecto.
- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.
- Recibo ayuda cuando estoy por enfermedad en la cama.

Motivación intrínseca y libertad percibida

Para poder medir la motivación intrínseca y la libertad percibida de las personas mayores en la realización de alguna actividad de ocio se ha adaptado la escala que Sánchez Bañuelos, Mendizábal y Velasco (2000)³⁹ y, siguiendo la recomendación de los autores, se han seleccionado los ítems más adecuados en función de los objetivos que se persiguen en este estudio.

Finalmente, a partir de una escala de 1 a 10 se medirá la motivación intrínseca y la libertad percibida a través de un total de **12 variables y 6 dimensiones**: Interés / Disfrute, Competencia percibida, Esfuerzo / Importancia, Presión / Tensión, Elección percibida y Valor / Utilidad.

³⁹ Sánchez Bañuelos, F, Mendizábal, S, and Velasco, M. (2000). *Diseño y Validación De Una Escala Para La Medición De La Utilidad Percibida De La Práctica Del Deporte*. Infocoos IV.

**MOTIVACIÓN
INTRÍNSECA Y
LIBERTAD
PERCIBIDA**

❖ **Interés / Disfrute**

- He disfrutado realizándolas.
- Eran divertidas.

❖ **Competencia percibida**

- Pienso que soy bueno/a en esa actividad.
- Estoy satisfecho/a con mi rendimiento en esa actividad.

❖ **Esfuerzo / Importancia**

- Me esforcé mucho haciéndolas.
- Era importante para mí hacerlas bien.

❖ **Presión / Tensión**

- Me encontraba muy tenso/a mientras las hacía.
- Me encontraba bajo presión mientras las hacía.

❖ **Elección percibida**

- Participé en la actividad porque quería hacerlo.
- Me vi obligado a participar.

❖ **Valor / Utilidad**

- Creo que esta actividad podría serme de utilidad.
- Pienso que es una actividad importante para mí.

Utilidad percibida

Tomando como referencia la escala reducida de utilidad percibida en el ámbito deportivo que validaron Arribas, Arruza, González y Telletxea⁴⁰ la utilidad percibida se va a medir a través de una escala compuesta por un total de **12 variables y 4 dimensiones**: Desarrollo personal, Relaciones/ Socialización, Evasión y Salud. Las respuestas se basan en una escala de diez categorías, valoradas de 0 a 10.

⁴⁰ Arribas, S., Arruza, J. A., González, O., y Telletxea, S. (2007). *Validación De Una Escala Reducida De Utilidad Percibida De La Práctica De La Actividad Física y El Deporte*. *International Journal of Sport*.

**UTILIDAD
PERCIBIDA**

❖ **Desarrollo personal**

- Desarrollar un mejor concepto de uno/a mismo/a.
- La actividad es beneficiosa para la persona.
- Lograr una mayor seguridad en uno/a mismo/a.
- Desarrollar el afán de superación.
- Aprender cosas nuevas.
- Expresarse con libertad.

❖ **Relación / Socialización**

- Comunicarse con los/as demás.
- Ayudar a los/as demás.
- Hacer nuevas amistades.

❖ **Evasión**

- Olvidar las preocupaciones.
- Desahogarse.

❖ **Salud**

- Mejorar y mantener la buena salud.

Trabajo de campo

La encuestación se ha llevado a cabo entre el 17 de noviembre y el 5 de diciembre de 2008. Las estrategias seguidas para conseguir las encuestas son las siguientes⁴¹:

ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN	Nº CUESTIONARIOS
Carta Informativa ⁴²	Antes de comenzar con el trabajo de campo propiamente dicho, y en colaboración con Nagusiak, se procedió al envío de una carta informativa a un total de 137 asociaciones de personas mayores de Bizkaia. El objetivo que perseguía esta carta era el de dar a conocer a las asociaciones la investigación de cara a planificar las siguientes estrategias.	
Visitas a hogares de jubilados	Previa autorización se ha acudido a un total de 9 hogares de jubilados de Bizkaia. Concretamente a:	201

⁴¹ Cabe señalar que para llevar a cabo la encuestación se ha contado con la colaboración activa del área de Personas Mayores y Familia de Suspergintza Elkartea y de Nagusiak.

⁴² Se puede ver la carta informativa en el punto 8.2 del Anexo

	<ul style="list-style-type: none"> - Asociación de personas mayores de Deusto - Asociación de personas mayores de Arangoiti - Asociación de personas mayores de Ibarrekolanda - Asociación de personas mayores de Barakaldo - Asociación de personas mayores de Sestao - Asociación de personas mayores de Ortuella - Asociación de personas mayores de Muskiz - Asociación de personas mayores de Algorta - Asociación de personas mayores de Las Arenas 	
Encuestación en sesiones formativas de las personas que forman las Juntas Directivas de asociaciones de jubilados	<p>Se aprovechó la existencia de unos cursos de formación para las personas que componen las Juntas Directivas de las asociaciones de personas mayores organizados por Nagusiak para encuestar a personas que forman parte de la junta directiva. Concretamente se acudió a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Martes 18 de noviembre en Bolunta (Bilbao). - Miércoles 19 de noviembre en el Centro de Formación de Adultos (Durango). - Viernes 21 de noviembre en Bolunta (Bilbao). - Martes 25 de noviembre en la Asociación de Jubilados/as de Arizgoiti (Basauri). 	35
Junta Directiva de Nagusiak	Se visitó también la sede de Nagusiak en Bilbao para encuestar a los miembros de la Junta Directiva.	9
Envíos por carta a las personas que componen las Juntas Directivas de asociaciones de personas mayores	Se identificaron aquellas asociaciones que no habían tenido presencia en los cursos y se establecieron contactos telefónicos con alguna persona de la Junta Directiva. Tras informar del propósito de la llamada se les enviaron tantos cuestionarios como personas componen la Junta Directiva para que, una vez completados, nos lo volvieran a enviar.	16

Tratamiento estadístico

Por último, el tratamiento de los datos se ha llevado a cabo con el programa SPSS con el fin de garantizar la utilización de una herramienta estadística que posibilite realizar cuantas fórmulas estadísticas resulten pertinentes.

La elección de la prueba estadística más adecuada para cada investigación es uno de los primeros pasos a dar para llevar a cabo un análisis estadístico, para lo cual es prioritario tener en cuenta la finalidad del estudio. Cada una de estas pruebas conlleva sus propios requisitos

de aplicación por lo que hay que tener en cuenta todas estas condiciones (el tipo de variables, la muestra, etc.).

De un lado, la presente investigación comprende un análisis de datos de carácter descriptivo para el cual se ha procedido al análisis de las frecuencias que muestran la distribución de los sujetos en función de las diferentes variables y categorías (**Tablas de Contingencia**). El tratamiento y análisis de la información se ha realizado teniendo en cuenta las variables independientes o de atributo (sexo, edad, estado civil...).

Además, se ha complementado con otras técnicas de análisis que permiten identificar la interrelación entre variables. Se ha procedido al cálculo del estadístico **Chi cuadrado**, que implica una comparación de la distribución de los porcentajes en las distintas categorías de respuesta obtenidas. Especialmente se han tratado de descubrir diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías de la variable *tipo de participación*, aunque también se han establecido otros cruces de variables que a lo largo del análisis se ha considerado interesante conocer la posible asociación.

3.4 CRONOGRAMA: fases, actividades y tiempos

		Junio	Julio	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
Fase 0.	<ul style="list-style-type: none"> - Planteamiento del estudio - Constitución del equipo motor 							
Fase1.	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión documental - Establecimiento del marco teórico y conceptual - Delimitación del objeto de estudio 							
Fase2.	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño de la muestra - Planteamiento del trabajo de campo 							
Fase3.	<ul style="list-style-type: none"> - Contactos colaboraciones - Encuestación - Grabación de datos 							
Fase4.	<ul style="list-style-type: none"> - Explotación de datos - Análisis de datos - Contraste con el grupo motor 							
Fase5.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de conclusiones - Redacción del informe final - Difusión de conclusiones entre las personas participantes - Presentación del estudio 							

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS RELACIONADAS CON LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

En este capítulo se tratará de analizar en qué medida algunas de las variables independientes estudiadas se asocian con los diferentes niveles de participación social que se han propuesto (básica, reactiva y proactiva). Con ello se pretende averiguar si existen diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de participación que realizan las personas mayores y las categorías de estas variables independientes⁴³.

Concretamente, las variables que se van a analizar son las siguientes:

- el sexo;
- la edad;
- el estado civil;
- el nivel de estudios;
- el nivel de ingresos;
- el padecimiento de alguna enfermedad crónica;
- la realización de actividad física;
- el índice de masa corporal;
- el tipo de profesión realizada;
- el consumo de tabaco;
- el consumo de alcohol;
- el estado de salud percibido;
- la toma de medicación.

De otro lado, resulta conveniente recordar que gran parte de las variables que se van a analizar en este capítulo se corresponden con factores de riesgo⁴⁴ que pueden incidir de manera directa sobre la dependencia de las personas.

Por eso, tras el estudio de las variables de manera independiente, resulta de gran interés conocer si el tipo de participación que realizan las personas mayores está asociado al *riesgo de dependencia* que padecen las mismas. Para ello, se ha optado por calcular un *índice de riesgo de dependencia*⁴⁵, en función de la acumulación de distintos factores de riesgo en cada uno de los individuos. Este índice puede adoptar tres categorías diferentes: bajo, medio o alto.

⁴³ Para ello se ha procedido al cálculo del estadístico X^2 (Chi cuadrado) que mide la existencia de asociación entre dos variables, es decir, que las variables están asociadas y que, por tanto, la relación entre ellas no se debe al azar. Cuando el índice X^2 es inferior a 0,05 se puede afirmar que existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables con un 95% de confianza.

⁴⁴ Ver marco teórico y conceptual página 28

⁴⁵ Ver Metodología página 44

TABLA 1: TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL SEXO

	Hombre			Mujer			Total			Asociación
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	Índice X ²
Básica	33	48,5	30	35	51,5	23,2	68	100	26,1	0,00
Reactiva	33	25,4	30	97	74,6	64,2	130	100	49,8	
Proactiva	44	69,8	40	19	30,2	12,6	63	100	24,1	
TOTAL	110	42,1	100	151	57,9	100	261	100	100	

TABLA 2: TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DE LA EDAD

	65-74			75 ó más			Total			Asociación
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	Índice X ²
Básica	24	35,3	14,3	44	64,7	47,8	68	100	26,2	0,00
Reactiva	94	72,9	56	35	27,1	38	129	100	49,6	
Proactiva	50	79,4	29,8	13	20,6	14,1	63	100	24,2	
TOTAL	168	64,6	100	92	35,4	100	260	100	100	

TABLA 3: TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL

	Soltero/a			Casado/a			Viudo/a		
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.
Básica	6	8,8	50	33	48,5	21,7	29	42,6	31,9
Reactiva	4	3,1	33,3	73	56,6	48	49	38	53,8
Proactiva	2	3,3	16,7	46	75,4	30	13	21,3	14,3
TOTAL	12	4,7	100	152	58,9	100	91	35,3	100

	Divorciado/a			Total			Asociación
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	Índice X ²
Básica	0	0	0	68	100	26,4	0,018
Reactiva	3	2,3	100	129	100	50	
Proactiva	0	0	0	61	100	23,6	
TOTAL	3	1,2	100	258	100	100	

TABLA 4: TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS

	Sin estudios			Primarios			Secundarios		
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.
Básica	6	8,8	50	33	48,5	21,7	29	42,6	31,9
Reactiva	4	3,1	33,3	73	56,6	48	49	38	53,8
Proactiva	2	3,3	16,7	46	75,4	30	13	21,3	14,3
TOTAL	12	4,7	100	152	58,9	100	91	35,3	100

	Universitarios			Total			Asociación
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	Índice X ²
Básica	0	0	0	68	100	26,4	0,00
Reactiva	3	2,3	100	129	100	50	
Proactiva	0	0	0	61	100	23,6	
TOTAL	3	1,2	100	258	100	100	

TABLA 5: TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE INGRESOS

	< 500€			500-1000€			> 1000€			Total			Asociación
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	Índice X ²
Básica	7	13,7	43,7	25	49	26,3	19	37,3	19,2	51	100	24,3	0,024
Reactiva	6	5,4	37,5	56	50,4	59	49	44,1	49,5	111	100	52,9	
Proactiva	3	6,2	18,8	14	29,2	14,7	31	64,6	31,3	48	100	22,8	
TOTAL	16	7,6	100	95	45,2	100	99	47,2	100	210	100	100	

TABLA 6: TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PROFESIÓN REALIZADA

	Sedentario			No sedentario sin esfuerzo			No sedentario con esfuerzo			Total			Asociación
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	Índice X ²
Básica	7	10,5	21,8	26	38,8	32,9	34	50,8	25,2	67	100	27,3	0,00
Reactiva	10	7,9	31,2	28	22	35,5	89	70,1	65,9	127	100	51,6	
Proactiva	15	28,9	46,8	25	48,1	31,6	12	23,1	8,9	52	100	21,1	
TOTAL	32	13	100	79	32,1	100	135	54,9	100	246	100	100	

TABLA 7: TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO

	Nunca he fumado			Fumaba antes, pero ahora no fumo			Fumo habitualmente			Total			Asociación
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	Índice X ²
Básica	51	75	28,3	14	20,6	21,8	3	4,4	20	51	100	26,3	0,004
Reactiva	99	76,2	55,1	25	19,2	39,1	6	4,6	40	130	100	50,2	
Proactiva	30	49,2	16,6	25	41	39,1	6	9,8	40	61	100	23,5	
TOTAL	180	69,5	100	64	24,7	100	15	5,8	100	259	100	100	

TABLA 8: TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

	Diariamente			Varias veces a la semana pero no todos los días			Sólo en determinadas ocasiones			Asociación
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	
Básica	11	16,4	21,6	2	3	16,7	13	19,4	14,1	0,00
Reactiva	20	15,5	39,2	4	3,1	33,3	62	48,1	67,4	
Proactiva	20	31,7	39,2	6	9,5	50	17	27,1	18,5	
TOTAL	51	19,7	100	12	4,6	100	92	35,5	100	

	No bebo bebidas alcohólicas			Total			Asociación
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	Índice X ²
Básica	41	61,2	39,4	67	100	25,9	0,00
Reactiva	43	33,3	41,3	129	100	49,8	
Proactiva	20	31,7	19,2	63	100	24,3	
TOTAL	104	40,2	100	259	100	100	

TABLA 9: TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DE SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA

	Sí			No			Total			Asociación
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	Índice X ²
Básica	42	61,8	23,2	26	38,2	32,9	68	100	26,2	0,190
Reactiva	91	70,5	50,3	38	29,5	48,1	129	100	49,6	
Proactiva	48	76,2	26,5	15	23,8	19,0	63	100	24,2	
TOTAL	181	69,6	100	79	30,4	100	260	100	100	

TABLA 10: TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA

	Sí, alguna			No, ninguna			Total			Asociación
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	Índice X ²
Básica	47	69,1	21,2	21	30,9	58,3	68	100	26,4	0,00
Reactiva	120	93	54,1	9	7	25	129	100	50	
Proactiva	55	90,2	24,8	6	9,8	16,7	61	100	23,6	
TOTAL	222	86	100	36	14	100	258	100	100	

TABLA 11: TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL INDICE DE MASA CORPORAL

	0-22			23-29			30-34		
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.
Básica	4	6,9	17,4	42	72,4	24,3	8	13,8	25
Reactiva	15	12,2	65,2	87	70,7	50,3	18	14,6	56,2
Proactiva	4	7,4	17,4	44	81,5	25,4	6	11,1	18,8
TOTAL	23	9,8	100	173	73,6	100	32	13,6	100

	35 o más			Total			Asociación
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	Índice X ²
Básica	4	6,9	57,1	58	100	24,7	0,303
Reactiva	3	2,5	42,9	123	100	52,3	
Proactiva	0	0	0	54	100	23	
TOTAL	7	3	100	235	100	100	

TABLA 12: TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SALUD PERCIBIDO

	Muy bueno			Bueno			Regular		
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.
Básica	4	5,9	17,4	26	38,2	21,1	28	41,2	28,9
Reactiva	11	8,6	47,8	65	50,8	52,8	48	37,5	49,5
Proactiva	8	13,1	34,8	32	52,5	26	21	34,4	21,6
TOTAL	23	8,9	100	123	47,9	100	97	37,7	100

	Malo			Total			Asociación	
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	Índice X ²	
Básica	10	14,7	71,4	68	100	26,5	0,004	
Reactiva	4	3,1	28,6	128	100	49,8		
Proactiva	0	0	0	61	100	23,7		
TOTAL	14	5,5	100	257	100	100		

TABLA 13: TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DE SI TOMA MEDICACIÓN

	Si			No			Total			Asociación	
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	Índice X ²	
Básica	57	83,8	28,5	11	16,2	19,3	68	100	26,5	0,334	
Reactiva	97	74,6	48,5	33	25,4	57,9	130	100	50,6		
Proactiva	46	78	23	13	22,8	22,8	59	100	23		
TOTAL	200	77,8	100	57	22,2	100	257	100	100		

TABLA 14: TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL ÍNDICE DE RIESGO DE DEPENDENCIA

	Bajo			Medio			Alto			Total			Asociación	
	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	N	% hor.	% ver.	Índice X ²	
Básica	42	62,7	20,1	20	29,9	47,6	5	7,5	100	67	100	26,2	0,00	
Reactiva	110	85,9	52,6	18	14,1	42,9	0	0	0	128	100	50		
Proactiva	57	93,4	27,3	4	6,6	9,5	0	0	0	61	100	23,8		
TOTAL	209	81,6	100	42	16,4	100	5	2	100	256	100	100		

Un gran número de las variables analizadas parecen estar asociadas de manera estadísticamente significativa con el tipo de participación. Concretamente el *sexo*, la *edad*, el *estado civil*, el *nivel de estudios*, el *nivel de ingresos*, el *tipo de profesión realizada*, el *consumo de tabaco*, el *consumo de alcohol*, *realización de algún tipo de actividad física* y el *estado de salud percibido* guardan una relación con el tipo de participación. A través del estudio de estas variables se desdibuja un perfil aproximado del tipo de personas que conforma cada uno de los tres tipos de participación.

En función del *sexo*, se observa que la mayoría de las mujeres ejercen una participación reactiva (64,2%), mientras que son los hombres quienes mayoritariamente participan proactivamente (40%). Atendiendo a la distribución que se advierte dentro de cada uno de los grupos, destaca que casi tres de cada cuatro personas que participan reactivamente (el 74,6%) son mujeres mientras que en el grupo de participación proactiva, mayoritariamente masculino, las mujeres representan el 30,2% del total. Entre quienes participan de manera básica, sin embargo, apenas se observan diferencias ya que el 48,5% de las personas que componen este grupo son hombre y el 51,5% mujeres.

Teniendo en cuenta la *edad*, los datos reflejan que quienes cuentan con edades comprendidas entre los 65 y 74 años, es decir, el colectivo más joven, ejercen en su mayoría una participación reactiva (56%) o bien proactiva (29,8%). Mientras que los y las más mayores (quienes cuentan con más de 75 años) llevan a cabo mayoritariamente una participación básica (47,8%). Consecuentemente, si se presta atención a los datos en función del tipo de participación, la mayoría de quienes participan de manera proactiva (79,4%) y reactiva (72,9%) cuentan con una edad que no supera los 74 años, mientras que el 64,7% de quienes participan a un nivel básico es mayor de 75 años.

El *estado civil* también parece establecer diferencias en el tipo de participación. Así, la mitad (50%) de las personas solteras encuestadas participa de manera básica. Entre las personas casadas, el 48% participa de manera reactiva, seguido de quienes lo hacen de manera más comprometida (participación proactiva) que alcanza entre este colectivo el 30%. En cuanto a las personas viudas cabe destacar que la mayoría, el 53,8%, participa de manera reactiva y un 31,9% lo hace de manera básica. En función del tipo de participación los datos muestran que el estado civil más habitual en los tres grupos es el de casado o casada, sin embargo, mientras que este porcentaje alcanza el 75,4% entre los y las que participan de manera reactiva, desciende hasta el 56,6% en el grado de participación reactivo, y hasta el 48,5% en el de participación básica. Estos dos últimos grupos, por su parte, cuentan con un porcentaje algo más elevado de personas viudas (42,6% el grupo de participación básica y 38% el de participación reactiva).

El *nivel de estudios* alcanzado por las personas encuestadas parece estar asociado también al tipo de participación. De esta manera, quienes no cuentan con ningún tipo de estudios reglados parecen desarrollar en mucha mayor medida una participación básica (el 50%). Por otro lado, la mayor parte de personas que han cursado estudios primarios participan de manera reactiva (48%), seguido de quienes lo hacen de manera proactiva (30%). En cuanto a quienes poseen estudios secundarios, al igual que pasa con los estudios universitarios, la mayoría ejerce una participación reactiva. Si atendemos a los diferentes niveles de participación se observa que en los tres grupos el nivel de estudios más habitual es el de estudios primarios, especialmente entre quienes participan de manera proactiva (75,4%). Destaca el alto porcentaje de personas con estudios secundarios que llevan a cabo una participación básica (42,6%). De igual manera, este grupo también es el que cuenta con mayor porcentaje de personas sin estudios (8,8%).

El *nivel de ingresos* también parece establecer diferencias entre el tipo de participación que realizan las personas encuestadas. Los datos muestran que, aquellas personas que cuentan con ingresos más elevados (más de 500 euros al mes), llevan a cabo en mayor medida una participación reactiva o proactiva. Así por ejemplo, aquellas personas con los ingresos más modestos (quienes cuentan con un presupuesto mensual de menos de 500 euros) ejercen mayoritariamente una participación básica, mientras que quienes disponen de más de 500 euros al mes participan en mayor medida de manera reactiva o proactiva. Si se presta atención a cada uno de los tres niveles de participación con mayor detenimiento se observa que la mayoría de quienes participan de manera proactiva (64,6%) tiene unos ingresos mensuales superiores a los 1000 euros. Por su parte, tanto entre aquellas personas que participan de manera reactiva (50,4%) como quienes lo hacen de manera básica (49%) los ingresos más habituales se sitúan entre 500 y 1000 euros al mes. Cabe destacar que el 13,7% de quienes participan de manera básica cuentan con un presupuesto mensual inferior a los 500€, porcentaje notablemente más alto que el de los otros dos grupos.

En función del *tipo de profesión* que las personas mayores han realizado, los datos parecen mostrar que las personas que desarrollaron una profesión de carácter más sedentaria tienden a participar en mayor medida de una manera proactiva (46,8%). Sin embargo, la mayor parte que de las personas que realizaron trabajos no sedentarios llevan a cabo una participación reactiva o bien básica. En base a cada uno de los tres niveles de participación destaca que la mayor parte de quienes realizan una participación más comprometida (48,1%) han realizado una profesión no sedentaria pero la cual no requería de grandes esfuerzos físicos. Por el contrario, la mayor parte de quienes participan reactivamente (70,1%) y básicamente (50,8%) llevaron a cabo una actividad profesional no sedentaria que requería esfuerzos físicos.

Los *hábitos de vida y salud* parecen diferenciar también ciertos perfiles en cuanto al tipo de participación. Cabe recordar que el consumo de tabaco y alcohol entre hombre y mujeres está fuertemente diferenciado; la gran mayoría de mujeres no ha fumado nunca y el consumo de

alcohol es mucho más puntual y ligado a determinadas ocasiones. Este hecho hace que en ambos casos los resultados estén fuertemente condicionados por el sexo.

Respecto al *consumo de tabaco*, los datos muestran que la mayoría de personas que nunca han fumado ejercen una participación reactiva (55,1%), seguido de quienes participan básicamente (28,3%). Además, la mayoría de quienes participan proactiva y reactivamente fumaban antes pero abandonaron esta conducta (en ambos casos el 39,1%). Algo parecido sucede entre quienes fuman en la actualidad, ya que este segmento está compuesto por un 40% de personas que participan reactivamente y un 40% que lo hacen proactivamente. Analizando los tres grupos de participación pormenorizadamente se observa que la mayor proporción de personas que componen cada uno de ellos declaran no haber fumado nunca. Sin embargo, este porcentaje es considerablemente más alto entre quienes participan de manera reactiva (76,2%) y quienes lo hacen de manera básica (75%), ya que entre quienes participan proactivamente este porcentaje desciende hasta el 49,2% seguido de quienes aseguran que fumaban antes pero no fuman en la actualidad (41%). Además, este mismo grupo presenta los índices más altos de fumadores habituales con un 9,8% del total.

En lo que respecta al *consumo de alcohol* los datos muestran que la mayor parte de las personas que consumen diariamente bebidas alcohólicas ejercen una participación reactiva o proactiva (ambos 39,2%). Mientras que la mayor parte de personas que consumen alcohol varias veces a la semana (50%) desarrollan una participación proactiva, quienes lo hacen exclusivamente en determinadas ocasiones son en su mayoría personas que participan de manera reactiva. Por último, cabe destacar el alto porcentaje de personas que participan bien de manera reactiva (41,3%) o bien básicamente (39,4%) entre quienes nunca han consumido bebidas alcohólicas. Analizando cada grupo de manera individual se advierte que entre las personas que participan de manera básica la mayoría (61,2%) no consume bebidas alcohólicas. Por su parte, la mayor parte de quienes participan reactivamente solo beben en determinadas ocasiones (48,1%). Finalmente, entre quienes participan proactivamente se observan dos tendencias opuestas ya que en este grupo se encuentra el mayor número de consumidores diarios (31,7%) que iguala la proporción de personas que no consumen alcohol (31,7%).

El hecho de realizar algún tipo de *actividad física* también determina algunas diferencias significativas en el tipo de participación. Entre los y las más activas físicamente, la mayoría participan de manera reactiva (54,1%) seguido de una participación proactiva (24,8%). Si, por el contrario, se observa a aquellas personas con estilos de vida más sedentarios que declaran no realizar ningún tipo de actividad física, los datos muestran que casi seis de cada diez de ellas (el 58,3%) llevan a cabo un tipo de participación básica. En lo que respecta a los diferentes grupos de participación se observa que en los tres casos la mayoría de personas realizan algún tipo de actividad física, sin embargo estos porcentajes son considerablemente

más altos entre quienes participan reactiva (93%) y proactivamente (90,2%) que entre quienes lo hacen básicamente (69,1%).

La percepción que las personas mayores tienen de su *propio estado de salud* parece ser otra variable que incide en el tipo de participación. En términos generales, a medida que las personas mayores perciben un mejor estado de salud, tienden a participar más activamente. Así, el 47,8% de las personas que consideran su estado de salud como muy bueno participan de manera reactiva y el 34,8% de manera proactiva. En el otro extremo se encuentran las personas que consideran que su estado de salud es malo, entre los y las cuales la gran mayoría, el 71,4%, ejercen una participación básica. Atendiendo a cada uno de los tres niveles de participación destaca que, mientras que la mayor parte de quienes participan de manera proactiva (52,5%) y reactiva (50,8%) perciben su estado de salud como bueno, gran parte de quienes lo hacen de manera básica (41,2%) aprecia su estado de salud como regular.

Los datos parecen mostrar que existe realmente una asociación estadísticamente significativa entre la participación que realizan las personas y el índice de riesgo de dependencia, lo que supone que determinadas condiciones de riesgo de dependencia estaría favoreciendo en mayor o menor medida la participación social de las personas mayores.

En este sentido, los datos muestran que aquellas personas con un índice de riesgo bajo participan significativamente en mayor medida de manera reactiva o proactiva, mientras que quienes padecen un alto índice de riesgo de dependencia participan mayoritariamente a un nivel más básico. Así, el 52,6% de las personas con un nivel de riesgo de dependencia bajo participa reactivamente y el 27,3% lo hace proactivamente. En el extremo opuesto, esto es entre quienes padecen un alto riesgo de dependencia, el 100% participa de manera básica. Atendiendo a cada uno de los tres grupos de participación los resultados revelan que el 93,4% de quienes participan proactivamente y el 85,9% de quienes lo hacen reactivamente tienen un índice de riesgo de dependencia bajo. Este mismo porcentaje desciende hasta el 62,7% entre quienes participan de manera básica que, por contra, elevan notablemente sus porcentajes entre quienes padecen un índice de riesgo de dependencia medio (29,9%), y además, es el único grupo que cuenta con personas que padecen un alto riesgo de dependencia (7,5%).

Si bien es importante tener presente que el tamaño muestral requiere interpretar el análisis pormenorizado de cada cruce de variables con cierta cautela, a través del análisis de todas estas variables independientes, se puede dibujar un **perfil aproximado de cada uno de los tres niveles de participación social** que ayuda a conocer algunas características de las personas participantes en actividades de ocio.

Así, las **personas que participan de manera básica** *no se definen en función del sexo* sino que se caracterizan por ser personas de *más de 75 años*, mayoritariamente *casadas o viudas*.

El nivel de estudios más habitual entre este colectivo es el de *estudios primarios* y cuentan con unos ingresos de *entre 500 y 1000 euros al mes*. Además, la mayoría ha realizado una *profesión no sedentaria que requería de esfuerzo físico*. En cuanto a los hábitos de salud, este grupo está compuesto fundamentalmente por personas que *no han fumado nunca* y que *tampoco han consumido bebidas alcohólicas*. Además la mayor parte *realiza algún tipo de actividad física*. Finalmente gran parte de este colectivo percibe su estado de salud como *regular*.

En cuanto al perfil de las **personas que participan de manera reactiva** se puede decir que está compuesto fundamentalmente por *mujeres* de edades comprendidas *entre los 65 y los 74 años*. Además, en su mayoría están *casadas* y cuentan con *estudios primarios*. Las personas que componen este grupo cuentan mayoritariamente con unos ingresos de *entre 500 y 1000 euros mensuales* y han realizado durante su etapa profesional un *trabajo no sedentario que requería esfuerzo físico*. En cuanto a los hábitos de salud, estas personas se caracterizan por *no haber fumado nunca, beber únicamente en determinadas ocasiones y realizan algún tipo de actividad física*. Además, la mayor proporción de las personas que forman este grupo perciben su estado de salud como *bueno*.

Por último, las **personas que participan de manera proactiva** se caracterizan fundamentalmente por tratarse de *hombres* con edades comprendidas *entre los 65 y los 74 años*. En cuanto al estado civil destacan las personas *casadas* con *estudios primarios* y que cuentan con un presupuesto mensual de *más de 1000 euros*. Respecto a la profesión este grupo está compuesto por personas que en su mayoría desarrollaron trabajos *no sedentarios que no requerían de esfuerzos físicos*. En cuanto a los hábitos de salud se trata de personas que o bien *nunca han fumado o que fumaban anteriormente* pero han abandonado la conducta y que por tanto actualmente no fuman. Mayoritariamente consumen alcohol en *determinadas ocasiones o bien diariamente* y *realizan con regularidad algún tipo de actividad física*. Por último, las personas que componen este grupo perciben su propio estado de salud como *bueno*.

4.2 LA PERCEPCIÓN Y VALORACIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN

Este apartado se centra en conocer la valoración de la población mayor sobre los beneficios que derivan de la participación social en actividades de carácter social. Para ello, el análisis girará en torno a su apreciación en tres dimensiones fundamentales:

1. La **motivación intrínseca y libertad percibida** por las personas mayores.
2. La **utilidad percibida**.
3. El **apoyo social** que deriva de la participación social.

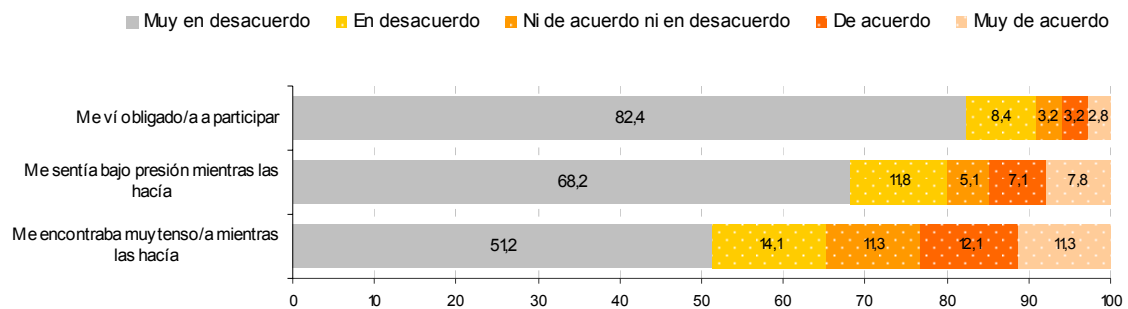
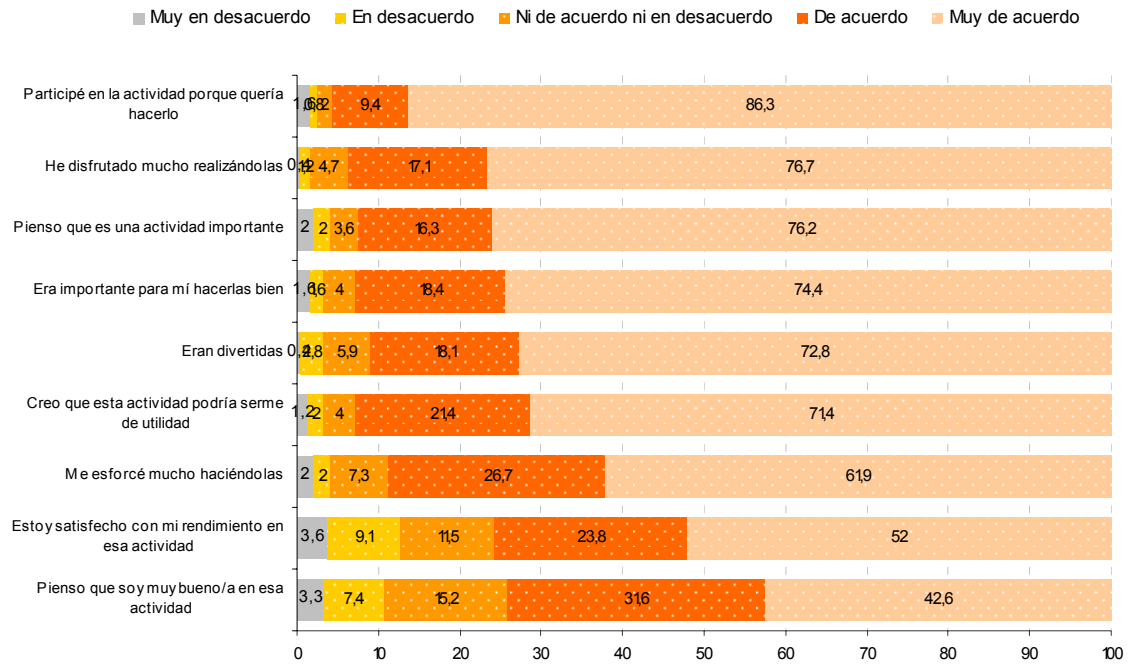
1. Motivación intrínseca y libertad percibida

La motivación intrínseca y libertad que perciba la población mayor a la hora de realizar una actividad de ocio resultan aspectos fundamentales ya que explican no sólo los motivos que conducen a estas personas a participar en actividades de ocio, sino también los motivos que hacen que las personas mantengan su participación en dichas actividades a lo largo del tiempo.

En primer lugar, y a fin de evitar posibles errores en la interpretación de los resultados, es importante advertir que tres de los doce ítems que se han tenido en cuenta para el análisis de la motivación intrínseca y libertad percibida tienen un carácter negativo (el aceptarlos supone que la motivación y libertad percibida es negativa) por lo que la puntuación óptima sería de 0 puntos, mientras que la peor puntuación posible sería de 10 puntos. Más concretamente estos ítems son: *Me vi obligado/a a participar*, *Me sentía bajo presión mientras las hacía* y *Me encontraba muy tenso/a mientras las hacía*.

Atendiendo a la valoración cabe destacar que la gran mayoría de las personas encuestadas (86,3%) están muy de acuerdo con que *participa en las actividades porque quiere hacerlo*. Del mismo modo, se aprecia un alto porcentaje (82,4%) de personas que se muestran altamente en desacuerdo ante la afirmación de *Me vi obligada a participar*. Ambas variables conforman la dimensión *Elección percibida*, que se muestra como el aspecto mejor valorado por las personas mayores.

GRAFICO 1: VALORACIÓN DE LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y LIBERTAD PERCIBIDA



Por el contrario, las dos variables que componen la dimensión *presión/tensión* son las que muestran mayor grado de desacuerdo. Por un lado, el 11,3% está muy en desacuerdo con la afirmación *Me encontraba muy tenso/a mientras las hacía*, porcentaje asciende hasta el 23,4% de las personas encuestadas si se tiene en cuenta aquellas personas que se muestran en desacuerdo con la afirmación. De igual manera, el 7,8% de los y las encuestadas se posiciona muy en desacuerdo ante la aseveración *Me sentía bajo presión mientras las hacía*. Este porcentaje alcanza el 15% si se tienen en cuenta aquellas personas que se muestra en desacuerdo.

Estos datos evidencian un alto grado de acuerdo con la idea de que participar en estas actividades es una cuestión de elección personal y, consecuentemente, declaran no sentirse tensos o bajo presión cuando realizan estas actividades.

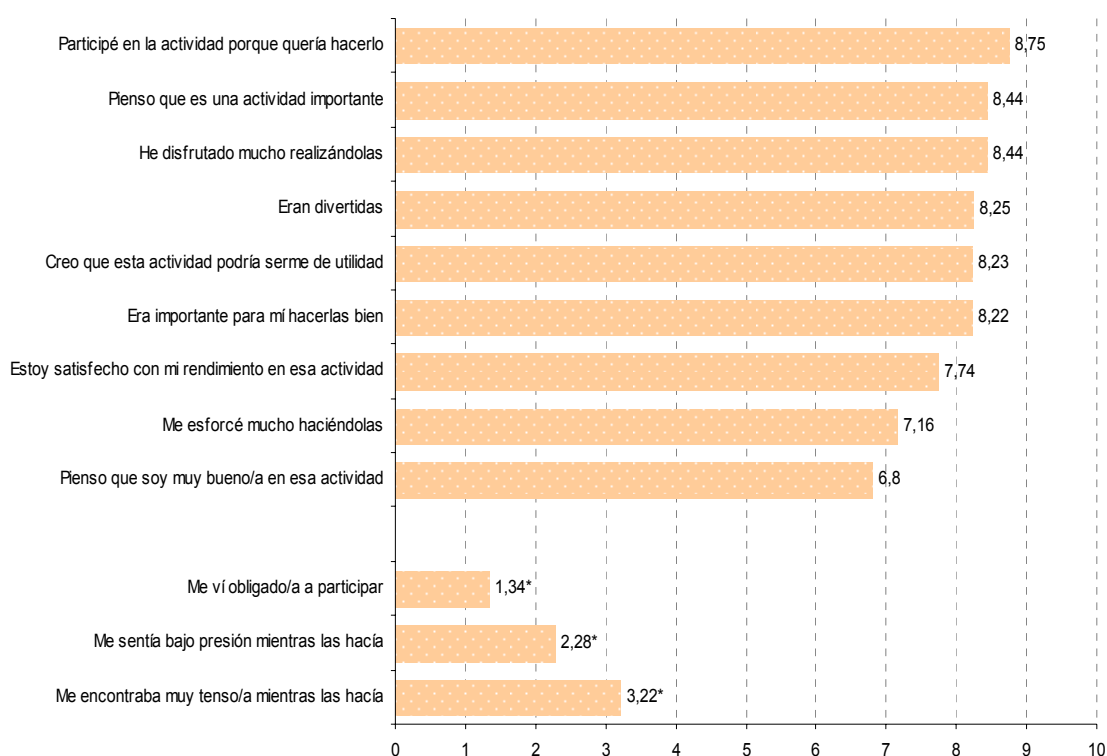
Además, alrededor de tres de cada cuatro personas encuestadas se muestra muy de acuerdo ante la afirmación *He disfrutado mucho realizando la actividad* (el 76,7%), *Pienso que es una actividad importante para mí* (76,2%) y *Era importante para mí hacerlas bien* (74,4%).

En lo que respecta a las puntuaciones medias que las personas mayores otorgan a cada uno de estos ítems, en una escala de 0 a 10 puntos, la variable *Participé en la actividad porque quería hacerlo* obtiene una media de 8,75 puntos, lo que la sitúa como la puntuación más alta de todas las analizadas.

En este mismo sentido, la afirmación *Me vi obligado/a a participar* obtiene una nota media de 1,34 puntos lo que pone en evidencia el bajo apoyo que muestran las personas mayores ante esta afirmación.

En tercer lugar, las variables *Pienso que es un actividad importante* y *He disfrutado mucho haciéndolas*, obtienen ambas una puntuación media de 8,44 puntos.

GRAFICO 2: MEDIAS DE LA VALORACIÓN DE LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y LIBERTAD PERCIBIDA

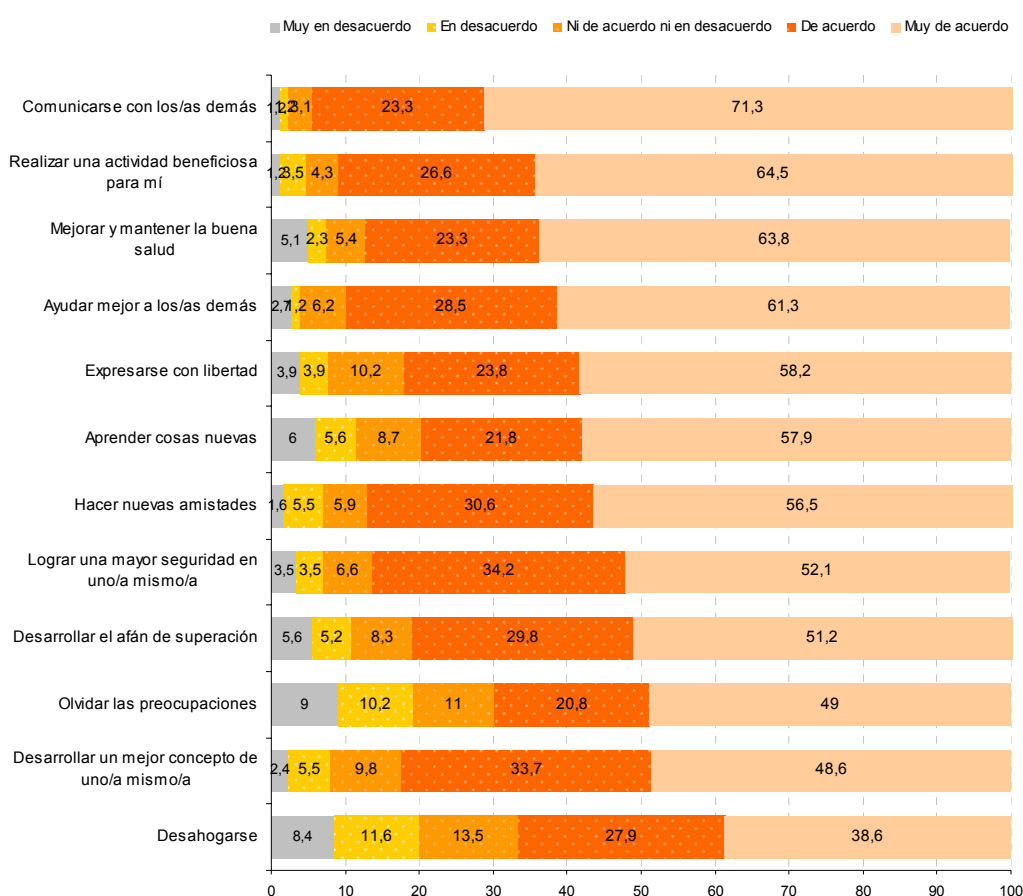


Atendiendo a los ítems que obtienen las puntuaciones más bajas, la variable *Pienso que soy muy bueno/a en esa actividad* obtiene una media de 6,8 puntos, lo que la sitúa en último lugar, seguido de *Me esforcé mucho haciéndolas* que obtiene 7,16 puntos.

2. Utilidad percibida

Respecto a los beneficios derivados de la utilidad que las personas mayores perciben cuando realizan actividades de ocio destacan que el 71,3% del total de las personas encuestadas está muy de acuerdo con que la participación en actividades de ocio les otorga la posibilidad de *Comunicarse con los y las demás*. Además, mayoritariamente (64,5%) están muy de acuerdo con que *Realizar una actividad beneficiosa para mí*. Cabe destacar que estas personas opinan que esta participación les ayuda a *Mejorar y mantener la buena salud* (63,8%) y que les ofrece la posibilidad de *Ayudar a los y las demás* (el 61,3% está muy de acuerdo con esta afirmación).

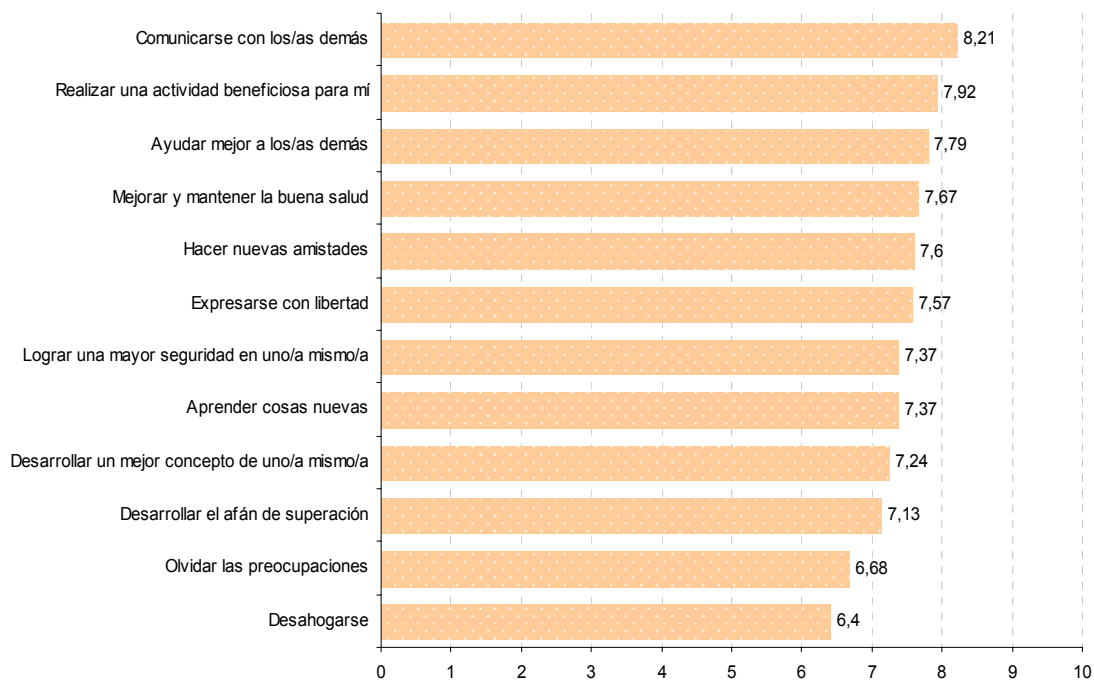
GRAFICO 3: VALORACIÓN DE LA UTILIDAD PERCIBIDA



Opuestamente, las personas mayores están en menor medida de acuerdo con la afirmación de que participar en actividades de ocio les permite *Olvidar las preocupaciones* (un 9% está muy en desacuerdo, porcentaje que asciende hasta aproximadamente el 20% si se tiene en cuenta quienes están en desacuerdo). Del mismo modo, el 8,4% de estas personas están muy en desacuerdo con que la participación en actividades de ocio les ayuda a *Desahogarse*, porcentaje que se sitúa también en el 20% si se tiene en cuenta a aquellas personas que están en desacuerdo con esta afirmación.

Consecuentemente con estos resultados, y teniendo en cuenta las puntuaciones medias que las personas mayores otorgan a cada uno de estos ítems, en una escala de 0 a 10 puntos, la variable *Desahogarse* (6,4 puntos) así como *Olvidar las preocupaciones* (6,68 puntos) son las que menores puntuaciones obtienen. Cabe destacar que ambas variables componen la dimensión *Evasión* por lo que parece que, en opinión de las personas mayores encuestadas, este aspecto es el que en menor medida se ve beneficiado por la participación.

GRAFICO 4: MEDIAS DE LA VALORACIÓN DE LA UTILIDAD PERCIBIDA



Las variables que obtienen unas medias más elevadas, y que por tanto son las que se perciben en mayor medida como beneficios que derivan de la participación en actividades de ocio, son *Comunicarse con los y las demás* (8.21 puntos), *Realizar esta actividad es beneficiosa para mí* (7,92 puntos) y *Ayudar a los y las demás* (7.79 puntos).

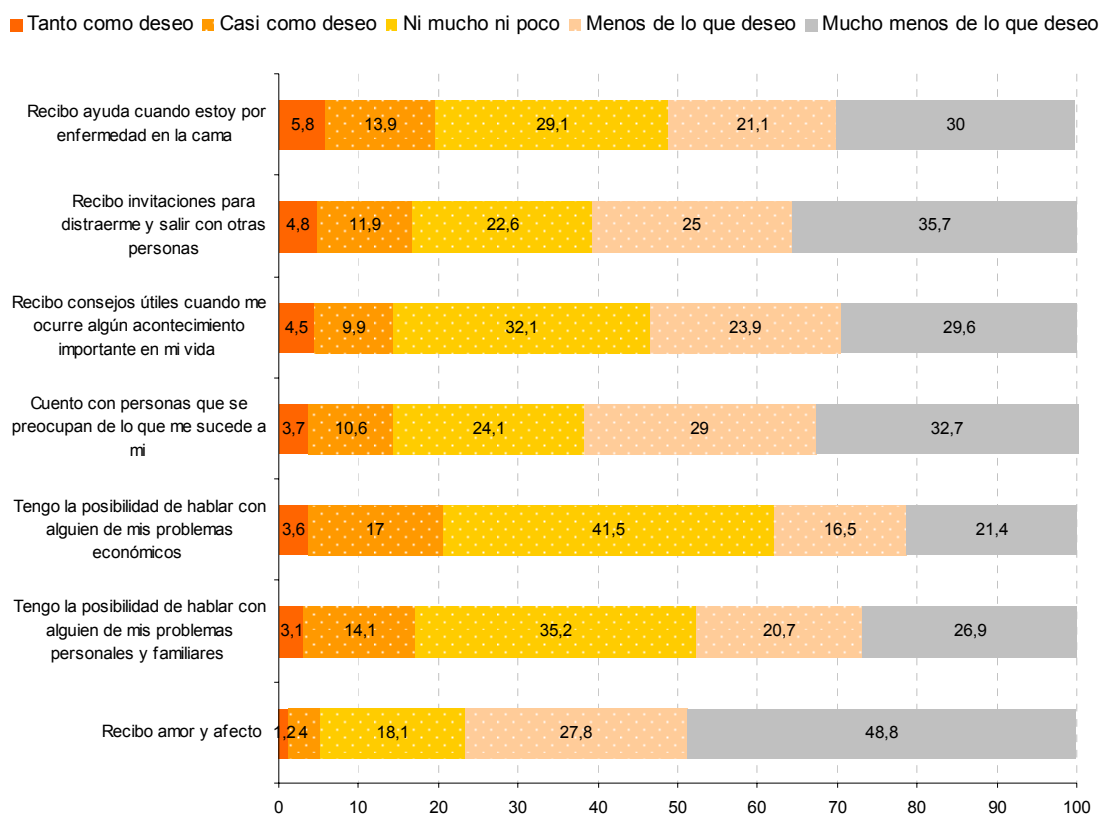
3. El Apoyo social que deriva de la participación social

En este apartado se tratará de conocer la valoración general de la población mayor sobre el apoyo y los vínculos sociales que derivan de la participación social.

En primer lugar cabe destacar los bajos porcentajes generalizados que consiguen los índices de apoyo social, ya que la gran mayoría de respuestas se sitúan en los escalones más bajos de la escala, no llegando a superar en ningún caso el 6% de aquellas personas que declaran recibir tanto apoyo como desean.

Así, el 5,8% de las personas encuestadas declaran recibir tanta ayuda como desean *cuando estoy por enfermedad en la cama*. Además, el 4,8% de los y las encuestadas afirman que reciben tantas *invitaciones para distraerme y salir con otras personas* como desean y el 4,5% reconoce que recibe tantos consejos útiles como desea *cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida*.

GRAFICO 5: APOYO SOCIAL QUE DERIVA DE LA PARTICIPACIÓN



Por el contrario, destacan los altos porcentajes de quienes responden que reciben mucho menos apoyo de lo que desean, especialmente en lo que se refiere la variable *recibo amor y afecto*, que concentra casi la mitad de las respuestas (48,8%).

4.3 LOS BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

A lo largo del presente apartado se procederá a analizar la relación entre el grado de participación de las personas mayores y determinados beneficios que derivan de ella. El principal objetivo que se persigue es el de averiguar si los beneficios que derivan de la participación varían de manera significativa en función del tipo de participación que se lleve a cabo: básica, reactiva o proactiva.

Así se tratará, en última instancia, de verificar una de las hipótesis iniciales de trabajo según la cual los beneficios que se desprenden de la participación social contribuyen a amortiguar los efectos de la dependencia. Más concretamente, se tratará de observar si una mayor participación en programas sociales y de ocio juegan un mayor papel amortiguador con respecto a la dependencia de la población mayor.

Como ya se ha dicho en líneas anteriores, a efectos de la presente investigación los beneficios de la participación se han encuadrado en tres bloques de análisis diferentes:

- La motivación intrínseca y libertad percibida
- La utilidad percibida
- El apoyo social que deriva de la participación social.

De manera general, se observan asociaciones estadísticamente significativas entre algunos de estos beneficios y el tipo de participación que la población mayor lleva a cabo. Las diferencias observadas vienen a evidenciar que la valoración de los ítems está relacionada con el tipo de participación que ejercen.

A continuación se analiza de manera pormenorizada la asociación de estas variables con el tipo de participación que realizan⁴⁶.

⁴⁶ Las tablas de las variables que no se asocian de manera significativa vienen recogidas en el Anexo, punto 8.2 *Resultados en función del tipo de participación*

1. Motivación intrínseca y libertad percibida

En este bloque se van a analizar un total de ocho variables⁴⁷ de las cuales cuatro se relacionan de manera significativa con el tipo de participación. Esto supone que los diferentes grados de participación condicionan de alguna manera los resultados de estas variables. Concretamente estas variables son: *Eran divertidas*, *Me esforcé mucho haciéndolas*, *Creo que esta actividad podría serme de utilidad* y *Pienso que es una actividad importante*. Destaca, además, que las diferencias son significativamente diferentes en las dos variables que componen la dimensión *Valor/Utilidad*.

Dimensión	Beneficio	Índice X2	Asociación
Interés/Disfrute	He disfrutado mucho realizándolas	0,05	No
	Eran divertidas	0,00	Sí
Competencia percibida	Pienso que soy muy bueno/a en esa actividad	0,199	No
	Estoy satisfecho con mi rendimiento en esa actividad	0,258	No
Esfuerzo/importancia	Me esforcé mucho haciéndolas	0,04	Sí
	Era importante para mí hacerlas bien	0,378	No
Valor/Utilidad	Creo que esta actividad podría serme de utilidad	0,00	Sí
	Pienso que es una actividad importante	0,007	Sí

Por el contrario, en otras cuatro variables la opinión de las personas que componen cada uno de los tres grupos (personas con participación básica, con participación reactiva y con participación proactiva) no parece ser significativamente diferente. Estas variables son: *He disfrutado mucho realizándolas*, *Pienso que soy muy bueno/a en esa actividad*, *Estoy satisfecho/a con mi rendimiento en esa actividad* y *Era importante para mí hacerlas bien*.

En función del tipo de participación, quienes lo hacen de manera básica y reactiva afirman con mucha mayor rotundidad que las actividades que han llevado a cabo *Eran divertidas*. Así, el 80,6% del primer grupo y el 80,5% del segundo están *muy de acuerdo* con esta afirmación. Por el contrario, y quizá teniendo en cuenta la naturaleza de las actividades que llevan a cabo, el porcentaje de personas que participan activamente (proactivas) que se posiciona *de acuerdo* con esta afirmación desciende hasta el 47,5%. Consecuentemente, aproximadamente el 7% de las personas que componen este grupo se posiciona *en desacuerdo* o *muy en desacuerdo* en considerar que las actividades *Eran divertidas*.

⁴⁷ Se han omitido cuatro variables de este bloque en el análisis porque no permiten obtener una valoración de la participación sino que hacen referencia a aspectos más personales. Concretamente estas variables son: *Me encontraba muy tenso/a mientras las hacía*, *Me encontraba bajo presión mientras las hacía*, *Participé en la actividad porque quería hacerlo* y *Me vi obligado a participar*

TABLA 15: **ERAN DIVERTIDAS** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
BÁSICA	N	0	0	4	9	54	67
	% Tipo de participación	0	0	6,0	13,4	80,6	100
	% Eran divertidas	0	0	26,7	19,6	29,2	26,4
REACTIVA	N	0	4	4	17	103	128
	% Tipo de participación	0	3,1	3,1	13,3	80,5	100
	% Eran divertidas	0	57,1	26,7	37,0	55,7	50,4
PROACTIVA	N	1	3	7	20	28	59
	% Tipo de participación	1,7	5,1	11,9	33,9	47,5	100
	% Eran divertidas	100	42,9	46,7	43,5	15,1	23,2
Total	N	1	7	15	46	185	254
	% Tipo de participación	0,4	2,8	5,9	18,1	72,8	100
	% Eran divertidas	100	100	100	100	100	100

Otra de las variables en la que se visualizan diferencias entre los tres grupos de participación es la que hace referencia al esfuerzo realizado en el desarrollo de estas actividades. A pesar de que los tres grupos parecen mostrar un alto grado de acuerdo con la variable *Me esforcé mucho haciendo las actividades* quienes participan de manera menos comprometida, es decir de manera básica, parecen mostrar un mayor grado de desacuerdo con esta afirmación. En este sentido, aproximadamente una de cada cinco de estas personas (el 22,2%) se muestra *muy en desacuerdo* o *en desacuerdo* con esta idea de que la realización de estas actividades supusiera un gran esfuerzo. Este porcentaje desciende hasta el 7,8% entre las personas que participan de manera reactiva, y se sitúan en el 13,3% entre quienes lo hacen proactivamente.

TABLA 16: **ME ESFORCÉ MUCHO HACÉNDOLAS** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
BÁSICA	N	6	8	3	12	34	63
	% Tipo de participación	9,5	12,7	4,8	19,0	54,0	100
	% Me esforcé mucho haciéndolas	66,7	34,8	10,3	20,0	26,0	25,0
REACTIVA	N	2	8	20	33	66	129
	% Tipo de participación	1,6	6,2	15,5	25,6	51,2	100
	% Me esforcé mucho haciéndolas	22,2	34,8	69,0	55,0	50,4	51,2
PROACTIVA	N	1	7	6	15	31	60
	% Tipo de participación	1,7	11,7	10,0	25,0	51,7	100
	% Me esforcé mucho haciéndolas	11,1	30,4	20,7	25,0	23,7	23,8
Total	N	9	23	29	60	131	252
	% Tipo de participación	3,6	9,1	11,5	23,8	52,0	100
	% Me esforcé mucho haciéndolas	100	100	100	100	100	100

Por otra parte, quienes notablemente más de acuerdo se muestran ante la afirmación *Creo que esta actividad podría serme de utilidad* son aquellas personas que participan de manera reactiva ya que el 81,3% está *muy de acuerdo* con esta idea. Este porcentaje desciende hasta el 67,2% en el caso de quienes participan de manera básica y en el 54,4% entre quienes lo hacen de manera proactiva que, por tanto, son quienes menos utilidad perciben en la realización de estas actividades.

TABLA 17: **CREO QUE ESTA ACTIVIDAD PODRÍA SERME DE UTILIDAD** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Nivel de acuerdo				Total	
		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo		Muy de acuerdo
BÁSICA	N	1	5	2	14	45	67
	% Tipo de participación	1,5	7,5	3,0	20,9	67,2	100
	% Creo que esta actividad podría serme de utilidad	33,3	100,0	20,0	25,9	25,0	26,6
REACTIVA	N	0	0	3	21	104	128
	% Tipo de participación	0,0	0,0	2,3	16,4	81,3	100
	% Creo que esta actividad podría serme de utilidad	0,0	0,0	30,0	38,9	57,8	50,8
PROACTIVA	N	2	0	5	19	31	57
	% Tipo de participación	3,5	0,0	8,8	33,3	54,4	100
	% Creo que esta actividad podría serme de utilidad	66,7	0,0	50,0	35,2	17,2	22,6
Total	N	3	5	10	54	180	252
	% Tipo de participación	1,2	2,0	4,0	21,4	71,4	100
	% Creo que esta actividad podría serme de utilidad	100	100	100	100	100	100

En lo que se refiere a la importancia de las actividades que desarrollan destaca el alto grado de acuerdo que muestran las personas encuestadas independientemente del grupo al que pertenezcan. Sin embargo, los datos parecen revelar que quienes participan de manera reactiva muestran un mayor grado de acuerdo ante la afirmación *Pienso que es una actividad importante*.

TABLA 18: **PIENSO QUE ES UNA ACTIVIDAD IMPORTANTE** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
BÁSICA	N	2	3	5	10	47	67
	% Tipo de participación	3,0	4,5	7,5	14,9	70,1	100
	% Pienso que es una actividad importante	40,0	60,0	55,6	24,4	24,5	26,6
REACTIVA	N	0	1	2	16	109	128
	% Tipo de participación	0,0	0,8	1,6	12,5	85,2	100
	% Pienso que es una actividad importante	0,0	20,0	22,2	39,0	56,8	50,8
PROACTIVA	N	3	1	2	15	36	57
	% Tipo de participación	5,3	1,8	3,5	26,3	63,2	100
	% Pienso que es una actividad importante	60,0	20,0	22,2	36,6	18,8	22,6
Total	N	5	5	9	41	192	252
	% Tipo de participación	2,0	2,0	3,6	16,3	76,2	100
	% Pienso que es una actividad importante	100	100	100	100	100	100

2. Utilidad percibida

Un total de doce variables componen este bloque, de las cuales siete resultan asociarse de manera estadísticamente significativa con el tipo de participación. Estas variables son: *Desarrollar el afán de superación, Aprender cosas nuevas, Expresarse con libertad, Ayudar mejor a los/as demás, Olvidar las preocupaciones, Desahogarse y mejorar y mantener la buena salud*. Cabe destacar que se perciben diferencias significativas en las dos variables que conforman la dimensión *Evasión*. Lo mismo ocurre con la dimensión *Salud* que únicamente está compuesta por una variable.

Dimensión	Beneficio	Índice X2	Asociación
Desarrollo personal	Desarrollar un mejor concepto de uno/a mismo/a	0,07	No
	Realizar una actividad beneficiosa para mí	0,18	No
	Lograr una mayor seguridad en uno/a mismo/a	0,1	No
	Desarrollar el afán de superación	0,00	Sí
	Aprender cosas nuevas	0,00	Sí
	Expresarse con libertad	0,00	Sí
Relación / Socialización	Comunicarse con los/as demás	0,56	No
	Ayudar mejor a los/as demás	0,01	Sí
	Hacer nuevas amistades	0,29	No
Evasión	Olvidar las preocupaciones	0,03	Sí
	Desahogarse	0,00	Sí
Salud	Mejorar y mantener la buena salud	0,00	Sí

Por el contrario, en otras cinco variables las opiniones entre los diferentes niveles de participación no parecen ser significativamente diferentes. Estas variables son: *Desarrollar un mejor concepto de uno mismo, Realizar una actividad beneficiosa para mí, Lograr una mayor seguridad en uno/a mismo/a, Comunicarse con los/as demás y Hacer nuevas amistades*.

A medida que aumenta la implicación en la participación, las personas parecen estar más de acuerdo con que la participación sirve para *Desarrollar el afán de superación*. Así, mientras que el 27,7% de quienes participan con el menor grado de implicación y compromiso (participación básica) están muy de acuerdo con esta afirmación. Este mismo porcentaje asciende hasta el 55,5% en los casos en los que se participa de manera reactiva, y alcanza el 67,8% entre quienes participan de manera proactiva. Consecuentemente con estos datos, las únicas personas que valoran este aspecto negativamente y que, por tanto, están muy en desacuerdo con esta afirmación pertenecen al grupo de participación básica.

TABLA 19: **DESARROLLAR EL AFAN DE SUPERACIÓN** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
BÁSICA	N	14	9	5	19	18	65
	% Tipo de participación	21,5	13,8	7,7	29,2	27,7	100
	% Desarrollar el afán de superación	100	69,2	23,8	25,3	14,0	25,8
REACTIVA	N	0	3	13	41	71	128
	% Tipo de participación	0	2,3	10,2	32,0	55,5	100
	% Desarrollar el afán de superación	0	23,1	61,9	54,7	55,0	50,8
PROACTIVA	N	0	1	3	15	40	59
	% Tipo de participación	0	1,7	5,1	25,4	67,8	100
	% Desarrollar el afán de superación	0	7,7	14,3	20	31,0	23,4
Total	N	14	13	21	75	129	252
	% Tipo de participación	5,6	5,2	8,3	29,8	51,2	100
	% Desarrollar el afán de superación	100	100	100	100	100	100

En lo que se refiere a *Aprender cosas nuevas* también se advierten diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de participación que realicen las personas. Así, mientras que el 32,8% de aquellas personas que llevan a cabo una participación básica están muy de acuerdo con esta afirmación, este porcentaje es notablemente superior entre aquellas personas que participan de manera proactiva (60%) y quienes lo hacen de manera reactiva (69,5%).

TABLA 20: **APRENDER COSAS NUEVAS** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
BÁSICA	N	14	9	8	12	21	64
	% Tipo de participación	21,9	14,1	12,5	18,8	32,8	100
	% Aprender cosas nuevas	93,3	64,3	36,4	21,8	14,4	25,4
REACTIVA	N	0	2	8	29	89	128
	% Tipo de participación	0	1,6	6,3	22,7	69,5	100
	% Aprender cosas nuevas	0	14,3	36,4	52,7	61,0	50,8
PROACTIVA	N	1	3	6	14	36	60
	% Tipo de participación	1,7	5,0	10,0	23,3	60,0	100
	% Aprender cosas nuevas	6,7	21,4	27,3	25,5	24,7	23,8
Total	N	15	14	22	55	146	252
	% Tipo de participación	6,0	5,6	8,7	21,8	57,9	100
	% Aprender cosas nuevas	100	100	100	100	100	100

Otra diferencia destacable en función del tipo de participación hace referencia a las posibilidades de *Expresarse con libertad* en el ejercicio de dicha participación. Así, quienes en mayor medida se posicionan en contra de dicha consideración son aquellas personas que participan de manera básica (el 10,6% está muy en desacuerdo y el 9,1% en desacuerdo). Por el contrario, aquellas personas que participan tanto reactivamente como proactivamente están en mayor grado de acuerdo con esta idea.

TABLA 21: **EXPRESARSE CON LIBERTAD** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
BÁSICA	N	7	6	6	11	36	66
	% Tipo de participación	10,6	9,1	9,1	16,7	54,5	100
	% Expresarse con libertad	70	60,0	23,1	18,0	24,2	25,8
REACTIVA	N	1	2	15	36	75	129
	% Tipo de participación	0,8	1,6	11,6	27,9	58,1	100
	% Expresarse con libertad	10	20,0	57,7	59,0	50,3	50,4
PROACTIVA	N	2	2	5	14	38	61
	% Tipo de participación	3,3	3,3	8,2	23,0	62,3	100
	% Expresarse con libertad	20	20,0	19,2	23,0	25,5	23,8
Total	N	10	10	26	61	149	256
	% Tipo de participación	3,9	3,9	10,2	23,8	58,2	100
	% Expresarse con libertad	100	100	100	100	100	100

También se observan diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de participación en la posibilidad de *Ayudar a los/as demás*. Aproximadamente tres de cada cuatro personas que participan más activamente (75,4%) está muy de acuerdo con esta afirmación. Este porcentaje desciende hasta el 62,7% entre quienes llevan a cabo una participación básica y hasta un 53,9% entre quienes participan reactivamente. En esta misma línea, es remarcable que ninguna de las personas que componen el grupo de participación más activo está en desacuerdo con esta frase mientras que, el 7,5% de los y las que participan básicamente y el 1,6% de quienes lo hacen reactivamente están muy en desacuerdo con esta afirmación.

TABLA 22: **AYUDAR A LOS DEMÁS** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
BÁSICA	N	5	1	6	13	42	67
	% Tipo de participación	7,5	1,5	9,0	19,4	62,7	100
	% Ayudar mejor a los/as demás	71,4	33,3	37,5	17,8	26,8	26,2
REACTIVA	N	2	2	7	48	69	128
	% Tipo de participación	1,6	1,6	5,5	37,5	53,9	100
	% Ayudar mejor a los/as demás	28,6	66,7	43,8	65,8	43,9	50,0
PROACTIVA	N	0	0	3	12	46	61
	% Tipo de participación	0	0,0	4,9	19,7	75,4	100
	% Ayudar mejor a los/as demás	0	0,0	18,8	16,4	29,3	23,8
Total	N	7	3	16	73	157	256
	% Tipo de participación	2,7	1,2	6,3	28,5	61,3	100
	% Ayudar mejor a los/as demás	100	100	100	100	100	100

A pesar de que *Olvidar las preocupaciones* era uno de los ítems que menores puntuaciones obtenía en los resultados generales, se pueden observar diferencias significativas en su valoración en función del tipo de participación que realizan. Así, quienes más de acuerdo se posicionan con esta frase (el 55,8%) son aquellas personas que participan reactivamente, seguido de quienes participan proactivamente (55,8%). Las personas que participan de manera básica, por su parte, son las que en mayor proporción se manifiestan muy en desacuerdo con esta frase (el 18,2%).

TABLA 23: **OLVIDAR LAS PREOCUPACIONES** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
BÁSICA	N	12	7	8	12	27	66
	% Tipo de participación	18,2	10,6	12,1	18,2	40,9	100
	% Olvidar las preocupaciones	52,2	26,9	28,6	22,6	21,6	25,9
REACTIVA	N	5	15	10	27	72	129
	% Tipo de participación	3,9	11,6	7,8	20,9	55,8	100
	% Olvidar las preocupaciones	21,7	57,7	35,7	50,9	57,6	50,6
PROACTIVA	N	6	4	10	14	26	60
	% Tipo de participación	10	6,7	16,7	23,3	43,3	100
	% Olvidar las preocupaciones	26,1	15,4	35,7	26,4	20,8	23,5
Total	N	23	26	28	53	125	255
	% Tipo de participación	9,0	10,2	11,0	20,8	49,0	100
	% Olvidar las preocupaciones	100	100	100	100	100	100

Otra de las diferencias significativas en lo que se refiere a las opciones para *Desahogarse* que permiten estas actividades de ocio. Así, el 41% de las personas que participan proactivamente está muy de acuerdo con que participar le ayuda a *Desahogarse*. Este porcentaje se sitúa en el 40,7% entre quienes participan de manera reactiva y desciende al 32,8% entre quienes participan de manera básica. En consecuencia con estos resultados, el 19,4% de las personas que participan básicamente están muy en desacuerdo con esta afirmación.

TABLA 24: **DESAHOGARSE** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
BÁSICA	N	13	7	9	16	22	67
	% Tipo de participación	19,4	10,4	13,4	23,9	32,8	100
	% Desahogarse	61,9	24,1	26,5	22,9	22,7	26,7
REACTIVA	N	3	18	13	39	50	123
	% Tipo de participación	2,4	14,6	10,6	31,7	40,7	100
	% Desahogarse	14,3	62,1	38,2	55,7	51,5	49,0
PROACTIVA	N	5	4	12	15	25	61
	% Tipo de participación	8,2	6,6	19,7	24,6	41,0	100
	% Desahogarse	23,8	13,8	35,3	21,4	25,8	24,3
Total	N	21	29	34	70	97	251
	% Tipo de participación	8,4	11,6	13,5	27,9	38,6	100
	% Desahogarse	100	100	100	100	100	100

Por último, los datos parecen mostrar notables diferencias en los datos en la variable *Mejorar y mantener la buena salud*. Así, Mientras que el 73,4% de las personas que participan de manera reactiva está muy de acuerdo con la idea de que participar en estas actividades les ayuda a mantener la buena salud (el 94,5% si tenemos en cuenta quienes están *de acuerdo*) este porcentaje desciende hasta el 49,3% en el caso de quienes participan de manera básica. Consecuentemente, este mismo grupo es el que en mayor medida se muestra muy en desacuerdo (13,4%) y en desacuerdo (4,5%) con esta afirmación. Por su parte, quienes participan más activamente también parecen percibir las repercusiones de su participación en la salud ya que prácticamente seis de cada diez personas que componen este grupo (59,7%) se muestra muy de acuerdo con que su participación social contribuye a *Mejorar y mantener la buena salud* (porcentaje que asciende hasta el 85,5% si tenemos en cuenta quienes están *de acuerdo*).

TABLA 25: **MEJORAR Y MANTENER LA BUENA SALUD** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
BÁSICA	N	9	3	5	17	33	67
	% Tipo de participación	13,4	4,5	7,5	25,4	49,3	100
	% Mejorar y mantener la buena salud	69,2	50,0	35,7	28,3	20,1	26,1
REACTIVA	N	2	2	3	27	94	128
	% Tipo de participación	1,6	1,6	2,3	21,1	73,4	100
	% Mejorar y mantener la buena salud	15,4	33,3	21,4	45,0	57,3	49,8
PROACTIVA	N	2	1	6	16	37	62
	% Tipo de participación	3,2	1,6	9,7	25,8	59,7	100
	% Mejorar y mantener la buena salud	15,4	16,7	42,9	26,7	22,6	24,1
Total	N	13	6	14	60	164	257
	% Tipo de participación	5,1	2,3	5,4	23,3	63,8	100
	% Mejorar y mantener la buena salud	100	100	100	100	100	100

3. El Apoyo social que deriva de la participación social

El apoyo social se ha medido a través de siete variables, tres de las cuales resultan asociarse de manera estadísticamente significativa con el tipo de participación. Estas variables son: *Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas*, *Recibo amor y afecto* y *Recibo ayuda cuando estoy por enfermedad en la cama*.

	Beneficio	Índice X2	Asociación
Confidencia	Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	0,038	Sí
	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	0,107	No
	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	0,101	No
	Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	0,105	No
Afecto	Recibo cariño y afecto	0,01	Sí
	Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede a mí	0,25	No
	Recibo ayuda cuando estoy por enfermedad en la cama	0,01	Sí

Por otro lado, las variables que no se relacionan significativamente con el tipo de participación social son: *Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares*, *Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos*, *Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida* y *Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede a mí*.

El tipo de participación parece relacionarse directamente con las opciones de recibir invitaciones para salir con otras personas, en el sentido que a mayor implicación en la participación, mayor grado de satisfacción con las posibilidades de salir y relacionarse. Así, quienes participan de manera proactiva se muestran como el grupo que en mayor medida considera que *Recibe tantas invitaciones como desea para divertirse y salir con otras personas* (el 7%). En este mismo sentido, las personas que participan de manera básica son las que en mayor medida declaran que *Reciben muchas menos invitaciones de las que desean para salir y distraerse con otras personas* (41,8%).

TABLA 26: **RECIBO INVITACIONES PARA DISTRAERME Y SALIR CON OTRAS PERSONAS** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Tanto como deseo	Casi como deseo	Ni mucho ni poco	Menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo	Total
BÁSICA	N	4	8	9	18	28	67
	%Tipo de participación	6,0	11,9	13,4	26,9	41,8	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	33,3	26,7	15,8	28,6	31,1	26,6
REACTIVA	N	4	14	26	35	49	128
	%Tipo de participación	3,1	10,9	20,3	27,3	38,3	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	33,3	46,7	45,6	55,6	54,4	50,8
PROACTIVA	N	4	8	22	10	13	57
	%Tipo de participación	7,0	14,0	38,6	17,5	22,8	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	33,3	26,7	38,6	15,9	14,4	22,6
Total	N	12	30	57	63	90	252
	%Tipo de participación	4,8	11,9	22,6	25	35,7	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	100	100	100	100	100	100

A pesar de que en general, ninguno de los grupos destaca por obtener porcentajes elevados en lo que se refiere a recibir cariño y afecto de las personas con las que se relaciona cuando realiza estas actividades, las personas que participan de manera más comprometida parecen estar algo más satisfechas. Así el 3,8% de quienes conforman este grupo opina que recibe tanto cariño y afecto de estas personas como desea (frente al 0,8% de quienes participan reactivamente y el 0% de quienes lo hacen básicamente). Además, el 32,7% de estas personas otorga una puntuación intermedia (*ni mucho ni poco*) a esta afirmación. Por el contrario destacan los altos porcentajes de personas que declaran que *reciben mucho menos cariño y afecto del que desean* en los grupos de participación reactiva (55%) y básica (49,3%).

TABLA 27: **RECIBO CARIÑO Y AFECTO** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Tanto como deseo	Casi como deseo	Ni mucho ni poco	Menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo	Total
BÁSICA	N	0	3	8	23	33	67
	% Tipo de participación	0	4,5	11,9	34,3	49,3	100
	% Recibo amor y afecto	0	30	17,8	33,3	27,3	27,0
REACTIVA	N	1	3	20	34	71	129
	% Tipo de participación	0,8	2,3	15,5	26,4	55,0	100
	% Recibo amor y afecto	33,3	30	44,4	49,3	58,7	52,0
PROACTIVA	N	2	4	17	12	17	52
	% Tipo de participación	3,8	7,7	32,7	23,1	32,7	100
	% Recibo amor y afecto	66,7	40	37,8	17,4	14,0	21,0
Total	N	3	10	45	69	121	248
	% Tipo de participación	1,2	4,0	18,1	27,8	48,8	100
	% Recibo amor y afecto	100	100	100	100	100	100

Por último, la variable *Recibo ayuda cuando estoy por enfermedad en la cama* también parece establecer diferencias significativas en función del tipo de participación, sin embargo, los datos revelan que las diferencias se dan en sentido opuesto al visto hasta el momento. Así, las personas que participan de manera básica, y quizás teniendo en cuenta que son también en su mayoría las personas más mayores, son las que en mayor medida afirman *recibir tanta ayuda como desean cuando están por enfermedad en la cama* (el 10,7%). Este porcentaje desciende hasta el 4,6% entre quienes participan de manera reactiva y al 3,4% entre quienes lo hacen de manera proactiva. Igualmente, las personas que participan más comprometidamente son las que en mayor proporción declaran recibir *mucha menos ayuda de estas personas de la que desean*.

TABLA 28: **RECIBO AYUDA CUANDO ESTOY POR ENFERMEDAD EN LA CAMA** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Tanto como deseo	Casi como deseo	Ni mucho ni poco	Menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo	Total
BÁSICA	N	6	8	11	16	15	56
	% Tipo de participación	10,7	14,3	19,6	28,6	26,8	100
	% Recibo ayuda cuando estoy por enfermedad en la cama	46,2	25,8	16,9	34,0	22,4	25,1
REACTIVA	N	5	17	43	18	26	109
	% Tipo de participación	4,6	15,6	39,4	16,5	23,9	100
	% Recibo ayuda cuando estoy por enfermedad en la cama	38,5	54,8	66,2	38,3	38,8	48,9
PROACTIVA	N	2	6	11	13	26	58
	% Tipo de participación	3,4	10,3	19,0	22,4	44,8	100
	% Recibo ayuda cuando estoy por enfermedad en la cama	15,4	19,4	16,9	27,7	38,8	26,0
Total	N	13	31	65	47	67	223
	% Tipo de participación	5,8	13,9	29,1	21,1	30,0	100
	% Recibo ayuda cuando estoy por enfermedad en la cama	100	100	100	100	100	100

5. CONCLUSIONES

La siguiente tabla recoge de manera resumida todas las variables sociodemográficas analizadas a lo largo del estudio. Además, se señala si estas variables se relacionan de manera estadísticamente significativa con los diferentes grados de participación de manera que se pueden intuir los perfiles de personas que componen cada uno de los tres niveles de participación.

VARIABLES	HAY ASOCIACIÓN CON EL TIPO DE PARTICIPACIÓN	NO HAY ASOCIACIÓN CON EL TIPO DE PARTICIPACIÓN
Sexo	✓	
Edad	✓	
Estado civil	✓	
Nivel de estudios	✓	
Nivel de ingresos	✓	
Tipo de profesión realizada	✓	
Consumo de tabaco	✓	
Consumo de alcohol	✓	
Padece enfermedades crónicas		x
Actividad física realizada	✓	
Índice de Masa Corporal		x
Estado de salud percibido	✓	
Toma de medicación		x
Riesgo de dependencia	✓	

En la medida en que buena parte de las variables independientes que muestran asociación con la participación de las personas mayores en programas de ocio forman parte del conjunto de variables que definen el riesgo a la dependencia, se ha podido constatar que la participación social de una persona mayor tiende a ser menor cuando dicha persona padece un mayor riesgo a la dependencia.

A continuación se han listado todas aquellas variables que han constituido a efectos de la presente investigación el conjunto de indicadores de los beneficios de la participación social en programas de ocio para personas mayores. Los indicadores se han dividido en tres bloques en función del tipo de beneficio que suponen y se muestran tanto las puntuaciones medias de cada uno de ellos como la existencia o no de relación entre dichos beneficios con la modalidad de participación.

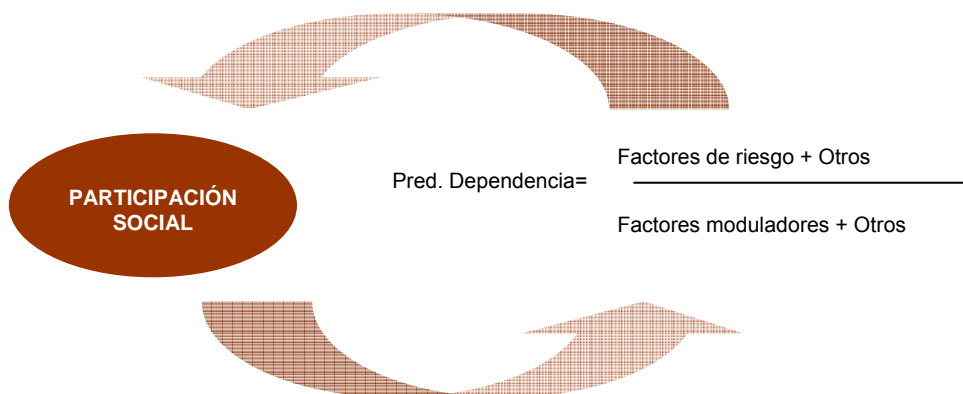
Bloque	Dimensión	Beneficio	Media general	Hay asociación	No hay asociación	
Motivación intrínseca y libertad percibida	Interés / Disfrute	He disfrutado mucho realizándolas	8,44		X	
		Eran divertidas	8,25	✓		
	Competencia percibida	Pienso que soy muy bueno/a en esa actividad	6,8		X	
		Estoy satisfecho con mi rendimiento en esa actividad	7,74		X	
	Esfuerzo / Importancia	Me esforcé mucho haciéndolas	7,16	✓		
		Era importante para mí hacerlas bien	8,22		X	
	Valor / utilidad	Creo que esta actividad podría serme de utilidad	8,23	✓		
		Pienso que es una actividad importante	8,44	✓		
	Utilidad percibida	Desarrollo personal	Desarrollar un mejor concepto de uno/a mismo/a	7,24		X
			Realizar una actividad beneficiosa para mí	7,92		X
Lograr una mayor seguridad en uno/a mismo/a			7,37		X	
Comunicación		Desarrollar el afán de superación	7,13	✓		
		Aprender cosas nuevas	7,37	✓		
		Expresarse con libertad	7,57	✓		
		Comunicarse con los/as demás	8,21		X	
		Ayudar mejor a los/as demás	7,79	✓		
Evasión		Hacer nuevas amistades	7,6		X	
		Olvidar las preocupaciones	6,68	✓		
Salud		Desahogarse	6,4	✓		
		Mejorar y mantener la buena salud	7,67	✓		
Apoyo Social		Confidencia	Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas		✓	
			Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares		✓	
			Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos			X
		Afecto	Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida			X
			Recibo cariño y afecto			X
			Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede a mi			X
			Recibo ayuda cuando estoy por enfermedad en la cama		✓	

Los valores de un número importante de indicadores de beneficio de la participación han mostrado la existencia de diferencias significativas entre las personas que se caracterizan por participar de forma básica, de forma reactiva y de forma proactiva. Por lo general, las puntuaciones resultan más elevadas entre quienes tienen una mayor o más intensa participación, lo que viene a evidenciar una distancia entre las personas mayores que participan a niveles muy básicos de compromiso y el resto.

Fundamentalmente se han constatado diferencias significativas en los resultados de los ítems que miden los beneficios entre las personas cuya participación se sitúa en el nivel más básico y el resto de personas mayores que han trascendido dicho nivel. Ahora bien, no se ha podido verificar que las personas que se sitúan en las mayores cuotas de participación –proactivas- consigan siempre mejores resultados que las personas que tienen una participación media –reactiva-, lo que podría estar significando que la escala utilizada para la clasificación de los niveles de participación posiblemente se vea mediada por otros factores inter-influente que escapan a la observación del presente análisis.

En última instancia **los datos parecen evidenciar cierta asociación entre la participación social y los factores moduladores de dependencia**, lo que viene a confirmar una de las principales hipótesis de trabajo por la cual **realizar actividades de ocio y de carácter social durante la vejez ejerce un efecto amortiguador ante la dependencia**.

Con todo, la investigación viene a constatar que la participación social está relacionada con la predisposición a la dependencia en la medida en que potencia beneficios que en última instancia constituyen los factores moduladores que la amortiguan (denominador). Si bien, también se hace evidente una cierta relación bidireccional por cuanto la existencia de determinados factores de riesgo (numerador) condiciona a su vez la participación social.



6. INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

<i>figuras</i>	<i>descripción</i>	<i>página</i>
FIGURA 1	PREDISPOSICIÓN A LA DEPENDENCIA	55
FIGURA 2	PREDISPOSICIÓN A LA DEPENDENCIA	69

<i>tablas</i>	<i>descripción</i>	<i>página</i>
TABLA 1	TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL SEXO	56
TABLA 2	TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DE LA EDAD	56
TABLA 3	TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL	56
TABLA 4	TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS	56
TABLA 5	TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE INGRESOS	57
TABLA 6	TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PROFESIÓN REALIZADA	57
TABLA 7	TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO	57
TABLA 8	TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL	57
TABLA 9	TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DE SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA	58
TABLA 10	TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA	58
TABLA 11	TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL INDICE DE MASA CORPORAL	58
TABLA 12	TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE SALUD PERCIBIDO	59
TABLA 13	TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DE SI TOMA MEDICACIÓN	59
TABLA 14	TIPO DE PARTICIPACIÓN EN FUNCIÓN DEL RIESGO DE DEPENDENCIA	59
TABLA 15	ERAN DIVERTIDAS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN	73
TABLA 16	ME ESFORCÉ MUCHO HACÉNDOLAS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN	73
TABLA 17	CREO QUE ESTA ACIVIDAD PODRÍA SERME DE UTILIDAD EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN	74
TABLA 18	PIENSO QUE ES UNA ACTIVIDAD IMPORTANTE EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN	75
TABLA 19	DESARROLLAR EL AFAN DE SUPERACIÓN EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN	77
TABLA 20	APRENDER COSAS NUEVAS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN	78
TABLA 21	EXPRESARSE CON LIBERTAD EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN	78
TABLA 22	AYUDAR A LOS DEMÁS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN	79
TABLA 23	OLVIDAR LAS PREOCUPACIONES EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN	80
TABLA 24	DESAHOGARSE EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN	80
TABLA 25	MEJORAR Y MANTENER LA BUENA SALUD EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN	81
TABLA 26	RECIBO INVITACIONES PARA DISTRAERME Y SALIR CON OTRAS PERSONAS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN	83
TABLA 27	RECIBO CARIÑO Y AFECTO EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN	84
TABLA 28	RECIBO AYUDA CUANDO ESTOY POR ENFERMEDAD EN LA CAMA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN	84

<i>gráficos</i>	<i>descripción</i>	<i>página</i>
GRÁFICO 1	VALORACIÓN DE LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y LIBERTAD PERCIBIDA	66
GRÁFICO 2	MEDIAS DE LA VALORACIÓN DE LA MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y LIBERTAD PERCIBIDA	67
GRÁFICO 3	VALORACIÓN DE LA UTILIDAD PERCIBIDA	68
GRÁFICO 4	MEDIAS DE LA VALORACIÓN DE LA UTILIDAD PERCIBIDA	69
GRÁFICO 5	VALORACIÓN SOBRE EL APOYO SOCIAL QUE REDIVA DE LA PARTICIPACIÓN	70

7. BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN GARCÍA, Antonio y PUGA GONZALEZ, M^a Dolores (2001). *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión para el año 2010*. Fundación Pfizer y CSIC, Madrid.

AGUERRE, Colette BOUFFARD y Leandro (2008). Envejecimiento exitoso: teorías, aplicaciones e investigaciones clínicas. *Revista Asociación Colombiana de Gerontología*, Vol. 22, nº 2, pp. 1146-1162.

ARANGUREN GONZALO, Luis (2004). *La participación ciudadana: posibilidades y retos*. [Documento *www*]. Agencia para el voluntariado y las asociaciones de Bizkaia, Bilbao. Dirección en Internet: www.bolunta.org

ARRIBAS, S., ARRUZA, J. A., GONZÁLEZ, O., y TELLETXEA, S. (2007). Validación De Una Escala Reducida De Utilidad Percibida De La Práctica De La Actividad Física y El Deporte. *International Journal of Sport Science* 3(7), pp. 34-48.

BALTES M.M. y SILVERBERG, S.B. (1994). The dynamics between dependency and autonomy: Illustrations across the life span. En FEATHERMAN, D.L. LERNER, R.M. y PERLMUTTER, M. (Eds.), *Life span development and behaviour*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.

BALTES, M.M. y WAHL, H. (1990). *Dependencia en los ancianos*. En CARSTENSEN, L.L y EDELSTEIN, B.A. (Eds.), *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Martínez-Roca, Barcelona.

BALTES, P.B. y BALTES, M.M. (1990). *Successful Aging: perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge University Press, Cambridge.

BAÑUELOS, Xabier (2006). *Participación, democracia y voluntariado*. [Documento *www*]. Agencia para el voluntariado y las asociaciones de Bizkaia, Bilbao. Dirección en Internet: www.bolunta.org

BAZO, Maria Teresa (1993). Aportación de las personas mayores. Un análisis sociológico. *REIS*, nº73, pp 209-22.

BEARD, J. y RAGHEB, M. (1980). Measuring leisure satisfaction. *Journal of Leisure Research*, vol. 12, nº.1.

BELLOC, NB. y BRESLOW, L. (1972). *Relationship of physical health status and health practices*. *Preventive Medicine*.

BULLOCK, Charles C. (1998). *Capacidad de ocio modelo: implicaciones para el investigador*. [Documento [www](http://66.102.104/translate_c?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://fin...)]. Dirección en Internet: http://66.102.104/translate_c?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://fin...

CAMACHO T,C., ROBERTS, R.E., LAZARUS, N.B., y Kaplan, G.A. (1991) Physical activity and depression: Evidence from the alameda county study. *American Journal of Epidemiology*, nº 134. pp.220-231

CAPLAN, G.A. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. Behavioural Publications, New York.

COHEN, S. (1992). Stress, social support and disorder. En BAUMANN, H. y VEIEL, U. (eds.). *The meaning and measurement of social support*. Hemisphere, New York.

COLEMAN, D. e ISO-AHOLA, S. (1993). Leisure and health: the role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research*, vol. 25.

CONSELL SENIORS DE PREMIÀ DEL MAR. HARTU EMANAK. OFECUM (2004) Manifiesto noviembre 2000: Hacia un compromiso social. Documento presentado en *I Encuentro Libre de Asociaciones de Personas Mayores*. Madrid.

DÍAZ VEIGA, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (ed.). *El ambiente: análisis psicológico*. Pirámide, Madrid.

Encuesta de salud de la CA del País Vasco 2002 (2002). Gobierno Vasco-Eusko Jaurlaritz. Departamento de Sanidad, Vitoria-Gasteiz.

Envejecimiento y enfoque del ciclo vital (2008) [Documento www].

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío. (1998). Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos En *Ponencias de las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención*. AMG, Barcelona.

FORO ZABAL-ZABALIK (2006). *Ante la dependencia* [Documento www]. Dirección en Internet: http://www.bizkeliza.org/fileadmin/bizkeliza/web/doc_sal/articulos/Dependencia__SemDFB-IDTP_.doc

GÓMEZ PAVÓN, J. et al. (2007) Prevención de la dependencia en las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, nº42 (Supl 2), pp. 15-56.

GORBEÑA ETXEBARRIA, Susana (2000). *Modelos de interpretación en ocio terapéutico*. Universidad de Deusto, Bilbao

GRACIA, E., HERRERO, J., y MUSITU, G. (1995): *El apoyo social*. PPU, Barcelona.

HUTCHINSON S.L., LOY D.P., KLEIBER D.A., DATTILO J. (2003). Leisure as a coping resource: variations in coping with traumatic injury and illness. *Leisure Sciences*, abril-oct., Vol. 25, nº 2-3, pp.143-161.

INSALUD (1995). *Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores*. INSALUD, Madrid.

KELLY, J., STEINKAMP, M, y KELLY, J. (1987). Later life satisfaction: does leisure contribute? *Leisure Sciences*, nº19, pp. 189-200.

KELLY J.R., STEINKAMP M.W. (1986). Later life leisure: how they play in Peoria. *The Gerontologist*, nº26, pp. 79-82.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

LIN, N., y ENSEL, W. (1989). Life stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, nº 54.

LOPEZ DOBLAS, Juan (2004). *Personas mayores viviendo solas*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

MARTINEZ, Silvia e AMAYRA, Imanol. (2006). *Beneficios del ocio en la vejez: pautas para el desarrollo de programas de ocio terapéuticos*. [Documento www]. Dirección en Internet: <http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?25043>

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2004) *Libro Blanco de la Dependencia*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

MONTORIO CERRATO, Ignacio y LOSADA BALTAR, Andrés (2004). *Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional*. [Documento www]. IMSERSO, CSIC, Madrid. Dirección en Internet: www.imsersomayores.csic.es.

MURPHY, E. (1982). Social origins of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, nº 141.

NEULINGER, J. (1974). *Psychology of Leisure: Research approaches to the study of leisure*. Charles C. Thomas, Springfield.

OMS (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria-Gerocontrol*, nº 37 (S2), pp.74-105.

O'SHEA, E. (2003). *La Mejora de la Calidad de Vida de las Personas Mayores Dependientes*. Grupo de Expertos de las Mejoras en la Calidad de Vida de Personas Dependientes. Comité Europeo de Cohesión Social. Consejo de Europa, Bruselas.

OVERS, R.P., TAYLOR, S. CASSELL, E. y CHERNOV, M. (1977) *Avocational Counseling for the Elderly*. Avocational Counseling Research, Inc., Sussex.

PÉREZ SALANOVA, Mercè (2003). *Activando el envejecimiento activo*. [Documento www.] Dirección en Internet: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-18.pdf>

PETERSON, C. y GUNN, S. (1984). *Therapeutic Recreation Program Design: Principles and Procedures*. Prentice Hall, USA.

REGATO PAJARES, P (2002). *A propósito del envejecimiento activo y de la II Asamblea mundial sobre el envejecimiento: que estamos haciendo y que nos queda por hacer*. [Documento www]. Dirección en Internet: www.semfcy.es.

RODRIGUEZ SUAREZ, Julio y AGULLÓ-TOMÁS (2002). Psicología social y ocio: una articulación necesaria. *Psicothema*, vol.14, nº1, pp. 124-123.

ROQUE PUJOL, R. (2008). Modelo teórico del ocio: una propuesta de interpretación conceptual. *Revista Digital "Activate" Icoder* [Documento www]. Dirección en Internet: http://www.icoder.go.cr/fileadmin/usuarios/documentos/Centro_Informacion/Recreacion/Modelo_teorico_del_ocio.pdf

SÁNCHEZ BAÑUELOS, F, MENDIZÁBAL, S, y VELASCO, M. (2000). Diseño y Validación De Una Escala Para La Medición De La Utilidad Percibida De La Práctica Del Deporte. *Infocoes* IV(2). pp.3-23.

SÁNCHEZ SANTA-BÁRBARA, Emilio, y GARCÍA MARTÍNEZ, Miguel Ángel (2001). *Análisis de las motivaciones para la participación en la comunidad*. Universidad de Granada, Granada.

SCARMEAS N, LEVY G, TANG M.X, Manly J, STERN Y. (2001). Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease. *Neurology*. nº 57, pp.2236-2247.

STEBBINS, R., (2000). Un estilo de vida óptimo de ocio: combinar ocio serio y casual en la búsqueda del bienestar personal. En CUENCA, M. (ed.), *Ocio y desarrollo humano*. Universidad de Deusto, Bilbao.

STONES, M.J. y KOZMA, A. (1986). Happy are they who are happy. *Experimental Ageing Research*. nº12, pp. 23-29.

STUMBO, N. (1998) The Leisure ability model. *Therapeutic Recreation Journal*. [Documento [www.](http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3903/is_199804/ai_n8788618/pr)] Dirección en Internet http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3903/is_199804/ai_n8788618/pr

STUMBO, N. y PETERSON, C. (2003). *Therapeutic Recreation Program Design: Principles and Procedures*, Benjamin Cummings, USA.

SUBIRATS, J. (ed.) (1999). *¿Existe una sociedad civil en España?* Fundación Encuentro, Madrid.

VVOO (2007) Prevención de la Dependencia en las Personas Mayores. En *Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud*, Madrid. [Documento [www.](http://www.vacunas.org/images/stories/recursos/profesionales/temasactuales/2007/septiembre07/documento_preencion_dependencia.pdf)] Dirección en internet http://www.vacunas.org/images/stories/recursos/profesionales/temasactuales/2007/septiembre07/documento_preencion_dependencia.pdf

8. ANEXOS

8.1 Cuestionario

Buenos días / Buenas tardes. Desde el Servicio de Estudios Sociales de Fundación EDE estamos realizando una investigación cuyo objetivo principal se encamina a **conocer los beneficios de la participación social en la prevención de la dependencia.**

Le agradecemos que contestara a unas breves preguntas y le recordamos que **la información que se recoja será tratada de forma confidencial, con arreglo a la ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal** y que se garantizará en todo momento el anonimato de las respuestas puesto que los resultados se analizarán en su conjunto.

Número de cuestionario (v0)

P.1 Edad: _____ v1

P.2. Sexo v2

1. Hombre

2. Mujer

P.3. En ocasiones, nuestro estado de salud limita las posibilidades que tenemos de disfrutar de nuestras aficiones, realizar nuestras actividades de ocio, etc. **Actualmente, ¿cómo calificaría Vd. su propio estado de salud?** v3

1. Muy bueno

2. Bueno

3. Regular

4. Malo

5. Muy malo → pasar a la pregunta 17 (Pág.4)

0. Ns/Nc

P.4. Este estudio pretende profundizar en algunos aspectos relacionados con el tipo de actividades que se realiza habitualmente. **En este sentido, ¿podría indicarnos si a lo largo del último año ha PARTICIPADO DE MANERA HABITUAL en alguna de las siguientes actividades?**

	SI	NO
He participado HABITUALMENTE en actividades improvisadas o que requieren de poca organización / planificación previa (leer el periódico, jugar a cartas, ver la TV, escuchar la radio...) v4	1	2
He participado HABITUALMENTE en actividades organizadas o planificadas con antelación v5 (asistir a espectáculos folklóricos, conferencias y foros, cursos de formación, ir al teatro, al cine, ...)	1	2

P.5. En caso de que sí haya participado en alguna de ellas, **¿formaba parte de la ORGANIZACIÓN/ GESTIÓN de dicha actividad?** v6

1. Si

2. No

0. NS/NC

99. No procede

P.6. En caso de que sí formen parte, **¿pertenecen a la junta directiva de alguna organización?**

v6.2

1. Si

2. No

0. NS/NC

99. No procede

P.7. Piense en las personas con que se relaciona o ha relacionado mientras participaba durante el último año en alguna de estas actividades de ocio. En la

siguiente lista se muestran algunas cosas que estas personas con las que se relaciona, hacen por usted o le proporcionan. **Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación:**

	Tanto como deseo	Casi como deseo	Ni mucho ni poco	Menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas v7	1	2	3	4	5
Recibo cariño y afecto v8	1	2	3	4	5
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares v9	1	2	3	4	5
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos v10	1	2	3	4	5
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede v11	1	2	3	4	5
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida v12	1	2	3	4	5
Recibo ayuda cuando estoy por enfermedad en la cama v13	1	2	3	4	5

P.8. A continuación le pedimos que valore su participación en las distintas actividades y/u organizaciones antes mencionadas. Lea atentamente y rodee con un círculo el número de la escala que mejor exprese sus sensaciones.

	Completam. falso											Completam. cierto
Desarrollar un mejor concepto de uno/a mismo/a v14	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Realizar una actividad beneficiosa para mí v15	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Lograr una mayor seguridad en uno/a mismo/a v16	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Desarrollar el afán de superación v17	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Aprender cosas nuevas v18	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Expresarse con libertad v19	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Comunicarse con los/as demás v20	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Ayudar a los/as demás v21	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Hacer nuevas amistades v22	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10

Olvidar las preocupaciones v23	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Desahogarse v24	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mejorar y mantener la buena salud v25	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

P.9. A continuación le pedimos que valore como se sintió en las distintas actividades y/u organizaciones antes mencionadas. Lea atentamente y rodee con un círculo el número de la escala que mejor exprese sus sensaciones.

	Completam. falso											Completam. cierto
He disfrutado mucho realizándolas v26	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Eran divertidas v27	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pienso que soy muy bueno/a en esa actividad v28	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Estoy satisfecho con mi rendimiento en esa actividad v29	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me esforcé mucho haciéndolas v30	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Era importante para mí hacerlas bien v31	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me encontraba muy tenso/a mientras las hacía v32	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me sentía bajo presión mientras las hacía v33	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Participé en la actividad porque quería hacerlo v34	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me vi obligado/a a participar v35	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Creo que esta actividad podría serme de utilidad v36	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pienso que es una actividad importante v37	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

P. 10. De manera general ¿realiza alguna actividad física en su tiempo libre como hacer deporte, pasear, nadar, hacer gimnasia...? **V38**

1. Si, alguna
2. No, ninguna
0. NS/NC

P.11. En relación al consumo de tabaco, ¿cuál de las siguientes frases describe mejor su situación? **V39**

1. Nunca he fumado. Pasar P.14
2. Fumaba antes pero ya no fumo
3. Fumo habitualmente
0. NS/NC Pasar P.14

P.12. Aproximadamente, ¿durante cuánto tiempo ha fumado? V40

1. De 1 a 45 años
2. De 46 a 55 años
3. De 56 a 76 años
0. NS/NC
99. No procede

P.13. ¿Cuántos cigarrillos fuma (fumaba) al día? V41

1. Entre 1 y 10 cigarrillos diarios
2. Más de 10 cigarrillos diarios
0. NS/NC
99. No procede

P.14. Habitualmente ¿con qué frecuencia consume bebidas que contengan alcohol (vino, sidra, cerveza, brandy...)? V42

1. Diariamente
2. Varias veces a la semana pero no todos los días.
3. Solo en determinadas ocasiones → Pasar a la P16
4. No bebo bebidas alcohólicas → Pasar a la P16
0. NS/NC

P.15. Aproximadamente, ¿durante cuánto tiempo ha consumido alcohol de manera regular? V43

1. De 1 a 45 años
2. De 46 a 55 años
3. De 56 a 76 años
0. NS/NC
99. No procede

P.16. ¿Padece Vd. actualmente alguna enfermedad crónica? V44

1. Sí
2. No → Pasar a P18
0. Ns/Nc → Pasar a P18

P.17. ¿Qué enfermedad o enfermedades crónicas diagnosticadas padece en la actualidad?

	SI	NO	NS/NC	NP
1. Reuma V45				
2. Problemas de vista V46				
3. Problemas de oído V47				
5. Problemas de Huesos (artrosis, artritis,..) V48				
6. Problemas respiratorios V49				
7. Problemas del corazón (circulatorios) V50				
8. Diabetes (azúcar) V51				
9. Problemas de memoria V52				
10. Hipertensión (tensión alta) V53				
11. Depresión V54 * Pasar a la P3 y fin de la encuesta				
12. Trastornos mentales V55 * Pasar a P3 y fin de la encuesta				
13. Alzheimer, demencia u otras V56 * Pasar a P3 y fin de la encuesta				
14. Problemas de insomnio (no dormir bien) V57				
15. Tumores, cáncer V58				
16. Digestivas V59				
17. Afecciones en los órganos genitales y/o urinario V60				
18. Otras enfermedades V61 ¿Cuáles? V61.2				

P18. ¿Toma habitualmente medicación? V62

1. Sí
2. No
0. NS/NC

P.19. Aproximadamente, ¿Cuánto pesa sin zapatos? _____ V63.1

P.20. Aproximadamente, ¿Cuánto mide sin zapatos? _____ V63.2

P.21. Estado Civil V64

1. Soltero/a
2. Casado/a
3. Viudo/a
4. Divorciado/a
5. Otra, especifique _____
V64.2
0. NS/NC

P.22. ¿Sabe usted leer y escribir? V65

1. Sí → Pasar a la P.23
2. No → Pasar a la P.24.
0. NS/NC

P.23. Nivel de estudios V66

1. Sin estudios
2. Primarios
3. Secundarios (Formación Profesional...)
4. Universitarios
0. NS/NC

P.24. Actualmente ¿cual sería aproximadamente su nivel de ingresos mensuales en el hogar? V67

1. <500€
2. 500-1000€
3. > 1000€
4. NS/NC

P.25. Tipo de profesión que ha realizado con mayor frecuencia a lo largo de su vida. V68

1. Sedentario
2. No sedentario sin grandes esfuerzo
3. No sedentario con esfuerzo
0. NS/NC

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

8.2 Carta informativa



Bilbao, a 25 de noviembre de 2008

Estimado/a amigo/a:

Nos ponemos en contacto con vosotros/as para haceros partícipes de la puesta en marcha de una interesante investigación que se está llevando a cabo a través del Área de Personas Mayores-Suspergintza Elkartea en colaboración con el Servicio de Estudios Sociales de la Fundación EDE y la asociación de jubilados y pensionistas de Bizkaia Nagusiak, que nace con el objetivo último de **conocer en qué medida la participación en actividades y programas de carácter social supone un factor de resistencia frente a la dependencia en las personas mayores.**

Seguramente el alargamiento de la vida es uno de los mayores logros de la humanidad, sin embargo, el reto ahora está en lograr también alargar la vida **libre de incapacidad.**

Gran cantidad de estudios ya han demostrado que mantener unos determinados hábitos de vida, practicar ejercicio, cuidar la nutrición, mantener la mente activa, seguir aprendiendo, relacionándose, en definitiva, teniendo **proyecto personal de vida**, contribuye a alargar la vida, haciéndola más útil y placentera. Y es en este punto donde cobra sentido esta investigación ya que lo que en definitiva pretende demostrar es que **saber envejecer es una excelente base para prevenir la dependencia.**

A pesar de que esta es una idea muy fundamentada a nivel teórico, carece todavía de experiencias prácticas y por ello desde Nagusiak solicitamos vuestra colaboración. De momento únicamente queríamos daros a conocer a investigación y en los próximos días iréis recibiendo más información.

Agradeciendo de antemano vuestro interés recibid un cordial saludo.

Servicio de Estudios Sociales de la Fundación EDE
Simón Bolívar 8B. Bilbao
Telf.: 94.400.99.99
(Roberto Mier / Irama Vidorreta)
rmier@fundacionede.org / ividorreta@fundacionede.org

8.3 Resultados en función del tipo de participación

8.2.1 Resultados de la Motivación intrínseca y libertad percibida en función del tipo de participación

TABLA A1: **HE DISFRUTADO MUCHO REALIZÁNDOLAS** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
BÁSICA	N	0	0	3	9	55	67
	% Tipo de participación	0	0	4,5	13,4	82,1	100
	% Desarrollar el afán de superación	0	0	25	20,5	27,9	26,1
REACTIVA	N	0	2	4	18	106	130
	% Tipo de participación	0	1,5	3,1	13,8	81,5	100
	% Desarrollar el afán de superación	0	66,7	33,3	40,9	53,8	50,6
PROACTIVA	N	1	1	5	17	36	60
	% Tipo de participación	1,7	1,7	8,3	28,3	60	100
	% Desarrollar el afán de superación	100	33,3	41,7	38,6	18,3	23,3
Total	N	1	3	12	44	197	257
	% Tipo de participación	0,4	1,2	4,7	17,1	76,7	100
	% Desarrollar el afán de superación	100	100	100	100	100	100

TABLA A2: **PIENSO QUE SOY BUENO EN ESA ACTIVIDAD** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
BÁSICA	N				16	31	57
	% Tipo de participación	1,8	1,8	14,0	28,1	54,4	100,0
	% Desarrollar el afán de superación	12,5	5,6	21,6	20,8	29,8	23,4
REACTIVA	N	3	10	18	40	54	125
	% Tipo de participación	2,4	8	14,4	32	43,2	100
	% Desarrollar el afán de superación	37,5	55,6	48,6	51,9	51,9	51,2
PROACTIVA	N	4	7	11	21	19	62
	% Tipo de participación	6,5	11,3	17,7	33,9	30,6	100,0
	% Desarrollar el afán de superación	50,0	38,9	29,7	27,3	18,3	25,4
Total	N	8	18	37	77	104	244
	% Tipo de participación	3,3	7,4	15,2	31,6	42,6	100
	% Desarrollar el afán de superación	100	100	100	100	100	100

TABLA A3: **ESTOY SATISFECHO/A CON MI RENDIMIENTO EN ESA ACTIVIDAD** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Nivel de Satisfacción					Total
		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	
BÁSICA	N	0	2	3	19	36	60
	% Tipo de participación	0	3,3	5	31,7	60	100
	% Desarrollar el afán de superación	0	40	16,7	28,8	23,5	24,3
REACTIVA	N	3	2	6	32	83	126
	% Tipo de participación	2,4	1,6	4,8	25,4	65,9	100
	% Desarrollar el afán de superación	60	40	33,3	48,5	54,2	51
PROACTIVA	N	2	1	9	15	34	61
	% Tipo de participación	3,3	1,6	14,8	24,6	55,7	100
	% Desarrollar el afán de superación	40	20	50	22,7	22,2	24,7
Total	N	5	5	18	66	153	247
	% Tipo de participación	2	2	7,3	26,7	61,9	100
	% Desarrollar el afán de superación	100	100	100	100	100	100

TABLA A4: **ERA IMPORTANTE PARA MI HACERLAS BIEN** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Nivel de Satisfacción					Total
		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	
BÁSICA	N	1	1	4	13	41	60
	% Tipo de participación	1,7	1,7	6,7	21,7	68,3	100
	% Desarrollar el afán de superación	25	25,	40	28,3	22	24
REACTIVA	N	2	2	1	21	102	128
	% Tipo de participación	1,6	1,6	0,8	16,4	79,7	100
	% Desarrollar el afán de superación	50	50	10	45,7	54,8	51,2
PROACTIVA	N	1	1	5	12	43	62
	% Tipo de participación	1,6	1,6	8,1	19,4	69,4	100
	% Desarrollar el afán de superación	25	25	50	26,1	23,1	24,8
Total	N	4	4	10	46	186	250
	% Tipo de participación	1,6	1,6	4	18,4	74,4	100
	% Desarrollar el afán de superación	100	100	100	100	100	100

8.2.2 Resultados de la Utilidad percibida en función del tipo de partición

TABLA A5: **DESARROLLAR UN MEJOR CONCEPTO DE UNO MISMO/A** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
BÁSICA	N	1	6	8	25	26	66
	% Tipo de participación	1,5	9,1	12,1	37,9	39,4	100
	% Desarrollar el afán de superación	16,7	42,9	32	29,1	21	25,9
REACTIVA	N	1	7	9	43	70	130
	% Tipo de participación	0,8	5,4	6,9	33,1	53,8	100
	% Desarrollar el afán de superación	16,7	50	36	50	56,5	51
PROACTIVA	N	4	1	8	18	28	59
	% Tipo de participación	6,8	1,7	13,6	30,5	47,5	100
	% Desarrollar el afán de superación	66,7	7,1	32,0	20,9	22,6	23,1
Total	N	6	14	25	86	124	255
	% Tipo de participación	2,4	5,5	9,8	33,7	48,6	100
	% Desarrollar el afán de superación	100	100	100	100	100	100

TABLA A6: **REALIZAR UNA ACTIVIDAD BENEFICIOSA PARA MI** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
BÁSICA	N	1	3	4	14	44	66
	% Tipo de participación	1,5	4,5	6,1	21,2	66,7	100
	% Desarrollar el afán de superación	33,3	33,3	36,4	20,6	26,7	25,8
REACTIVA	N	0	3	3	34	90	130
	% Tipo de participación	0	2,3	2,3	26,2	69,2	100
	% Desarrollar el afán de superación	0	33,3	27,3	50	54,5	50,8
PROACTIVA	N	2	3	4	20	31	60
	% Tipo de participación	3,3	5	6,7	33,3	51,7	100
	% Desarrollar el afán de superación	66,7	33,3	36,4	29,4	18,8	23,4
Total	N	3	9	11	68	165	256
	% Tipo de participación	1,2	3,5	4,3	26,6	64,5	100
	% Desarrollar el afán de superación	100	100	100	100	100	100

TABLA A7: **LOGRAR UNA MAYOR SEGURIDAD EN UNO MISMO/A** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Nivel de acuerdo					Total
		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	
BÁSICA	N	3	6	5	18	34	66
	% Tipo de participación	4,5	9,1	7,6	27,3	51,5	100
	% Desarrollar el afán de superación	33,3	66,7	29,4	20,5	25,4	25,7
REACTIVA	N	3	3	6	47	71	130
	% Tipo de participación	2,3	2,3	4,6	36,2	54,6	100
	% Desarrollar el afán de superación	33,3	33,3	35,3	53,4	53	50,6
PROACTIVA	N	3	0	6	23	29	61
	% Tipo de participación	4,9	0	9,8	37,7	47,5	100
	% Desarrollar el afán de superación	33,3	0	35,3	26,1	21,6	23,7
Total	N	9	9	17	88	134	257
	% Tipo de participación	3,5	3,5	6,6	34,2	52,1	100
	% Desarrollar el afán de superación	100	100	100	100	100	100

TABLA A8: **COMUNICARSE CON LOS/AS DEMÁS** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Nivel de acuerdo					Total
		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	
BÁSICA	N	2	0	3	13	49	67
	% Tipo de participación	3	0	4,5	19,4	73,1	100
	% Desarrollar el afán de superación	66,7	0	37,5	21,7	26,6	26
REACTIVA	N	1	2	4	35	88	130
	% Tipo de participación	0,8	1,5	3,1	26,9	67,7	100
	% Desarrollar el afán de superación	33,3	66,7	50	58,3	47,8	50,4
PROACTIVA	N	0	1	1	12	47	61
	% Tipo de participación	0	1,6	1,6	19,7	77	100
	% Desarrollar el afán de superación	0	33,3	12,5	20	25,5	23,6
Total	N	3	3	8	60	184	258
	% Tipo de participación	1,2	1,2	3,1	23,3	71,3	100
	% Desarrollar el afán de superación	100	100	100	100	100	100

TABLA A9: **HACER NUEVAS AMISTADES** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Nivel de acuerdo					Total
		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	
BÁSICA	N	3	6	5	17	36	67
	% Tipo de participación	4,5	9	7,5	25,4	53,7	100
	% Desarrollar el afán de superación	75	42,9	33,3	21,8	25	26,3
REACTIVA	N	1	6	6	44	71	128
	% Tipo de participación	0,8	4,7	4,7	34,4	55,5	100
	% Desarrollar el afán de superación	25	42,9	40	56,4	49,3	50,2
PROACTIVA	N	0	2	4	17	37	60
	% Tipo de participación	0	3,3	6,7	28,3	61,7	100
	% Desarrollar el afán de superación	0	14,3	26,7	21,8	25,7	23,5
Total	N	4	14	15	78	144	255
	% Tipo de participación	1,6	5,5	5,9	30,6	56,5	100
	% Desarrollar el afán de superación	100	100	100	100	100	100

8.2.3 Resultados del apoyo social que deriva de la participación en función del tipo de participación

TABLA A10: **TENGO LA POSIBILIDAD DE HABALR CON ALGUIEN DE MIS PROBLEMAS FAMILIARES Y PERSONALES** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Nivel de deseo					Total
		Tanto como deseo	Casi como deseo	Ni mucho ni poco	Menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo	
BÁSICA	N	2	8	23	6	12	51
	%Tipo de participación	3,9	15,7	45,1	11,8	23,5	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	28,6	25	28,8	12,8	19,7	22,5
REACTIVA	N	3	18	43	28	25	117
	%Tipo de participación	2,6	15,4	36,8	23,9	21,4	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	42,9	56,2	53,8	59,6	41	51,5
PROACTIVA	N	2	6	14	13	24	59
	%Tipo de participación	3,4	10,2	23,7	22	40,7	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	28,6	18,8	17,5	27,7	39,3	26
Total	N	7	32	80	47	61	227
	%Tipo de participación	3,1	14,1	35,2	20,7	26,9	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	100	100	100	100	100	100

TABLA A11: **TENGO LA POSIBILIDAD DE HABLAR CON ALGUIEN DE MIS PROBLEMAS ECONÓMICOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN**

		Tanto como deseo	Casi como deseo	Ni mucho ni poco	Menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo	Total
BÁSICA	N	4	10	24	7	6	51
	%Tipo de participación	7,8	19,6	47,1	13,7	11,8	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	50	26,3	25,8	18,9	12,5	22,8
REACTIVA	N	3	19	51	19	22	114
	%Tipo de participación	2,6	16,7	44,7	16,7	19,3	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	37,5	50	54,8	51,4	45,8	50,9
PROACTIVA	N	1	9	18	11	20	59
	%Tipo de participación	1,7	15,3	30,5	18,6	33,9	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	12,5	23,7	19,4	29,7	41,7	26,3
Total	N	8	38	93	37	48	224
	%Tipo de participación	3,6	17	41,5	16,5	21,4	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	100	100	100	100	100	100

TABLA A12: **CUENTO CON PERSONAS QUE SE PREOCUPAN DE LO QUE ME SUCEDER EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN**

		Tanto como deseo	Casi como deseo	Ni mucho ni poco	Menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo	Total
BÁSICA	N	4	9	14	21	14	62
	%Tipo de participación	6,5	14,5	22,6	33,9	22,6	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	44,4	34,6	23,7	29,6	17,5	25,3
REACTIVA	N	3	14	27	32	48	124
	%Tipo de participación	2,4	11,3	21,8	25,8	38,7	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	33,3	53,8	45,8	45,1	60	50,6
PROACTIVA	N	2	3	18	18	18	59
	%Tipo de participación	3,4	5,1	30,5	30,5	30,5	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	22,2	11,5	30,5	25,4	22,5	24,1
Total	N	9	26	59	71	80	245
	%Tipo de participación	3,7	10,6	24,1	29	32,7	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	100	100	100	100	100	100

TABLA A13: **RECIBO INVITACIONES CONSEJOS ÚTILES CUANDO ME OCURRE ALGÚN ACONTECIMIENTO IMPORTANTE EN MI VIDA** EN FUNCIÓN DEL TIPO DE PARTICIPACIÓN

		Tanto como deseo	Casi como deseo	Ni mucho ni poco	Menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo	Total
BÁSICA	N	3	9	20	19	8	59
	%Tipo de participación	5,1	15,3	33,9	32,2	13,6	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	27,3	37,5	25,6	32,8	11,1	24,3
REACTIVA	N	5	11	41	23	44	124
	%Tipo de participación	4	8,9	33,1	18,5	35,5	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	45,5	45,8	52,6	39,7	61,1	51
PROACTIVA	N	3	4	17	16	20	60
	%Tipo de participación	5	6,7	28,3	26,7	33,3	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	27,3	16,7	21,8	27,6	27,8	24,7
Total	N	11	24	78	58	72	243
	%Tipo de participación	4,5	9,9	32,1	23,9	29,6	100
	% Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	100	100	100	100	100	100