

La inclusión de los adultos mayores en el sistema universitario

ARACELI HERNÁNDEZ VELASCO
EVERARDO CAMACHO GUTIÉRREZ

Envejecer tiene una mejor perspectiva hoy, ya que hay una mayor conciencia acerca de este proceso (Ham Chande, 2003), además de un mayor compromiso profesional multidisciplinario para resolver los problemas y las demandas de la población en esta etapa de la vida. Lo que en un principio era solo un problema demográfico y de bienestar social, ahora se ha convertido en un tema de suma relevancia e interés por instancias que antes no lo consideraban atractivo ni lo incluían en sus programas (Yuni, 1993; Vázquez & Fernández, 1999).

Un ejemplo de lo anterior lo encontramos en las universidades, que apenas hasta hace unos años comenzaron sus primeras investigaciones (Flores, Vega & González, 2011; Cabedo & Cabedo-Mas, 2015) o programas de atención para el adulto mayor, lo que se ha incrementado en la actualidad, por ejemplo, el diplomado para adultos mayores ofrecido en la Universidad Autónoma de Nuevo León¹ y otras experiencias como en la Facultad de Estudios Superiores-Iztacala (González-Celis, Esquivel & Jiménez, 2005). Existe el Sistema Universitario del Adulto Mayor (SUAM), creado a finales de 2012 por la Universidad de

1. Véase www.uanl.mx/unimayores

Guadalajara,² con el objetivo de integrar, formar y capacitar a esta población, con más de 27 cursos en áreas de salud y desarrollo psicológico, humanidades, cómputo e idiomas, arte y cultura, entre otros; es un modelo académico singular, tanto en la pedagogía como en los contenidos académicos, así como flexible en los horarios. En España se tuvo el Congreso Iberoamericano de Universidades para Mayores (CIUUMM, 2011), cuyo principal interés fue el aprendizaje a lo largo de la vida, el envejecimiento activo y la cooperación internacional en los programas universitarios para mayores. También incluye la educación para instruir a las personas en cómo pueden mejorar la utilización del ocio y el tiempo libre, la participación social y la mejora de la calidad de vida, bajo la consigna de que “si se tienen mejores personas tendremos una mejor sociedad” (p.1176). Se logró, en primera instancia, romper con la barrera de la edad dentro del sistema universitario, al eliminar una edad máxima para poder ingresar, ya que cualquier espacio es educativo. Cuba tiene muchos años de experiencia, por ser uno de los países de mayor envejecimiento y longevidad de América Latina (Marín & Fernández, 2001). El antecedente surge de la educación no formal de los adultos mayores, desarrollada por la gerontología del país, que inició a mediados de la década de los noventa y finalizó en el año 2000 con la creación de la Cátedra Universitaria del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana (CUAM), en colaboración con la Facultad de Psicología, la Asociación de Pedagogos de Cuba y la Central de Trabajadores de Cuba (Orosa, 2006).

Hoy en día, las personas mayores buscan que los programas sean de interés, propios y actuales, además de dar la oportunidad de que ellos mismos sean quienes generen conocimiento, lo impartan y participen con proyectos de investigación (Causapié, Balbontín, Porras & Mateo, 2011).

2. Véase <http://www.udg.mx/es/etiquetas/sistema-universitario-para-adultos-mayores-suam>

Los avances en el área de salud han conseguido que la esperanza de vida aumente de manera considerable, lo que ha permitido que las personas mayores vivan más. Hoy encontramos abuelos o bisabuelos con más de 80 años, e incluso envejecimientos exitosos o patológicos con 90 o más años de edad. El gobierno ha implementado varios programas de apoyo a nivel salud y económico para las personas de 60 y más, y se han creado diversos centros de atención para el adulto mayor, públicos y privados. Por ejemplo, en Guadalajara, la segunda ciudad de México, en el segmento privado están la Casa del Adulto Mayor, Villa Santa María, Club Villa Plata, Vida en Plenitud, Casa de Descanso Amistad, Centro Vidavi, Calli y Sun Haven, por mencionar solo algunos; y en la dimensión pública, destacan el Centro para el Desarrollo Integral del Adulto Mayor del DIF, el Centro de Día Eduardo Montañó, el Centro Metropolitano del Adulto Mayor y el Instituto Jalisciense del Adulto Mayor.³

Los adultos mayores son ya un objetivo en el mercado económico y no únicamente un gasto. La jubilación se ha alargado también en otros países, ya que ahora se ven más los beneficios que las afecciones de seguir activos dentro de la sociedad (UNESCO, 1997), al mismo tiempo que se reconoce la carga económica de mantener pensionados a una población creciente que tiene años de vida en su porvenir (Márquez, Pelcastre & Salgado, 2006).

De la misma manera, se sabe bien que el envejecimiento físico implica múltiples problemas que afectan a cada quien de manera diferente. Según Catalán y Rangel (1992), la persona que envejece ve disminuida su capacidad para la vida activa debido a tres factores principalmente: la reducción progresiva de potencialidades físicas por el proceso normal de envejecimiento; la acentuación de efectos de enfermedades anteriores; y los procesos biológicos y sociales relacionados con la senectud. En nuestro país, la situación de los adultos mayores tiende

3. Véase <http://info.jalisco.gob.mx/gobierno/programas/10449>

a convertirse en una población demográfica importante cuya magnitud aún no se considera en sus justas dimensiones. Mientras que en el siglo pasado el objetivo principal fue aumentar la longevidad de la población, en el actual la mayor preocupación radica en otorgar calidad de vida para aquellas personas que aún se mantienen con vida después de pasar la barrera de los 60 años de edad. Dicho sea, lo importante del envejecimiento de una población no es alcanzar la mayor edad posible sino llegar con los mayores recursos permitidos: a nivel salud, capacidad, economía, autonomía social, apoyo familiar y comunitario (Prieto-Flores et al, 2008).

La vejez se considera un proceso del hombre y la mujer en que existe un desarrollo individual y multifactorial que los afecta, según los estilos de vida que hayan tenido, sus formas de afrontamiento, el apoyo social-sanitario, así como su contexto personal, familiar y comunitario. Con respecto al estilo de vida, es un constructo que describe la serie de patrones de comportamiento (Maya, 2011), así como “otros factores, sociales, culturales y económicos que inciden en la salud” de los adultos mayores (Grimaldo, 2012, p.75). Como señalan Montes de Oca y Mendocilla (2005), cuando los modos de vida y las prácticas habituales contribuyen a la promoción de la salud integral, hablamos de estilos de vida saludables.

Sin llegar a ser optimistas, se considera importante reconocer las pérdidas, así como las ganancias y la capacidad de cambio, el desarrollo y perfeccionamiento posible en los adultos mayores; reconocer “una confianza en las posibilidades de crecimiento de la persona con independencia de la edad” (Villar & Solé, 2006, p.431). En esta etapa aún queda mucho por vivir, las personas que logran llegar a ella se enfrentan ante varios retos durante el camino; lograr un equilibrio con el mundo social no es nada sencillo, al contrario, es desafiante ante una sociedad que no está preparada para envejecer, pues aún existe una gran cultura de anti envejecimiento y prejuicios. Por fortuna, los cambios de países más desarrollados son alentadores, ya que empieza

a surgir una nueva cultura de la vejez con mejor perspectiva, que contradice y contrarresta lo que se creía.

Si recordamos los escritos de Erikson sobre su teoría del desarrollo (en Quadagno, 2005), las personas mayores de más de 60 años viven un duelo entre integridad y desesperación; el desafío radica en la elección de moverse hacia adelante o retroceder; ya sea que los adultos mayores miren hacia atrás con pocos arrepentimientos y sientan resultados de integridad que valgan la pena, o bien que vivan un poco desesperados, con sentimientos de culpa y autorrechazo. Si bien aún existe mucho camino por recorrer, intereses por compartir, talentos por descubrir y cosas por aprender, necesitan ayuda para lograrlo: recibir apoyo adecuado y ofrecer alternativas para continuar con su proceso de aprendizaje, el cual es interminable.

En este sentido, los espacios universitarios pueden ser una buena opción para acogerlos y dar respuesta a esta demanda. Ya no es suficiente contar con asilos, centros de día comunitarios, casas de retiro etc; la demanda de personas que envejecen bien es cada vez mayor: con más recursos físicos, psicológicos y una buena salud que les permite desplazarse y ser activos de forma independiente. Así, las universidades deben ser un espacio incluyente para ofrecer una oportunidad de crecimiento con dignidad y alternativas de calidad con respaldo científico que, además de contar con una infraestructura adecuada, posea personal capacitado para brindar apoyo y consentir a los adultos mayores de tal manera que les permita vivir con más plenitud (Vázquez & Fernández, 1999; Requejo, 2003; Brigeiro, 2005). En este contexto, se vuelve relevante la noción de bienestar del adulto mayor, el cual puede concebirse como: bienestar subjetivo (vinculado a una tradición hedónica que se traduce como satisfacción vital y felicidad) y bienestar como indicador de la funcionalidad positiva del adulto mayor orientada (que implica crecimiento y puesta en funcionamiento de sus capacidades) (Vivaldi & Barra, 2012). El modelo de bienestar desarrollado por Ryff y Singer (2008) plantea seis dimensiones: 1)

evaluación positiva de uno mismo y autoaceptación, 2) crecimiento personal, 3) propósito en la vida, 4) relaciones positivas con otros, 5) dominio ambiental, y 6) autonomía.

OBJETIVOS

En el presente trabajo se reporta una investigación que evaluó el efecto en el bienestar y estilo de vida de un grupo de adultos mayores que viven en un asilo y participaron en algunos cursos en un contexto universitario en la ciudad de Guadalajara. Se consideraron los principales componentes de la salud: física, mental y la adaptación social, así como los estilos y las conductas de riesgo para lograr un envejecimiento saludable.

El objetivo de la investigación fue evaluar el bienestar de los adultos mayores y el estilo de vida antes y después de su participación en un programa universitario diseñado especialmente para esta población. Si se toman en cuenta sus necesidades físicas, recreativas y de nutrición, intentamos modificar su estilo de vida a través de un programa con actividades dirigidas a estos rubros. La pregunta de investigación fue: ¿cómo se modifica la percepción de bienestar y el estilo de vida de los adultos mayores de una casa de descanso, después de la participación en un programa físico, recreativo y cultural durante 12 semanas?

Este trabajo se justificó en la medida en que los potenciales hallazgos abren la posibilidad de identificar aquellos factores y actividades que mejoren el bienestar de los adultos mayores, así como el estilo de vida de los participantes, más allá de los juegos de ajedrez, damas chinas, memoria y lotería que habitualmente suelen utilizarse como las únicas actividades recreativas en las casas de descanso o asilos donde viven.

El objetivo de la intervención entonces se orientó a promover la mejora en el bienestar de los adultos mayores de una casa de descanso a partir de un programa de activación física y recreación. Se escogieron estos dos grandes bloques de programas con base en la noción de

envejecimiento exitoso (Fernández-Ballesteros, Caprara, Íñiguez & García, 2005; Brigeiro, 2005) acuñado en el segundo Fórum Mundial sobre Envejecimiento, organizado por la ONU, realizado en Madrid en abril de 2002, que identificó el apoyo y las relaciones sociales, así como la activación física, como los dos pilares que sostienen una vejez con éxito.

METODOLOGÍA

El escenario elegido dentro del campus para realizar las actividades fueron las instalaciones en donde se encuentran los equipos y materiales de la universidad para las actividades físicas y culturales, área de cafetería para consumo de refrigerio, gimnasio, salones, áreas verdes, aulas de proyección y materiales didácticos. Se les brindó trasporte escolar del asilo a la universidad, y de la universidad al asilo.

Una de las limitaciones del estudio fue el tamaño del grupo, el cual resultó ser más pequeño de lo programado, resultado de la inasistencia por causas de salud o imprevistos físicos característicos de la edad de los participantes.

El diseño utilizado fue pre-test y pos-test con un grupo control. Asimismo, la muestra de los participantes se compuso por adultos mayores de ambos sexos, sin problemas cardiacos, que pudieran desplazarse sin mayores dificultades por la universidad, con un rango de edad de entre 65 a 80 años (promedio de 78), mitad hombres y mitad mujeres, asignados al azar de la población del asilo.

La población inicial para el grupo experimental fue de diez hombres y diez mujeres, al igual que para el grupo control. Sin embargo, se tuvo una respuesta poco consistente, por lo cual en el grupo experimental quedó la mitad de la muestra inicial, es decir, cinco hombres y cinco mujeres. En el grupo control también hubo modificaciones y solo se consideró a seis personas. Otra limitación que se puede presentar en la aplicación de un programa como este es la subjetividad

de cada uno de los participantes, ya que la veracidad de sus respuestas en la aplicación de los instrumentos no fue del todo satisfactoria, pues había personas que físicamente tenían limitaciones para hacer ejercicio, aunque habían afirmado que su práctica constaba de ejercicio intenso durante 20 minutos, tres veces a la semana; entre el querer y poder, sus expectativas eran mayores que sus posibilidades.

La muestra fue de una población perteneciente a un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, de nivel educativo básico (siete de los participantes habían terminado la primaria), personas que en su gran mayoría vivían solas en el asilo, y únicamente se contó con un matrimonio en el programa; los más habían estado casados y por separación o deceso estaban solos, y dos mujeres nunca habían estado casadas. La mayoría de la población en el asilo estaba alejada de sus familias, con un mínimo y a veces nulo contacto familiar y social. Cuatro estaban pensionados, otros vivían de sus ahorros —que cada día se iban acabando por los gastos en atenciones médicas— y unos pocos que no podían pagar, colaboraban con algunas actividades a manera de intercambio para vivir en la casa de descanso.

El grupo experimental asistió a la universidad formando parte de las actividades del programa, mientras que el grupo control permaneció en la casa de descanso realizando sus actividades cotidianas.

En la primera fase se aplicaron instrumentos como el programa interactivo *Computerized Lifestyle Assessment (CLA)*, diseñado por Harvey Skinner (1994) de la Universidad de Toronto, validado (validez de contenido) para ser utilizado en estudiantes universitarios mexicanos (Celis, 1998), el cual se eligió por las siguientes razones: consta de 175 reactivos interactivos que miden la percepción del participante a través de 18 áreas básicas de su vida, como sistemas de nutrición, hábitos alimenticios, uso de cafeína, actividad física, peso corporal, calidad de sueño, relaciones sociales, interacción familiar, abuso físico y sexual, consumo de tabaco y alcohol, uso de drogas médicas y no médicas, cuidado médico y dental, seguridad en la conducción de vehículos

automotores, actividad sexual, riesgos de trabajo y salud emocional y disponibilidad al cambio; sus vectores están en consonancia con la mayoría de las dimensiones propuestas por los teóricos del estilo de vida revisados (Ryff & Singer, 2008); adicionalmente, cada vector contiene un conjunto de reactivos interactivos, que al ser presentados al ejecutante propician una respuesta que es reforzada con retroinformación inmediata al terminar cada rubro, lo cual eleva las probabilidades de apego y significancia de las respuestas.

En el cálculo realizado para la muestra de los adultos mayores que acudieron a la universidad, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .7798 por el método Alfa de Cronbach, con una probabilidad asociada de $p = .01$. En cuanto a la validez de constructo, se empleó el método factorial, el cual arrojó un coeficiente global de 82% para la muestra blanco. Además, se aplicó la Evaluación del Bienestar Psicológico para Adultos (BIEPS-A), diseñada por María Martina Casullo de la Universidad de Buenos Aires (2002). La escala tiene una confiabilidad alpha reportada de 0.70 y validez de construcción. Los factores que componen al instrumento son: proyectos, autonomía, vínculos y control / aceptación, en 13 reactivos. Este instrumento evalúa la percepción que una persona tiene sobre los logros alcanzados en su vida, el grado de satisfacción personal con lo que hizo, hace o puede hacer desde una mirada estrictamente personal o subjetiva.

El procedimiento de la investigación se desarrolló en tres fases. En la primera, se llevó a cabo un pre-test de la CLA de Skinner, previamente validado en Canadá, y la BIEPS-A (Casullo, 2002), en donde se evaluaron los cuatro componentes antes mencionados.

En la segunda fase se realizó el programa de intervención, por lo que los adultos mayores fueron llevados al campus durante doce semanas.

El programa de actividades en la universidad fue el siguiente:

9:00-10:00 Taller de educación física (a cargo del equipo de Promoción Deportiva).

TABLA 7.1 LAS 16 VARIABLES QUE EVALÚA LA CLA

	Variables		Variables
A	Nutrición	I	Uso del tabaco
B	Hábitos alimenticios	J	Uso de alcohol
C	Uso de cafeína	K	Uso de medicamentos
D	Actividad física	L	Cuidado médico y dental
E	Peso	M	Seguridad vehicular
F	Sueño	N	Actividad sexual
G	Relaciones sociales	Ñ	Trabajo y tiempo libre
H	Interacciones familiares	O	Salud emocional

10:00–11:00 Refrigerio y convivencia social.

11:00–12:30 Actividades recreativas y culturales (cine club o baile).

12:30–13:00 Discusión grupal sobre la proyección. Cierre del día.

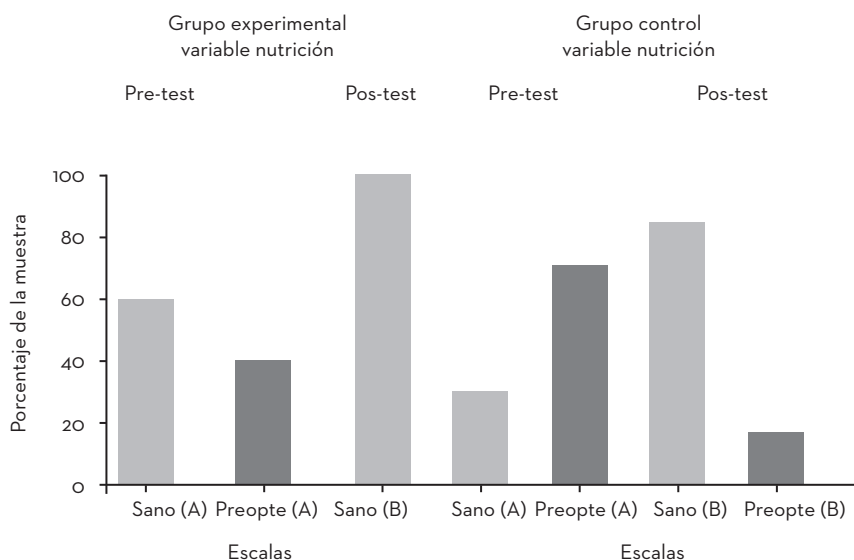
En la tercera fase se aplicó el post-test de la CLA y la BIEPS-A.

RESULTADOS

A continuación se presenta un análisis descriptivo de la prueba CLA (tabla 7.1), que incluye 16 variables dependientes. El puntaje final es un promedio ponderado de estas. Están agrupadas en tres escalas distintas según la puntuación obtenida: estilo de vida sano, con un puntaje absoluto de 1 a 1.999, estilo de vida preocupante, de 2 a 2.999, y estilo de vida de riesgo, de 3 a 3.999.

Las figuras 7.1 y 7.2 ilustran los porcentajes de los grupos que tuvieron cambios de escala en algunas de las variables evaluadas, de una fase pre a una post, de manera que se pueden comparar los porcentajes obtenidos del grupo experimental y el de control antes y después de la participación del programa.

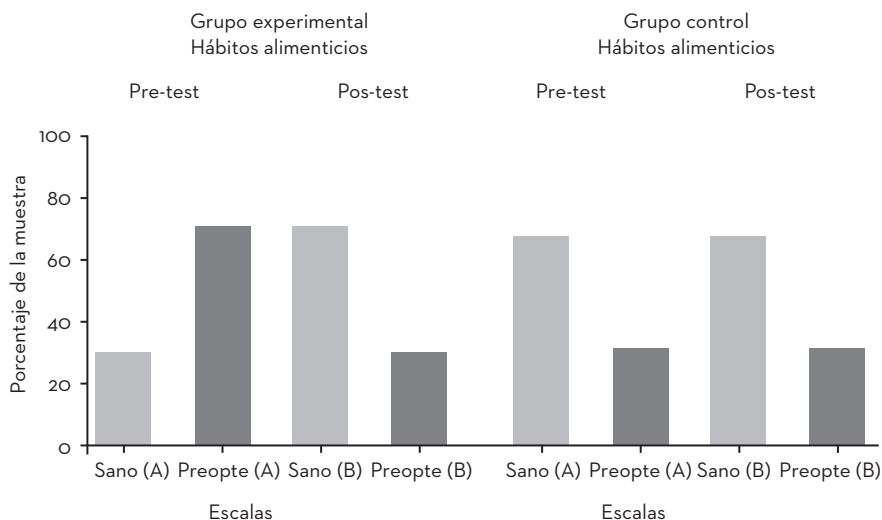
FIGURA 7.1 VALORES PROMEDIO DE LA VARIABLE NUTRICIÓN EN EL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LOS ADULTOS MAYORES



Nutrición

En el panel izquierdo de la figura 7.1, en el pos-test del grupo experimental, 40% de los participantes que se encontraban con un estilo de vida preocupante (gris oscuro) en el pre-test cambiaron a un estilo de vida sano, en tanto el otro 60% se mantuvo en el estilo de vida sano (gris claro), lo que ubica al 100% de la muestra en este último. El grupo control también presentó cambios en la variable nutrición, ya que en el pre-test 33.3% se ubicaba en la escala de estilo de vida sano (gris claro) y 66.7% en la escala de estilo de vida preocupante (gris oscuro). El grupo control mostró cambios en sus porcentajes en el pos-test, ya que 83.3% se encuentra en la escala de vida sano (gris claro) y 16.7% permaneció en el estilo de vida preocupante (gris oscuro).

FIGURA 7.2 VALORES PORCENTUALES DE LA VARIABLE HÁBITOS ALIMENTICIOS EN EL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LOS ADULTOS MAYORES



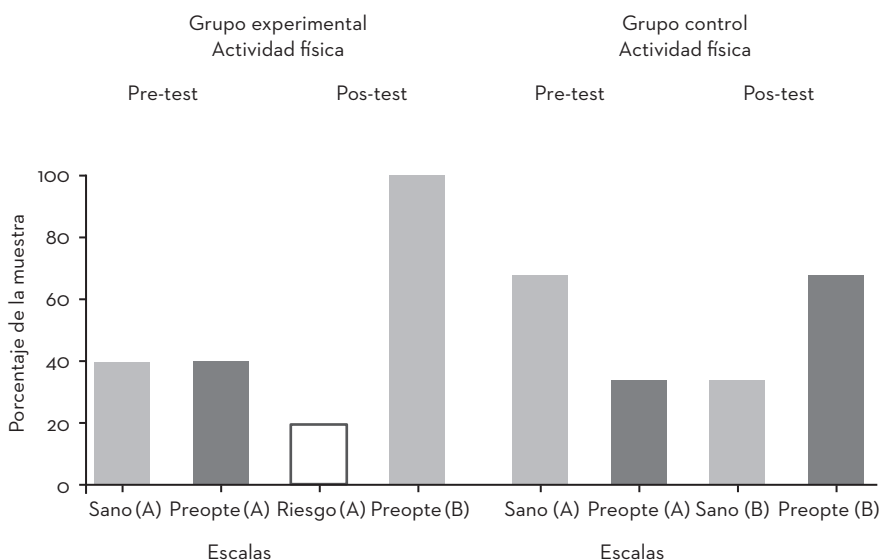
Hábitos alimenticios

Como puede apreciarse en la figura 7.2, en el grupo experimental cambió sus hábitos alimenticios 40% después de su participación en el programa, mientras que en el grupo de control no hubo cambios. En el pre-test, 30% se encontraban en la escala gris clara, lo que los colocaba en el estilo de vida sano, y 70% en la escala gris oscura, que pertenece al estilo de vida preocupante. En el pos-test, el porcentaje se modificó: 70% en el estilo de vida sano y 30% en el estilo de vida preocupante.

Actividad física

En la figura 7.3 se ilustra cómo el grupo experimental obtuvo en el pre-test un porcentaje de 40% en la escala estilo de vida sano (gris claro),

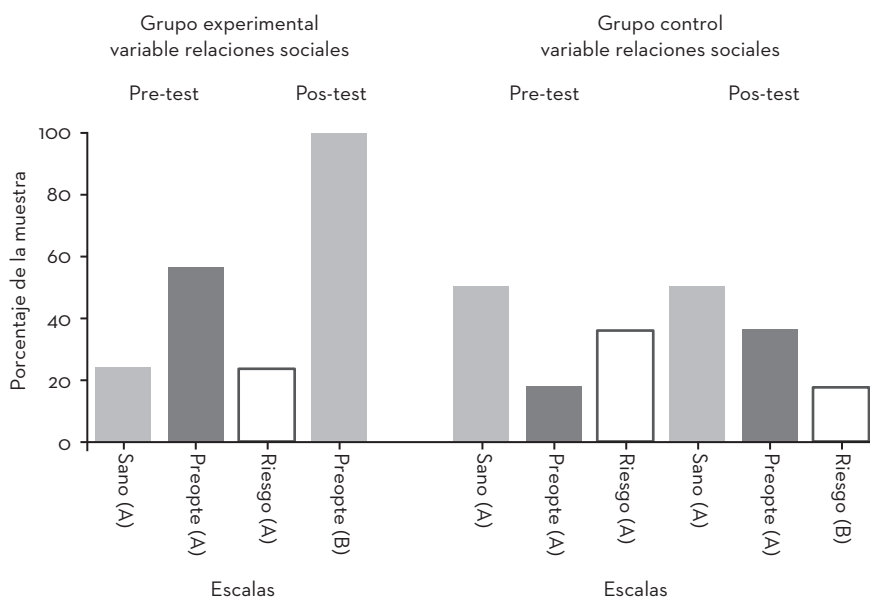
FIGURA 7.3 VALORES PORCENTUALES DE LA VARIABLE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LOS ADULTOS MAYORES



40% en la de vida preocupante (gris oscuro) y 20% en la de vida de riesgo (sin color). En el pos-test modificó todos sus porcentajes de manera positiva, ya que 100% de los participantes se encuentran en el estilo de vida sano (gris claro). El grupo control presentó en el pre-test un porcentaje de 66.7% en la escala estilo de vida sano (gris claro) y 33.3% en la escala estilo de vida preocupante (gris oscuro).

En el panel derecho del grupo de control, en el pos-test los porcentajes se modifican de la siguiente manera: solo 33.3% permaneció en el estilo de vida sano (gris claro) y, el otro 33.3% de la muestra que se encontraba en un estilo de vida sano, cambió a un estilo de vida preocupante, dejando con el porcentaje mayor de la muestra, 66.7%, en un estilo de vida preocupante (gris oscuro).

FIGURA 7.4 VALORES PORCENTUALES DE LA VARIABLE RELACIONES SOCIALES EN EL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL DE LOS ADULTOS MAYORES



Relaciones sociales

En el pre-test, como se muestra en la figura 7.4, el grupo experimental tuvo los siguientes porcentajes: 22.2% con estilo de vida sano (gris claro), 55.6% con estilo de vida preocupante (gris oscuro) y 22.2% con estilo de vida de riesgo (sin color). El grupo control tuvo 50% de la muestra en la escala gris claro, 16.7% en la gris oscuro y 33.3% en la sin color. En el pos-test, los cambios del grupo experimental fueron positivos, ya que 100% de se ubicó en la escala estilo de vida sano, es decir, cambió de escala 77.8% que se encontraban entre la escala gris oscura y la sin color. Ello en contraste con el grupo control, que permaneció 50% en estilo de vida sano, 33.3% en estilo de vida preocupante y 16.7% en estilo de vida de riesgo.

Posteriormente, de las 20 escalas como variables arrojadas por el CLA (16 enlistadas en la tabla 7.1) con las escalas del BIEPS (cuatro escalas), se realizó un análisis de correlación producto-momento de Pearson a todos los sujetos del grupo experimental y de control en la prueba post, y se encontró lo siguiente:

Correlaciones positivas

- Hábitos alimenticios y control ($r = .480$, $p = .005$): a mayor control de tus actos y decisiones, tus hábitos alimenticios se modifican de manera favorecedora para tu salud. Si no tienes control de ti mismo y las situaciones que se te presentan día a día, los hábitos alimenticios de estas personas se verán afectados también.
- Control y bienestar psicológico ($r = .793$, $p = .000$): mientras tengas control de tus decretos y tu vida en general, tu bienestar psicológico será superior; o los puntajes bajos en control corresponden con niveles bajos en el bienestar psicológico.
- Control y aceptación ($r = .513$, $p = .003$): sugiere que a mayor aceptación de sí mismo y de la vida pasada, tendrán alto control de sus actos y decisiones; o, a niveles bajos de control, la autoaceptación obtendrá niveles bajos también.
- Bienestar psicológico y cuidado médico dental ($r = .642$, $p = .007$): este se ve afectado positivamente si los cuidados médicos y dentales son buenos; o bien, si el bienestar psicológico de estas personas baja, el cuidado médico también lo hace.
- Bienestar psicológico y vínculos ($r = .434$, $p = .013$): mientras más vínculos psicosociales o relaciones sociales tengan las personas, el bienestar psicológico es modificado de manera positiva; dicho de otra manera, si A disminuye, B también lo hace.
- Bienestar psicológico y proyecto ($r = .650$, $p = .000$): si en tu vida tienes proyectos a corto, mediano o largo plazo, implica una mejora en tu bienestar psicológico; en cambio, si careces de proyectos y

valores que hagan significativa tu vida diaria, el bienestar psicológico se verá disminuido también.

- Bienestar psicológico y aceptación ($r=.744$ $p=.000$): la aceptación de sí mismo y de los errores y aciertos que cometes en tu vida diaria o pasada influye de igual manera en tu bienestar psicológico; lo que puede leerse como: a menor aceptación, menor bienestar psicológico.
- Proyecto y aceptación ($r=.578$ $p=.001$): si eres una persona que considera que la vida tiene significado y cuentas con proyectos para tu vida, te sentirás bien contigo mismo y podrás aceptar los múltiples aspectos de ti; en cambio, si los niveles de A disminuyen, los de B son bajos.
- Vínculos y cuidado médico y dental ($r=.576$ $p=.020$): las personas que cuentan con mayores vínculos sociales, modifican la manera de cuidar su aspecto personal y dental; o podríamos decir que, a menores vínculos sociales, menor es el cuidado médico y dental de las personas.
- Salud emocional, trabajo y diversión ($r=.678$ $p=.000$): el estado emocional de las personas se ve modificado positivamente si existe un equilibrio entre trabajo y diversión. Si te encuentras en desequilibrio en alguna de estas variables, la otra variable también estará en desequilibrio.

Las agrupaciones de los factores o sub-escalas solo pueden funcionar como predictoras del bienestar psicológico, siguiendo con el análisis de correlación positiva, la cual nos dice: si A aumenta, B lo hace; o si A disminuye, B también. Esto podría sugerir ejes principales de trabajo con adultos mayores, cultivando niveles altos en algunas de estas variables afectarán de igual o mayor proporción a otra variable, obteniendo como resultado un mejoramiento en la calidad de vida.

CORRELACIONES NEGATIVAS

Las correlaciones negativas se pueden analizar en dos sentidos: a mayor A, menor B; o bien, a menor A, mayor B. Se encontraron las siguientes:

- Bienestar psicológico y relaciones sociales ($r = -.397$, $p = .027$): lo que sugiere que, entre mayor bienestar psicológico, menos relaciones sociales tienes. Hay que tomar en cuenta que al relacionarse con personas tienes la probabilidad de rozar o chocar con sus ideas o pensamientos (cada cabeza es un mundo), y su bienestar psicológico puede ser modificado si se relaciona con mayor número de personas, ya que las probabilidades de tener un conflicto son mayores.
- Control y relaciones sociales ($r = -.436$, $p = .014$): los puntajes altos en control provocan puntajes bajos en relaciones sociales. A mayor sensación de control y de autocompetencia para manipular contextos y adecuarlos a mis necesidades e intereses, menor es la probabilidad de contar con relaciones sociales, dada la autosuficiencia individual.
- Vínculos y actividad sexual ($r = -.443$, $p = .014$): las personas que tienen la capacidad de empatía y afectividad con muchas personas tienen menor probabilidad de actividad sexual, que implica el vínculo particularizado con una persona, que las que no tienen esa capacidad.
- Proyecto de trabajo y diversión ($r = -.495$, $p = .005$): si la vida carece de sentido y significado, tendrán más necesidad de buscar actividades de entretenimiento y viceversa. Hay que considerar que son personas de edad avanzada que creen que ya no necesitan establecerse metas ni proyectos porque están cada vez más cerca de culminarla, lo que les vuelve más dependientes para buscar actividades de diversión.
- Proyecto y salud emocional ($r = -.491$, $p = .004$): a mayor salud emocional, disfrutan lo que hacen y viven con mayor tranquilidad y placer, lo cual disminuye la necesidad de establecerse metas y pro-

yectos en la vida en una perspectiva de futuro. Ya vivieron y ello les permite recapitularlo.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en esta investigación sugieren que los adultos mayores que participaron en el curso universitario obtuvieron beneficios y cambios positivos al realizar las actividades constantemente, con una planeación y bajo un objetivo específico, que de alguna manera promovieron su bienestar.

En lo particular, se pueden atribuir al programa los cambios del grupo experimental en la variable actividad física, que incorporaron a más adultos a desarrollarla como hábito cotidiano (tres veces a la semana), lo que posibilitó que aprendieran a disfrutarla mediante un proceso gradual de acondicionamiento. Asimismo, también pueden atribuirse al mismo los cambios del grupo experimental en la variable relaciones sociales, porque al participar las personas tuvieron la oportunidad de establecer estas y cultivar amistades dentro del grupo, así como con personas del contexto universitario, en especial jóvenes que colaboraron en las diferentes actividades programadas. El solo hecho de salir del asilo, que es un ambiente rutinario y con poca variedad de personas, significó una gran motivación para los participantes. En contraparte, al no ser parte de un programa, las oportunidades de conocer gente nueva se limitan al asilo, lo que presenta al grupo control con poca actividad social.

En consonancia con las dimensiones de bienestar propuestas por Ryff y Singer (2008), el programa universitario promueve la dimensión del crecimiento personal, en tanto los participantes pudieron constatar los logros graduales fruto del acondicionamiento físico, el baile o el cine club —y las participaciones que tuvieron al comentar las películas—. Por otra parte, se apoya también la dimensión de autoaceptación, en el sentido de reconocer los límites de lo que podían hacer o no

(por ejemplo, un participante estaba en silla de ruedas y hacía los ejercicios con los brazos y el tronco); la dimensión de propósito, en tanto hay un objetivo común (completar el curso universitario de 12 semanas); las relaciones sociales se incrementaron de forma evidente, como lo reportan los datos, lo mismo que la autonomía, en tanto no depender del personal del asilo y tener espacios de actividades con opciones variadas, como el periodo de refrigerio de una hora para que los adultos mayores pudieran interactuar con quien quisieran. Probablemente, la dimensión que menos se afectó fue la del dominio del ambiente, en tanto no se les preguntó (más allá de qué películas querían ver y discutir o qué tipo de música bailar) respecto a la estructura del curso y las actividades.

Aunque las correlaciones no fueron cercanas a 1, siguen siendo significativas dado el tamaño de la muestra; habría que ampliarlo con el fin de confirmar la consistencia y generalización de estas correlaciones; rechazando la hipótesis nula donde el grupo $A=B$ después de la aplicación del proyecto; comprobando que A no es igual a B en algunas de las variables después de la participación en el programa.

Después de analizar los resultados, se puede concluir que el Programa de Adultos Mayores logró cambios de escala en el grupo experimental en algunas variables como hábitos alimenticios, nutrición, actividad física, relaciones sociales, uso de alcohol y sueño. Al considerar que son conductas y hábitos adoptados desde muchos años atrás, es significativo que un programa de solo 12 semanas produzca cambios positivos en la vida de estas personas, lo que nos hace pensar que si existieran programas permanentes y durables como este, los adultos mayores tendrían alternativas de calidad para mejorar su vida de forma integral.

Con respecto al grupo control, podría mencionarse que cuando las personas tienen dificultades en manejar los asuntos de la vida diaria, se creen incapaces de modificar su ambiente y no tienen mucho control de sus actos, tienden a obtener malos hábitos alimenticios; no cuidan lo

que comen en su horario o entre comidas, no les interesa llevar un balance adecuado con las proteínas, vitaminas, carbohidratos y nutrientes necesarios, su bienestar psicológico también se ve afectado, al igual que la aceptación de sí mismo, por lo que les gustaría ser diferentes y se sienten desilusionados respecto a su vida pasada.

En cambio, las personas que tienen una sensación de control y autocompetencia son capaces de manipular contextos y adecuarlos a su propia realidad, cuentan con un régimen alimenticio y se preocupan por una alimentación sana, se sienten bien acerca de su pasado y pueden aceptar los múltiples aspectos de sí mismos, incluyendo malos y buenos, además de poseer un bienestar psicológico que les permite vivir con mejor calidad. Los datos sugieren formas de intervención específica en los adultos mayores (como darles elementos de decisión en el asilo respecto a qué comer) de la manera en que lo plantea Fernández-Ballesteros, Caprara, Íñiguez y García (2005).

Con base en los análisis de correlación, los datos nos sugieren que el bienestar psicológico de la muestra depende de manera directa de la prosperidad de las variables antes mencionadas, sin olvidar que, si una de ellas disminuye, el bienestar de las personas también lo hará. Encontramos también correlación positiva entre vínculos y cuidado médico dental, ya que las personas que tienen un mayor número de vínculos sociales suelen atender más su dentadura y salud en general, en contraste con aquellas con pocas relaciones sociales, que son aislados, incomunicados y no pueden hacer compromisos con los demás, quienes desatienden y abandonan su cuidado médico dental. La salud emocional se correlaciona con trabajo y diversión. Los individuos que llevan en equilibrio las actividades laborales y la diversión poseen mayores probabilidades de gozar con salud emocional. Si tu vida no lleva un equilibrio entre estas dos actividades, la salud emocional se verá afectada de la misma forma con el desequilibrio que se lleve.

Sin embargo, el bienestar y la calidad humana no dependen únicamente de la salud, aunque es un factor importante en los adultos mayores, mas no el único; es la suma de una serie de variables que se

relacionan entre sí de forma compleja, sugiriendo trabajar con todas las variables de manera constante.

Las correlaciones negativas sugieren que las personas con un menor número de relaciones sociales, vínculos, proyectos y control de sus actos, tienen altas probabilidades de tener dificultades en la salud emocional y su bienestar psicológico. Hay que tomar en cuenta que los seres humanos somos sociales por naturaleza y, al convivir con otros, estamos en riesgo de vivenciar, experimentar y sentir conflictos o dificultades.

El bienestar psicológico se entiende cuando una persona experimenta satisfacción con su vida en general. Por ejemplo, la pertenencia a un grupo social es un factor determinante, ya que produce sentimientos positivos como sentido de pertenencia e identidad, confianza, seguridad y autoestima. Además, la interacción entre los miembros brinda la oportunidad de convivir y llegar a conocer más al otro, sus pensamientos, valores y creencias, lo que amplía el campo de conocimientos y vínculos; se dan cuenta de que existen muchas personas que comparten cambios físicos y hormonales, y la empatía es distinta a la que se establece en el ámbito familiar, ya que con los miembros del grupo tienen mayor afinidad. Se establecen relaciones sociales que sirven como redes de apoyo por si se necesita ayuda; se mantiene el cuerpo y la mente activa; se deja de ser una persona pasiva que se cree incapaz de realizar muchas cosas, e inclusive puede seguir aprendiendo y retomar aquello que dejó truncado por construir, educar y hacerse cargo de una familia o cuidar a los hijos. Lo anterior permite cambiar pensamientos muchas veces no gratos o positivos para la salud, acerca de enfermedades, preocupaciones y problemas.

Así, tanto las relaciones sociales como el desarrollo de las habilidades son elementos básicos para lograr la satisfacción personal para tener bienestar y salud. No existe mejor época para retomar metas personales que la tercera edad, pues es cuando se tiene el tiempo suficiente.

Contar con espacios en donde el adulto mayor pueda desenvolverse con la ayuda de personal capacitado en un aula con alumnos de su edad y con jóvenes alrededor alentándolos a continuar, cambiaría el concepto del envejecimiento y del adulto mayor que se queda en casa porque ya no tiene nada más que hacer.

En programas universitarios, el adulto mayor tiene la oportunidad de reintegrarse a la sociedad y recuperar su papel de importancia en la cadena generacional, pues tanto él, como el joven, el niño o el adulto que comparte su tiempo, rompen esquemas y barreras que permitirán a nuevas generaciones reintegrar valores que hemos perdido, tales como pensar que el adulto mayor es demasiado viejo como para aprender o enseñar.

La salud en los adultos mayores se entiende en términos generales como un estado de bienestar físico, psicológico y social (Belloch, 1994). Al trabajar estos factores, se pudo dar cuenta cómo su percepción de salud se ve modificada al mantenerlos en equilibrio. Asimismo, se pudo probar lo que menciona Kalish (1996) en relación con la salud física y salud mental: “[...] una salud física pobre conduce a la soledad, a la pérdida de actuar y realizar actividades diarias y normales, a la incapacidad y depresión. Una salud mental pobre, aumenta la confusión, reduce la actividad y muy probablemente disminuye la resistencia a los problemas físicos” (p.48). Considerando los resultados obtenidos en la investigación, se propone fundar espacios permanentes y durables de calidad dentro de una Universidad para los Adultos Mayores, donde se les brinde la oportunidad de ingresar a talleres o diplomados cortos, además de pláticas en las que se trabajen factores como aceptación, proyecto, control y vínculos psicosociales. Una universidad que ofrezca la posibilidad de seguir activos física y mentalmente, que les permita mantener contactos y relaciones sociales con la finalidad de promover una mejor calidad de vida; que dediquen su tiempo libre a seguir formándose como personas, de tal manera que se sientan involucrados socialmente y no solo para cuidar nietos o quedarse en casa deteriorándose día a día.

En conclusión, se está consolidando una nueva pedagogía entre el envejecimiento y la educación para promover el rol activo de los adultos mayores, en beneficio de ellos mismos y de la sociedad en general.

REFERENCIAS

- Atención de centros de atención para adultos mayores. Info Jalisco. Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de <http://info.jalisco.gob.mx/gobierno/programas/10449> consultado el 14 de noviembre del 2016.
- Belloch, F.A. (1994). Aspectos psicológicos del envejecimiento. En E. Anzola & M.F. Morales (Eds.), *La atención del anciano: un desafío para los años noventa* (pp. 122-129). Washington, DC: OPS.
- Brigeiro, M. (2005). “Envejecimiento exitoso” y “tercera edad”. Problemas y retos para la promoción de la salud. *Invest Educ Enferm*, 23(1), 102-109.
- Cabedo, S. & Cabedo-Mas, A. (2015). La educación a lo largo de la vida y la universidad. *Sinéctica. Revista Electrónica de Educación*, No.45. Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de http://www.sinectica.iteso.mx/articulo/?id=45_la_educacion_a_lo_largo_de_la_vida_y_la_universidad
- Casullo, M. (2002). *Evaluación de bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.
- Catalán, A. & Rangel, L. (1992) La mujer anciana. En *La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*. México: Dirección General de Salud Materno-Infantil SSA.
- Causapié, P., Balbontín, A., Porras, M., & Mateo, A. (2011). Envejecimiento activo. *Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad / Imsero.
- Celis, R. (1998). Validación del Computerized Life Assessment. No publicado.

- IV Congreso Iberoamericano de Universidades para Mayores (CIUUMM) (2011). Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/19338>
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M.G., Íñiguez, J.Y. & García, L.F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa “Vivir con vitalidad”. *Revista española de Geriátría y Gerontología*, 40(2), 92-103.
- Flores, M.E., Vega, M.G. & González, G. (2011). *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia*. México: Universidad de Guadalajara.
- González-Celis Rangel, A.L., Esquivel Hernández, R.I. & Jiménez Feres, J. (2005). Impacto de un aula para personas mayores sobre la calidad de vida. Una experiencia intergeneracional. Avances de un proyecto. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, 27(1), 95-109.
- Grimaldo, M.P. (2012). Estilos de vida saludable en estudiantes de posgrado de ciencias de la salud. *Psicología y Salud*, 22(1), 75-87.
- Ham Chande, R. (2003). Enfoques y perspectivas sobre el envejecimiento en México (pp. 81-96). En N. Salgado de Snyder & R. Wong (Eds), *Envejeciendo en la pobreza*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Kalish, R.A. (1996). *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.
- Márquez, M., Pelcastre, B. & Salgado de Snyder, N. (2006). Recursos económicos y habiencia en la vejez en contextos de pobreza urbana (pp. 71-84). En N. Salgado de Snyder y Rebeca Wong (Eds), *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Maya, L. (2001). Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de <http://www.mitecnologico.com/Main/EstilosDeVidaYCalidadDeVida>

- Marín Domínguez, C.M., Fernández Suárez, J.C., González Galván, E. & Alfonso Fraga, J.C. (2001). *El envejecimiento en Cuba*, año 2001 [publicación en disquete]. Cuba, CEPDE, 1.
- Montes de Oca, J. & Mendocilla, A. (2005). *Guía para la promoción de estilos de vida saludables en educación secundaria*. Lima: Ministerio de Educación.
- ONU (2002). Fórum Mundial sobre Envejecimiento. Madrid, 5 al 9 de abril de 2002.
- Orosa, T. (2006). Cátedra Universitaria del Adulto Mayor. La experiencia cubana [University Chair of Older Adults: The Cuban experience]. *Revista Decisio*, 15, 24-28.
- Prieto-Flores, M., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Lardies-Bosque, R., Rodríguez-Rodríguez, V., Ahmed-Mohamed, K. & Rojo-Abuin, J. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 301-313.
- Quadagno, J. (2005). One nation uninsured. *Why the US has no National Health Insurance* (pp. 48-76). Nueva York: Oxford UP.
- Requejo Osorio, A. (2003). *Educación permanente y educación de adultos: intervención socioeducativa en la edad adulta*. Barcelona: Ariel.
- Ryff, C. & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.
- Skinner, H. (1994). *Computerized lifestyle assessment*. Toronto: Multi-health Systems Inc.
- Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) (s.f.). Universidad para los mayores. Diplomado. Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de www.uanl.mx/unimayores.
- UNESCO (1997). La educación de adultos y personas de edad. Síntesis de la 5a. *Conferencia Internacional de la Educación de las personas adultas*. Hamburgo: Druckerei Seeman.

- Universidad de Guadalajara (s.f.). Sistema Universitario del Adulto Mayor. Recuperado el 14 de noviembre de 2016, de <http://www.udg.mx/es/etiquetas/sistema-universitario-para-adultos-mayores-suam>.
- Vázquez, M. & Fernández, C. (1999). Aprendizaje universitario y personas mayores: el aula de la experiencia de la Universidad de Sevilla. *Escuela Abierta*, 3, 33-54.
- Villar, F. & Solé, C. (2006). Intervención psicoeducativa con personas mayores. En *Psicología de la vejez* (pp. 423-450). Alianza Editorial.
- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.
- Yuni, J.A. (1993). La educación de las personas mayores como experiencia de integración social. *International Journal of Third Age Learning International Studies*, 3, 101-112.