

# ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE EN PERSONAS MAYORES DEL MARESME. ESTUDIO OBSERVACIONAL.

TRABAJO de FIN de GRADO

Autoras: Lovaina C, Velázquez M

Curso: 4º de enfermería

Institución: Centre Universitari Tecnocampus

Directora: Dra. Esther Cabrera



*Centre universitari adscrit a la*





## Agradecimientos

---

*Dra. Esther Cabrera, gracias por confiar en nosotras y darnos la oportunidad de llevar a cabo este proyecto. Tu proximidad ha sido fundamental, incluso cuando las dudas nos invadían. Esperamos que te sientas tan orgullosa como nosotras de lo que hemos conseguido.*

*Voluntarias, quienes nos dedicasteis una gran parte de vuestro tiempo. Vuestra disposición para conversar con nosotras fue esencial para desarrollar con éxito este proyecto. Es por ello que valoramos enormemente vuestra colaboración.*

*A mis padres, Antonio y María José, gracias por estar siempre ahí para guiarme, motivarme y brindarme vuestro amor. Por enseñarme el valor de la honestidad, el trabajo constante y la perseverancia. Cada logro alcanzado ha sido posible gracias a vuestro apoyo y a nunca haberme soltado de la mano. Por darme la libertad de ser quien siempre he querido.*

*A mi madre, Sandra, porque sin ti hoy yo no sería enfermera. Porque gracias a ti sé lo que es perseguir un sueño y lo que significa el esfuerzo y el sacrificio. Porque gracias a ti sé lo que es tener pasión por la enfermería. Gracias por ser mi tercera mano, por ser mi guía y por ser el hombro en el que me apoyaré toda la vida. Siempre con todo, juntas.*

*A Claudia, mi pareja, gracias por enseñarme tanto. Gracias por compartir conmigo aquellos lloros que acaban en sonrisas y todas aquellas carcajadas imposibles de olvidar. Gracias por tu paz, tu energía, tu bondad y todo tu amor día tras día.*

*Bárbara y Carla, compañeras y amigas, gracias por haber compartido cada día de esta aventura. Por haber sido nuestra guía el día a día. Estos últimos meses hemos sentido más que nunca vuestro apoyo y es por eso y mil cosas más que no duraríamos ni un minuto en volver a coincidir con vosotras.*

*Y no me quería olvidar de agradecer a ti, María, lo orgullosa que estoy de lo que hemos logrado. Porque nuestra amistad va por encima de todo y eso ha sido nuestra clave para entendernos tanto durante este último año. Gracias por tirar del carro cuando yo no lo hacía, por ponernos de acuerdo con tan solo un mensaje y por ir a una en todo momento. Eres una persona y enfermera increíble. ¡Lo conseguimos!*

*A ti, Chantal, por haber sido mis pies y mis manos durante estos cuatro años. Por confiar en mí, remar conmigo a contracorriente y por permitirme disfrutar de tu compañía cada día. Estoy segura de que serás una gran enfermera y que seguirás brillando en todo lo que hagas. Ojalá todo el mundo tuviera la misma suerte que he tenido yo al haberte conocido. Gracias por todo, amiga; sin ti, esto no habría sido posible.*

*Por último, agradecer a todas aquellas personas que han formado parte de nuestras vidas y que nos han acompañado en este camino. A todos aquellos familiares y amigos que siempre han confiado en nosotras y nunca nos han soltado la mano.*



## ÍNDICE

---

<b>ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS</b>	<b>7</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>8</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
1.1. Epidemiología del Envejecimiento	10
1.2. Revisión de la literatura	11
1.2.1. Cambios sociológicos	11
1.2.2. Consecuencias del envejecimiento	13
1.2.3. Envejecimiento activo y saludable	15
1.2.4. Intervenciones y estrategias para el envejecimiento activo	18
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>20</b>
<b>3. PREGUNTAS DE ESTUDIO Y OBJETIVOS</b>	<b>21</b>
3.1. Preguntas de estudio	21
3.2. Objetivo general	21
3.3. Objetivos específicos	21
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>22</b>
4.1. Diseño de estudio	22
4.2. Población de estudio y muestra	22
4.2.1. Población y ámbito de estudio	22
4.2.2. Criterios de inclusión	22
4.2.3. Criterios de exclusión	22
4.2.4. Selección de la muestra	22
4.2.5. Tamaño de la muestra	23
4.3. Variables de estudio	23
4.4. Método de análisis de datos	25
4.4.1. Recopilación de los datos	25
4.4.2. Procedimiento	26
4.4.3. Estrategia de análisis y métodos estadísticos	26
4.5. Aspectos éticos y limitaciones	27
4.5.1. Aspectos éticos	27
4.5.2. Limitaciones	27
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>29</b>
<b>6. DISCUSIÓN</b>	<b>38</b>
<b>7. CONCLUSIONES</b>	<b>44</b>
<b>8. IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL</b>	<b>45</b>
<b>9. CRONOGRAMA</b>	<b>46</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>47</b>
<b>11. ANEXOS</b>	<b>53</b>
Anexo 1. Tabla de variables	53
Anexo 2. Cuestionario	57
Anexo 3. Cuestionario de salud EuroQol-5D	64

Anexo 4. Escala visual analógica EuroQol-5D	65
Anexo 5. LSNS - R	66
Anexo 6. Codificación y cálculo de puntuaciones de LSNS-R	67
Anexo 7. Hoja informativa del estudio	68
Anexo 8. Consentimiento informado	69

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

---

### TABLAS

- **Tabla 1.** Variables de estudio.
- **Tabla 2.** Sistema descriptivo EQ-5D.
- **Tabla 3.** Coeficientes para calcular la tarifa social de valores para el EQ-5D en España.
- **Tabla 4.** Codificación y cálculo de puntuación de LSNS-R.
- **Tabla 5.** Variables sociodemográficas.
- **Tabla 6.** Actividades.
- **Tabla 7.** Hábitos alimenticios.
- **Tabla 8.** Rol de cuidador/a.
- **Tabla 9.** Ayudas: recursos sociales.
- **Tabla 10.** Frecuencias absolutas de los resultados de la EQ-5D.
- **Tabla 11.** Factores asociados a la participación en actividades para mantenerse activos.

### FIGURAS

- **Figura 1.** Sistema descriptivo del EQ-5D.
- **Figura 2.** Escala visual analógica del EQ-5D.
- **Figura 3.** Escala LSNS-R.
- **Figura 4.** Principales preocupaciones de salud relacionadas con el envejecimiento.
- **Figura 5.** Actividad física.
- **Figura 6.** Expectativas ante el envejecimiento.
- **Figura 7.** Formación a la que les gustaría acceder para envejecer de manera saludable.

## RESUMEN

---

**Introducción:** La esperanza de vida a nivel mundial ha aumentado, y la proporción de personas mayores plantea desafíos económicos, sociales y de salud. Es esencial transformar el enfoque hacia sus necesidades, promoviendo un envejecimiento activo y saludable. Iniciativas que fomenten el envejecimiento saludable y la inclusión mejoran la calidad de vida y el bienestar.

**Objetivo:** Conocer los recursos personales y sociales que poseen las personas mayores de la comarca del Maresme para planificar un envejecimiento saludable.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se realizó un análisis descriptivo univariante analizando las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, y bivariante utilizando el test no paramétrico  $X^2$  de Pearson, calculando el valor estadístico de P con intervalos de confianza del 95%.

**Resultados:** El perfil más representativo es el de mujer jubilada y viuda, de entre 66 y 70 años, con ingresos de 1500 a 2000 euros. El 95% realiza actividades como voluntariado o senderismo, el 77% no cuida a familiares o amigos, pero el 64% estaría dispuesta a hacerlo. El 77% no posee ayudas sociales. Todas están preocupadas por la autonomía, la actividad física y la autosuficiencia, aunque su estado de salud promedio es de 60/100. El 18% solicita formación en actividades físicas y otro 18% en prevención de enfermedades.

**Conclusión:** Las mujeres mayores tienen como objetivo mantener una vida activa y autónoma, destacando la importancia de implementar programas de salud y bienestar. La estabilidad económica influye en la participación de actividades, resaltando la necesidad de políticas que promuevan la equidad. Los roles de género influyen en la disposición de las mujeres para adoptar roles de cuidado, dispuestas a ayudar a otros grupos de mayores con la formación adecuada.

**Palabras clave:** Esperanza de vida al nacer; envejecimiento; jubilación; soledad; estilo de vida saludable; envejecimiento saludable; promoción de la salud.

## ABSTRACT

---

**Introduction:** Global life expectancy has increased, and the proportion of older people poses economic, social and health challenges. It is essential to transform the approach to their needs, promoting active and healthy aging. Initiatives that promote healthy aging and inclusion improve quality of life and well-being.

**Objective:** To know the personal and social resources that the elderly of the Maresme region have in order to plan a healthy aging.

**Methodology:** Descriptive cross-sectional observational study. A univariate descriptive analysis was performed by analysing the absolute and relative frequencies of the qualitative variables, and a bivariate analysis using Pearson's non-parametric X2 test, calculating the P statistic value with 95% confidence intervals.

**Results:** The most representative profile is that of a retired woman and widow, between 66 and 70 years of age, with an income of 1500 to 2000 euros. 95% engage in activities such as volunteering or hiking, 77% do not care for family or friends, but 64% would be willing to do so. Likewise, 77% do not have any social benefits. All are concerned about problems related to autonomy, physical activity and self-sufficiency, although their average health status is 60/100. 18% request training in physical activity and another 18% in disease prevention.

**Conclusion:** Older women aim to maintain an active and autonomous life, highlighting the importance of implementing health and wellness programmes. Economic stability influences participation in activities, highlighting the need for policies that promote equity. Gender roles influence women's willingness to take on caring roles, willing to help other groups of older people with appropriate training.

**Key words:** Life expectancy at birth; aging, retirement; loneliness; healthy lifestyle; healthy aging; health promotion.

## 1. INTRODUCCIÓN

---

### 1.1. Epidemiología del Envejecimiento

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el año 2015 y 2050 se duplicará el porcentaje de habitantes mayores de 60 años a nivel mundial, pasando del 12% al 22% del total de la población (OMS, 2022).

Los datos más recientes publicados en el Instituto Nacional de Estadística (INE) muestran que el horizonte de la esperanza de vida a nivel mundial ha ido aumentando progresivamente. Recientemente, en 2022, Europa presentaba una esperanza de vida de 80,7 años. En España la esperanza de vida al nacer en ese mismo año era de 83,2 años. Si lo separamos por sexos, los hombres tenían una esperanza de 80,3 años y las mujeres de 85,7 (INE, 2023). Dichas cifras descendieron en 2020 por la afectación de la Covid-19 y se recuperaron en 2021, aproximándose a los valores obtenidos antes de la pandemia.

En 2023, el 20% de la población española tenía 65 años o más. En cambio, en 2001, el porcentaje de este grupo poblacional suponía el 16% del total (INE, 2024).

Los datos recopilados del Instituto de Estadística de Cataluña constatan que en el año 2021 Cataluña poseía una esperanza de vida al nacer de 80,8 años para los hombres y 86,3 años para las mujeres, con una media de 83,6 años entre ambos sexos (Idescat, 2023).

En nuestra ciudad de Mataró, según los datos extraídos del INE, en 2021 la esperanza de vida al nacer era de 82,8 años; 79,9 años para los hombres y 85,7 para las mujeres (INE, 2022).

Si nos fijamos en la diferencia de cifras entre sexos, observamos una variación de 5,4 años en Europa entre hombres y mujeres, 5,5 años de diferencia en España y 5,8 años en Mataró. En total, una media de 5,56 años de diferencia en 2022, beneficiándose ellas de un envejecimiento más longevo. Si lo comparamos con una década atrás, las mujeres europeas y españolas poseen una esperanza de vida del 0,36% y 0,47% más que en 2012. Y, en Mataró, las mujeres en el 2014 carecían de un 0,16% menos de esperanza de vida que diez años después (INE, 2022).

## 1.2. Revisión de la literatura

### 1.2.1. Cambios sociológicos

Actualmente, conocemos que un elevado porcentaje de la población posee una esperanza de vida igual o superior a sesenta años, por lo que se observa un crecimiento tanto en el número como en la proporción de personas de edad avanzada dentro de la población, hecho que provoca un gran impacto en la estructura demográfica del país (OMS, 2022).

El envejecimiento es un proceso que se relaciona con el paso del tiempo, el cual se desarrolla de manera diferente en cada individuo (Chacón et al., 2019). La Organización Mundial de la Salud considera que el envejecimiento va más allá de los cambios biológicos y suele estar relacionado con procesos vitales como la jubilación, entre otros (OMS, 2022).

Este hecho supone una gran repercusión en el mercado laboral, puesto que existe un aumento en la edad de jubilación para aquellos que no han llegado al mínimo de años cotizados, teniendo que jubilarse alrededor de los sesenta y siete años, y habiendo una mayor participación de trabajadores mayores en la fuerza laboral. González (2024), contempla que es necesario eliminar posibles estereotipos que visualizan a las personas de mayor edad como una carga en el sector laboral, ya que este grupo poblacional es una gran oportunidad para aportar experiencia, conocimientos y serenidad.

Por otro lado, también se plantean nuevos retos en el sistema de pensiones, y la situación financiera se encuentra con una mayor presión para atender las necesidades de la población mayor jubilada, puesto que existe un aumento en el número de pensionistas, pero a su vez un déficit del número de cotizantes, lo que supone un problema en el sistema de financiación de las pensiones (Fundación BBVA, 2023).

De acuerdo con la investigación de Saha et al. En el artículo *“Functioning Changes in Varying Ways After Retirement”* (2023) se prevé que el siglo XXI sea un período de aumento del número de jubilados y del porcentaje que representan en la sociedad, dado que la proporción de personas mayores es superior a la natalidad. Dado que provoca un gran impacto en la población, con una mejor comprensión del concepto de la jubilación, será posible predecir y planificar los posibles cambios que se experimenten. Desde la perspectiva de Martínez et al. (2021), se plantea que en el momento de la jubilación las personas hacen frente a nuevos roles sociales, desafíos y oportunidades que pueden tener impacto en el estilo de vida o la propia salud.

Dado el incremento de la esperanza de vida, uno de los desafíos a los que se enfrentan las personas mayores, sobre todo las mujeres, es la viudedad, siendo la causa principal que contribuye a la aparición de hogares unipersonales, los cuales se encuentran en aumento (Martínez et al., 2022),

observándose una progresiva disminución en el tamaño de hogares formados por familias más extensas (Pastor, 2020).

En las últimas décadas, se han producido diferentes cambios sociales, y se observa que muchos individuos inician la etapa de la vejez asumiendo el rol de cuidador de algún familiar, incluso en algunas ocasiones contribuyendo económicamente al núcleo familiar (Cabrera et al., 2018). Como reflejan Escandell y Pérez (2022), actualmente hay una gran proporción de personas mayores que se encuentran bajo la responsabilidad de proporcionar cuidado no remunerado a sus familiares. Este hecho provoca una gran repercusión en la salud, siendo más evidente en las mujeres. Pero no solo las personas mayores son proveedoras de cuidados, ya que debido al envejecimiento progresivo de la población, existe un aumento de individuos de edad avanzada que se encuentran en situación de dependencia, requiriendo el soporte de terceros, en la mayoría de los casos familiares, para llevar a cabo tareas vinculadas con el autocuidado o mantenimiento del hogar, o para la provisión de cuidados de larga duración (Pérez et al., 2017).

Durante muchos años, la mujer ha sido la protagonista en la provisión de cuidados, obteniendo como consecuencia una feminización del cuidado debido a una falta de equidad entre géneros por una conducta social tradicional. La mujer cuidadora no profesional ha renunciado a diferentes roles de vida, ya sea de forma voluntaria o no. ¿A qué precio y qué beneficios obtenemos al cuidar de nuestros padres, hijos, nietos u otras personas con dependencia? Este tipo de cuidador recibe el nombre de cuidador no formal pues, en un 80% (Marcos, 2016) de los casos, cuidan de manera desinteresada y sin haber obtenido una formación previa para dispensar unos cuidados adecuados (Baraúna et al., 2021).

Este envejecimiento poblacional supone un incremento en la demanda de servicios. Como se explica en líneas anteriores, tradicionalmente la familia se hacía cargo de los cuidados de nuestros mayores, pero en la actualidad resulta cada vez más desafiante asumir el cuidado, lo que ha generado un aumento en la demanda de instituciones externas como residencias de ancianos o cuidadores a domicilio (Guerra et al., 2020).

Es necesario impulsar programas de atención geriátrica, es por ello que la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) posee diferentes objetivos como, promover la comprensión del proceso de envejecimiento tanto a nivel individual como social y poder reunir a diferentes investigadores y profesionales que muestren dedicación al estudio integral del envejecimiento. Además, busca la posibilidad de mejorar la calidad de vida de las personas mayores mediante intervenciones que fomenten la diversidad y la inclusión. Por último, pretende ofrecer asesoramiento y colaboración a diferentes organizaciones que aborden aspectos relacionados con el envejecimiento

en todas sus vertientes, y trabajarán en el diseño y promoción de sistemas de atención y formación en Geriátría y Gerontología más eficaces (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, s/f).

### 1.2.2. Consecuencias del envejecimiento

El aumento progresivo de la proporción de personas mayores en la población supone uno de los desafíos más importantes a nivel económico, social y médico, por ello, se requiere cambiar el enfoque a la hora de atender las necesidades de este colectivo (Maresova et al., 2019). Según la OMS (2022), el envejecimiento es el acúmulo de unas variaciones biológicas que conllevan a una progresiva degradación de los aspectos físicos y cognitivos de las personas. La instauración de la vejez es variable en función de los factores biopsicosociales de cada uno. Por lo tanto, el envejecimiento está relacionado con cómo afronta una persona mayor las diferentes etapas de su vida.

En este proceso, se detecta una mayor susceptibilidad al deterioro de la salud y el bienestar de las personas (Kirkwood, 2014). Existen afecciones comunes asociadas al envejecimiento, como pueden ser las enfermedades relacionadas con la alteración de la percepción de los sentidos, la fragilidad del sistema musculoesquelético y del sistema respiratorio, cambios en el metabolismo y la aparición progresiva del deterioro cognitivo (OMS, 2022). Dada la considerable incidencia de enfermedades crónicas y los síndromes que se le asocian, conllevan inevitablemente a un aumento en las demandas de atención en salud por parte de la población de edad avanzada. Puesto que el envejecimiento provoca un riesgo inherente de sufrir enfermedades crónicas, el “National Institute on Aging” (2022) considera que este hecho implica al personal sanitario a educar en un comportamiento saludable que promueva un estilo de vida autónomo de cara que favorezca la calidad de vida del mayor y de su entorno.

Actualmente, existe una dificultad al intentar diferenciar entre el envejecimiento como un proceso biológico y los procesos patológicos o enfermedades que son más comunes entre las personas mayores, incluso para algunos investigadores son dos conceptos inseparables (López et al., 2022). En cambio, Capotondo y Musso (2022) consideran que el envejecimiento no es sinónimo de patología, sino una parte del ciclo vital.

Existen otros factores que influyen en el envejecimiento, como, por ejemplo, los cambios sociales. Tras la jubilación, existe un cambio de rol y es usual que las personas mayores tiendan a reducir su nivel de interacción y participación social, pero es cierto que la participación social influye en el bienestar de las personas y conlleva ventajas tanto físicas como psicológicas (Medina, 2021). Las personas mayores necesitan establecer conexiones y comunicarse con su entorno para así poder expresar sus deseos y opiniones.

Según Chong (2012), el envejecimiento psicológico se manifiesta en cómo el transcurso del tiempo afecta a las diferentes habilidades mentales y emocionales. Se observa una frecuente presencia de cambios en los procesos cognitivos, emocionales y conductuales que pueden influir en la calidad de vida de las personas mayores. Se conoce que entre la población mayor es frecuente experimentar ansiedad generalizada y, de la misma manera, la Organización Mundial de la Salud (2023) expone que la depresión es el problema de salud mental más común entre este colectivo, siendo más frecuente en mujeres que en hombres y sufriendo un infradiagnóstico que la hace invisible. Otro aspecto que se presenta con mayor prevalencia en adultos mayores de 65 años es la enfermedad de Alzheimer, ya que uno de cada nueve personas la sufren. Esta enfermedad se entiende como un proceso neurodegenerativo que ocasiona mayoritariamente pérdida progresiva de la memoria (Navarro et al., 2015).

Por otro lado, una de las consecuencias del envejecimiento más relevantes es la soledad. Según la Real Academia Española, la soledad es la “carencia voluntaria o involuntaria de compañía” (RAE, s/f). La soledad se puede escoger o no. La soledad escogida implica un descanso satisfactorio de cualquier factor que pueda haber llevado a desearla. En cambio, la soledad involuntaria implica un sentimiento de malestar y/o sufrimiento en ausencia de relaciones o contactos sociales.

Aunque existen diversas formas de vivir la soledad, la soledad no deseada es una situación no buscada que conlleva una connotación negativa que es necesario abordar (Yusta, 2019). En la tercera edad, aparte de someterse naturalmente a la jubilación, hay personas que también experimentan la pérdida natural de seres queridos (Limón, 2018). Dada la esperanza de vida al nacer de las mujeres, la probabilidad de enviudar más pronto incrementa (Pérez et al., 2023); esto ha llevado a la aparición de la soledad no deseada como consecuencia negativa.

Según el artículo “*El reto de la soledad en la vejez*” (2018) la soledad es un aspecto complejo, ya que involucra una variedad de emociones y pensamientos que afectan tanto al individuo como a su comunidad, y comprende factores personales y culturales. Además, influenciada por comportamientos y condicionada por factores externos como la vivienda. La soledad está vinculada con la fragilidad y la vulnerabilidad, entre otros. Dado que es una problemática social, la soledad presenta un desafío para nuestras sociedades donde se requiere una participación activa. Gané et al. (2016), argumentan que las personas que sufren soledad no deseada pueden desarrollar problemas de salud físicos, mentales o incluso la muerte. Por ese motivo, es esencial estar informados sobre su relevancia y poder implicar a la población. La responsabilidad de elaborar intervenciones que ayuden a prevenirla o afrontarla no solo recae sobre los centros de atención primaria sino a la comunidad y los servicios sociales y de salud pública también poseen un papel fundamental.

Además, existe una problemática a nivel mundial, el edadismo. Este concepto ha sido y es utilizado como criterio para clasificar y separar a los individuos, resultando en prejuicios, desventajas e injusticias. Puede manifestarse de diversas maneras, como discriminación, daños y prácticas institucionales que muestran estereotipos basados en la edad (OMS, 2021).

Finalmente, no todo son consecuencias negativas. Tras la jubilación y el inicio de la vejez existen múltiples beneficios, entre ellos se encuentra la posibilidad de disfrutar del tiempo libre, ya sea invirtiéndolo en descanso o en ocio. Además, muchas personas mayores aprovechan esta etapa para explorar nuevas actividades como una forma de mantenerse activas y socialmente conectadas, ya que consideran que han completado una fase importante en su vida (Carvalho et al., 2013).

### 1.2.3. Envejecimiento activo y saludable

Según la Organización Mundial de la Salud (2019), el envejecimiento saludable consiste en promover y preservar la capacidad funcional necesaria para el bienestar en la vejez. Esta capacidad implica poseer las características que permiten a cada individuo ser y realizar aquello que considere fundamental.

El Libro Verde sobre el Envejecimiento (2021) considera que, fomentar un proceso de envejecimiento saludable y activo debe implicar adoptar estilos de vida saludables en todas las etapas de nuestra vida, desde nuestros hábitos alimenticios y nivel de actividad física hasta nuestras relaciones sociales. Un enfoque activo y saludable hacia el envejecimiento tiene efectos beneficiosos en áreas económicas como el empleo, la participación en el mercado laboral y los sistemas de seguridad social, hecho que influye en el crecimiento y la productividad económica.

Debido a la alteración demográfica y a la longevidad de la población, se plantea la necesidad de reevaluar las diferentes etapas de la vida. Cuando se trata de la vejez, el hecho de que las personas vivan por un tiempo prolongado insta a la sociedad a reconsiderar los roles sociales de la tercera edad, promoviendo su participación activa en la comunidad. Actualmente, existen diferentes iniciativas y campañas con relación a la tercera edad, con el fin de enfrentarse al edadismo y la discriminación hacia este grupo poblacional (Baños, 2022).

En 2018, la Comisión Europea lanzó un informe donde se detallan estrategias para impulsar la economía (Baños, 2022). Se ha abierto un nuevo horizonte de posibilidades en el ámbito empresarial llamada economía de las personas mayores o *“silver economy”* (Alcaide, 2020). La Unión Europea define este concepto como el *“gasto público y de las personas consumidoras, y que está relacionada con la transición demográfica que significa el envejecimiento poblacional y las necesidades específicas del mercado de las personas mayores de 50 años”* (Comisión de Empleo y Asuntos Sociales, 2018). La

economía plateada abarca servicios destinados específicamente al consumo de la población mayor. Por lo tanto, este enfoque implica mirar el desafío del envejecimiento demográfico como una oportunidad para generar soluciones en diferentes áreas como, por ejemplo, la salud, el turismo, el entretenimiento o la educación, entre otros (Baños, 2022).

Según Herce (2017), una gestión efectiva de la creciente longevidad podría ser vista como un renacimiento demográfico renovado llamado *“greynty boom”*, punto de vista compartido con las diferentes instituciones europeas. Estas instituciones consideran la nueva vejez como un mercado de interacciones mutuamente beneficiosas. La economía plateada experimenta un crecimiento gracias al aumento del porcentaje de población de tercera edad. En este contexto se encuentran dos necesidades que aborda: el placer asociado al envejecimiento activo, el cual se caracteriza por la voluntad e intereses de las personas mayores jóvenes; y la demanda de productos y servicios destinados a satisfacer las necesidades de las personas mayores de 80 años.

Actualmente, las personas de tercera edad optan a oportunidades que difieren a las que tuvieron a la misma edad décadas atrás, gracias a que las oportunidades financieras, médicas y mentales del envejecimiento activo están cambiando del mismo modo que la percepción social. Por ende, el bienestar futuro y el nivel de satisfacción de estas personas dependerá de cómo cuiden de sí mismos en el presente. Otro de los conceptos que se relacionan con este grupo poblacional es el turismo de la tercera edad, ya que la calidad de vida está relacionada con la capacidad de poder mantener una vida activa y relaciones sociales positivas. Viajar introduce cambios en la rutina diaria y eleva esas expectativas del individuo sobre la mejora de su calidad de vida. Aquellos que participan del turismo buscan potencialmente mejorar su situación económica y su salud (Przybysz et al., 2022).

Por otro lado, existe otro factor con gran incidencia en la población y es que, según el estudio *“Longevity and digital revolution. The contribution of information and communication technologies to healthy aging”* de Padiál et al. (2020), la longevidad coincide con la tendencia global tecnológica. En los últimos años, las tecnologías de la información y de la comunicación han experimentado avances, contribuyendo al envejecimiento saludable y al empoderamiento a las personas mayores, en el autocuidado, la capacidad de toma de decisiones y en la autoeficacia para manejar la enfermedad y su tratamiento. Sin embargo, para que sea efectiva y poder conseguir el empoderamiento deseado, se debe instruir y adaptar a la población a la que va dirigida, teniendo en cuenta las posibles barreras y necesidades que presentan este colectivo.

Si bien el envejecimiento saludable y activo es una elección y compromiso individuales, su curso está influido en gran medida por el entorno en el que vivimos, trabajamos y nos relacionamos. Por ello, las

políticas gubernamentales tienen la capacidad de desempeñar una función fundamental en respaldar este objetivo mediante medidas que ayuden a prevenir y detectar enfermedades, así como para proteger a las personas de los efectos adversos de la mala salud. Es relevante garantizar que el envejecimiento saludable y activo sea accesible para todos, incluso para los individuos que puedan encontrarse en situaciones de vulnerabilidad (Comisión Europea, 2021).

El estudio “Diagnosi d’envelliment actiu de Mataró” realizado en Julio de 2023 por la Diputació de Barcelona y el Ajuntament de Mataró muestra las diferencias significativas entre variables que influyen en mayor o menor medida en la práctica de un estilo de vida que promueve un envejecimiento saludable en la población de Mataró. En él se recogen diferentes ámbitos a tratar expuestos a continuación.

Según este estudio, en cuanto a la actividad física y deportiva, la participación entre ambos sexos es similar, disminuyendo esta a un 65% a partir de los 80 años. A su vez, existen otros factores que tienen una relación directamente proporcional con la actividad física como, la satisfacción con la situación económica, la vida social y el estado anímico. Además, el estudio muestra que la percepción de la salud está relacionada con la práctica de actividad física, pues solo el 18% de las personas con buena percepción de salud no realizan deporte y casi el 60% de las personas con mala percepción de la salud no practican ninguna actividad física. Entre este colectivo, las actividades más habituales son aquellas que se llevan a cabo al aire libre y las actividades dirigidas, donde poder entablar relaciones sociales, y la natación es la actividad que muchas personas de tercera edad querrían realizar, pero que finalmente no la realizan. La actividad física es un elemento clave para la promoción de hábitos saludables y el envejecimiento activo de la población.

Respecto a las actividades culturales y de ocio, las mujeres tienen una participación mayor ligado también a la situación económica, ya que aquella población con una renta alta presentan una mayor participación que aquellos que poseen una renta media o baja. En este caso, la edad no tiene diferencias significativas. Las mujeres tienden a mostrar más interés por participar en actividades musicales, artísticas y artesanales, en cambio, los hombres muestran más interés por aquellas actividades relacionadas con la fotografía. Es esencial luchar contra la soledad no deseada y destacar los beneficios del envejecimiento activo, por ello es relevante difundir la importancia de la cultura y el ocio en la tercera edad.

Ambos sexos participan de manera similar en actividades de formación y aprendizaje, aunque las mujeres son más frecuentes en ellas. La edad vuelve a ser un dato que diferencia la participación, siendo los mayores de 80 años las personas menos asiduas a estos grupos de formación. Una mala

percepción de la salud es un indicativo claro de una satisfacción deficiente con el estado anímico y la vida social. Por lo tanto, eso conlleva a una menor adquisición de aprendizajes varios. Las personas que participaron en el estudio manifestaron interés por las aulas senior, los idiomas, las nuevas tecnologías y la asistencia a conferencias, entre otros.

Por otro lado, se les preguntó sobre su interés en participar en actividades de salud mental, obteniendo como respuesta un deseo bajo. Se constató que entre un 2-4% tenían interés de participar en grupos de lectura, grupos de ayuda y talleres de memoria, pero el porcentaje de personas que desean participar en actividades de salud mental es extremadamente bajo. Las actividades relacionadas con la salud mental, son beneficiosas para el bienestar emocional y mental, es por ello que tenemos un papel muy importante en la promoción de estas actividades.

En cuanto a equipamientos de la ciudad de Mataró, los casales de gente mayor son los centros municipales más utilizados por la tercera edad, junto con las bibliotecas y los centros cívicos. Las mayores consumidoras de estos equipamientos son las mujeres de entre 70-79 años con media-baja renta económica, y comentan que las responsabilidades adquiridas de cuidar a otros, no conocer las actividades o la falta de conexiones sociales eran los principales motivos de no acudir. Se recomienda promover el vínculo social y la interacción entre las personas mayores mediante la creación de entornos sociales que sean acogedores y faciliten el encuentro entre los participantes.

Las personas mayores actualmente presentan un gran porcentaje en nuestra población, es por ello que se debe reconocer y valorar su contribución social, de la misma manera que informarles sobre las diferentes oportunidades disponibles para así superar la desinformación.

Por último, en relación a las tecnologías de la información y la comunicación, conocemos que a medida que envejecemos, el uso de este tipo de dispositivos disminuye, por ello el proyecto recomienda adaptar las iniciativas para garantizar la accesibilidad y la inclusión de este grupo poblacional (PEA, 2024).

#### **1.2.4. Intervenciones y estrategias para el envejecimiento activo**

En el análisis de A. Srivarathan et al. (2019) se destaca la necesidad de intervenir en la promoción de un envejecimiento activo y saludable, dado que nuestra comunidad posee una de las esperanzas de vida más altas.

El envejecimiento actualmente se considera una problemática de salud pública y, pese a que la población está envejeciendo velozmente, no existen pruebas de que un incremento de la vejez

suponga un buen estado de salud prolongado para estas personas (Beard et al., 2016). Por lo tanto, en el contexto actual y debido a que el envejecimiento cada vez está cobrando más relevancia, se debe desarrollar un abordaje activo y beneficioso de esta etapa. Implementar medidas para promover este envejecimiento activo y saludable ya es un objetivo político relevante en el ámbito europeo (Limón, 2018).

Se considera que prepararse para el envejecimiento de la población mundial será fundamental para asegurar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que se incluyen en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. Según esta organización, el envejecimiento de la población tendrá un gran impacto en al menos seis de los diez y siete objetivos (IFE, 2023). Se requiere contribución e inclusión centrada en la tercera edad, ya que nos encontramos en la Década del envejecimiento saludable 2021-2030 (Behr et al., 2023), proyecto colaborativo mundial que tiene como objetivo unir recursos de diferentes sectores para implementar acciones que mejoren la calidad de vida de las personas mayores y sus familiares (IFE, 2023). Por lo tanto, es esencial promover el mantenimiento de la capacidad funcional de las personas y, de esta manera, limitar la manifestación de discapacidad y dependencia (Ministerio de Sanidad, 2021).

Desde el “National Institute on Aging” se han desarrollado campañas de información digital proporcionando información de salud dirigida a gente mayor. Aportan recursos e información de mitos y verdades sobre el Alzheimer y salud cerebral, fin de la vida, ejercicio y alimentación saludable (NIH, 2022).

La “Agència de Salut Pública de Catalunya” ha desarrollado recursos con el objetivo de promover un envejecimiento activo y saludable para mantener o mejorar la salud y calidad de vida de la población. De este modo, el programa recoge ideas que inspiran a las personas mayores de 65 años a vivir más y mejor (ASPCAT, 2014).

Finalmente, en el “Programa d’Actuació Comarcal del Consell Comarcal del Maresme 2020-2024” pretenden implementar estrategias para promover la participación sociocultural de las personas mayores, desde una perspectiva que se centre en el envejecimiento activo. Del mismo modo, consideran imprescindible reforzar la estructura organizativa comarcal y recomiendan crear un nuevo servicio de promoción de personas mayores, donde colaboren los ayuntamientos, entidades sociales y empresas de la zona (Martínez et al., 2021). Además, el estudio “*Diagnosi d’envelliment actiu de Mataró*” publicado en 2024 creó un proyecto donde se da un seguimiento de recomendaciones y se recogen diferentes estrategias para promover un envejecimiento activo (PEA, 2024).

## 2. JUSTIFICACIÓN

---

Mataró se destaca como una comunidad comprometida con el bienestar de sus habitantes, especialmente con la población mayor. En este sentido, la creación de la *Càtedra d'Envel·liment i Qualitat de vida* responde al propósito de la Fundación TecnoCampus de promover y compartir conocimientos en este ámbito y así poder abordar las necesidades de las personas mayores.

Las consecuencias del proceso de envejecimiento son universales y afectan a todos los individuos, por ello es crucial encontrar formas para garantizar un envejecimiento activo y saludable. Además, debemos enfrentarnos a la realidad, teniendo en cuenta las enfermedades crónicas, la discapacidad, la dependencia y la soledad no deseada (web Càtedra).

Desde un extenso período, el *Grup de Investigació Atenció a la Cronicitat e Innovació en Salut (GRACIS)* vinculado a la *Càtedra d'Envel·liment i Qualitat de vida* y formado por profesionales del ámbito de la salud y social llevan trabajando en buscar la soluciones que contribuyan a elevar la salud y calidad de vida de las personas

Como hemos podido comprobar, nos encontramos en la Década del Envejecimiento Saludable, cuyo objetivo es que nuestros mayores adquieran y promuevan un estilo de vida activo y favorable hacia esta etapa.

El "Programa d'Ajuda entre Iguals de Gent Gran (JUNTS)", es un programa impulsado por la Càtedra de Envejecimiento y Calidad de Vida del Tecnocampus, Universitat Pompeu Fabra, que cuenta con la colaboración de la Federación de Asociaciones de Gente Mayor de Cataluña (FATEC) y está financiado por La Fundació "la Caixa" i la Diputació de Barcelona. El programa tiene como objetivo crear una red de personas voluntarias mayores de 65 años residentes del Maresme, a la que llamaremos red de iguales, a los que se formará en talleres con la finalidad de empoderarse y ayudando a identificar a individuos que puedan encontrarse en riesgo de soledad no deseada (web JUNTS).

Por este motivo, teniendo en cuenta que estamos a un paso de iniciarnos en el mundo sanitario como graduadas en enfermería y, somos conscientes del impacto del envejecimiento actual en el sistema sanitario, nos adherimos al programa JUNTS para conocer a qué población mayor nos enfrentamos, qué necesidades y expectativas presentan y de qué manera podemos abordarlas. Debido al interés, surgió este Trabajo de Final de Grado.

### 3. PREGUNTAS DE ESTUDIO Y OBJETIVOS

---

#### 3.1. Preguntas de estudio

Se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Con qué recursos personales y sociales cuentan las personas mayores de la comarca del Maresme que permitan planificar un envejecimiento saludable?
- ¿Cuál es el estado de salud percibido de las personas mayores del Maresme?
- ¿Qué desean las personas mayores con relación a la vejez?
- ¿En qué ámbitos les gustaría a las personas mayores formarse?

#### 3.2. Objetivo general

- Conocer los recursos personales y sociales que poseen las personas mayores de la comarca del Maresme para planificar un envejecimiento saludable.

#### 3.3. Objetivos específicos

- Conocer el perfil de las personas mayores de nuestro estudio.
- Explorar el estado de salud de las personas mayores.
- Descubrir las expectativas que poseen las personas mayores de nuestro estudio.
- Identificar las necesidades formativas de las personas mayores.
- Explorar la disposición de las personas mayores de poder de ayudar a sus iguales.

## 4. METODOLOGÍA

---

### 4.1. Diseño de estudio

Estudio observacional descriptivo de corte transversal.

### 4.2. Población de estudio y muestra

#### 4.2.1. Población y ámbito de estudio

La población diana de este estudio, ha sido la población de la comarca del Maresme que, según los datos recogidos en 2023 por el Instituto de Estadística de Catalunya (Idescat), cuenta con 467.398 habitantes. Según Idescat, la población mayor de 65 años asciende a 89.140 habitantes, lo que supone un 19% del total de la población.

En cuanto a la población de estudio, nos centraremos en aquellos habitantes mayores de 65 años que aceptaron participar en el proyecto JUNTS y cumplían con los criterios de inclusión y exclusión que se detallarán a continuación.

#### 4.2.2. Criterios de inclusión

- Ser habitante de la comarca del Maresme.
- Ser mayor de 65 años.
- Voluntad de querer participar activamente en el estudio y firmar el consentimiento informado.

#### 4.2.3. Criterios de exclusión

- No hablar/entender el catalán o el castellano.

#### 4.2.4. Selección de la muestra

Muestreo por conveniencia, ya que la muestra proviene del proyecto JUNTS que tiene como objetivo formar al menos a cincuenta personas mayores de 65 años.

#### 4.2.5. Tamaño de la muestra

La muestra se recogió en dos momentos determinados, aprovechando el transcurso de los talleres de formación en Mataró y Calella. Dado que se trataba de un estudio descriptivo sin buscar efecto deseado, se intentó reclutar el máximo número de participantes para formar parte de la muestra.

Dado que la obtención se ejecutó por conveniencia, y los participantes eran los voluntarios a asistir al taller formativo, se consideró que a mayor tamaño muestral, mayor representatividad.

Se convocó a las personas media hora antes de que se impartiera el taller con el fin de poder conocer a los participantes y recoger la mayor muestra posible.

#### 4.3. Variables de estudio

A continuación se describen tipos de variables (Tabla 1, ver en anexo 1) que se recogieron en el cuestionario de elaboración propia (Anexo 2). Como instrumento descriptivo, las escalas validadas que se utilizaron fueron la escala EuroQol-5D para medir la calidad de vida y la escala Lubben para evaluar el apoyo social percibido y el riesgo de aislamiento en personas mayores.

##### 4.3.1. Escala EuroQol-5D

La escala EuroQol-5D es una herramienta estandarizada diseñada para evaluar y describir la calidad de vida relacionada con la salud. En este caso, en primer lugar a partir de un sistema descriptivo, el individuo evalúa su estado de salud en niveles de gravedad por dimensiones (Figura 1, ver en anexo 3) y a continuación se emplea una escala visual analógica (EVA) para valorar su estado de salud en el día actual (figura 2., ver en anexo 4) (Herdman et al., 2001).

**Tabla 2.** Sistema descriptivo EQ-5D

Sistema descriptivo del EQ-5D	
5 dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movilidad</li> <li>- Cuidado personal</li> <li>- Actividades cotidianas</li> <li>- Dolor/ malestar</li> <li>- Ansiedad/ depresión</li> </ul>	3 niveles de gravedad.  Codificación: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) “sin problemas”</li> <li>2) “algunos o problemas moderados”</li> <li>3) “problemas graves”</li> </ol>

Fuente: EuroQol-5D. Autores: Badia et al.

Los valores de las cinco dimensiones producen una combinación de cinco dígitos. Por ejemplo, si una persona indica que no tiene dificultades para caminar “1”, tiene ciertos problemas con el cuidado personal “2”, enfrenta algunas dificultades en sus actividades diarias “2”, no experimenta dolor o malestar “1” y se siente un poco ansiosa o deprimida “2”, su estado de salud en el día actual sería 12212.

El índice de calidad de vida varía entre el valor 1 que corresponde al mejor estado de salud y el 0 que hace referencia a la muerte. Para poder calcularlo, en primer lugar debemos asignar el valor 1 a la codificación 11111, que corresponde a “sin problema de salud” en ninguna de las cinco dimensiones. A continuación, si el estado de salud difiere a esta codificación anterior, se debe restar el valor asignado a la constante (tabla 3) y posteriormente si hay problemas de nivel 2 se resta el valor que se relacione con cada dimensión. Para los problemas de nivel 3 el proceso es idéntico, aunque antes se debe multiplicar el valor de la dimensión por dos. Finalmente, N3 es un coeficiente que hace referencia a los problemas de nivel 3 en cualquiera de las dimensiones y, se debe restar una única vez si hay al menos una de las dimensiones con problemas de nivel 3 (Herdman et al., 2001).

**Tabla 3.** Coeficientes para calcular la tarifa social de valores para el EQ-5D en España

Parámetro	Coeficiente
Constante	0,1502
Movilidad	0,0897
Cuidado persona	0,1012
Actividades cotidianas	0,0551
Dolor/malestar	0,0596
Ansiedad/depresión	0,0512
N3	0,2119

Fuente: EuroQol-5D. Autores: Badia et al.

Por ejemplo, para la codificación 11213 se parte del valor 1 y se restaría la constante, el coeficiente de actividades cotidianas, el coeficiente de ansiedad multiplicado por dos y el coeficiente N3 (1- Constante – (Coeficiente actividades cotidianas) – 2 x (Coeficiente ansiedad) – N3) obteniendo un resultado de 0,4804.

Finalmente, la segunda sección consiste en una escala EVA vertical de 20 centímetros, dividida en milímetros, que abarca desde 0, el cual representa el peor estado de salud que la persona puede

imaginarse, hasta 100, que corresponde al mejor estado de salud. En esta escala, la persona debe seleccionar la puntuación que mejor refleje su estado de salud en el día actual. Gracias a esta valoración se complementa el sistema descriptivo anterior para la autoevaluación del estado de salud del individuo.

#### 4.3.1. Escala Lubben

Esta escala se emplea para valorar el apoyo social percibido y el riesgo de aislamiento en personas mayores. Específicamente, esta escala evalúa tanto el alcance de la red social de una persona mayor como la proximidad y frecuencia de los contactos que mantiene con los diferentes miembros de su red social (Menéndez, et al., 2021).

La escala LSNS-R (Lubben, Gironde & Lee, 2002) está formada por 12 elementos (Figura 3., ver en anexo 5), de los cuales seis están relacionados con las interacciones familiares y los otros seis con los contactos sociales de individuos no familiares. Para poder codificar y manejar las respuestas, las instrucciones se pueden ver en la tabla 4 (anexo 6), ofreciendo así cuatro resultados.

- Apoyo social percibido: Puntuaciones en tres subescalas, dos subescalas específicas (rango de 0 a 30) y una general (rango de 0 a 60). Estas puntuaciones señalan una red de apoyo social más extensa, cercana y con contacto más íntimo y frecuente a medida que aumenta el valor obtenido.
- Riesgo de aislamiento: La puntuación general del LSNS-R muestra un mayor o menor riesgo de aislamiento dependiendo de los puntos de corte (tabla 4, ver en anexo 6).

### 4.4. Método de análisis de datos

#### 4.4.1. Recopilación de los datos

En el transcurso del estudio, los datos recopilados a través de la encuesta distribuida durante los talleres de formación fueron almacenados para su posterior análisis y procesamiento. La información y datos extraídos pertenecen a las responsables del estudio y se someten a un proceso de anonimización para preservar la privacidad, confidencialidad e intimidad de los participantes.

Esta encuesta la componen ocho apartados: Información demográfica, Salud y bienestar, Deseos y objetivos, Recursos personales y sociales, Envejecimiento saludable, Grado de satisfacción con los servicios y recursos disponibles y Respeto a otro grupo de mayores.

#### 4.4.2. Procedimiento

En el procedimiento de este proyecto de investigación destacan cuatro fases:

**Fase I:** En esta fase inicial se procederá a identificar las diferentes variables de interés para el estudio, definir los aspectos más relevantes que se deseaba conocer sobre los participantes y elaborar el cuestionario correspondiente diferenciándose ocho apartados de interés.

**Fase II:** En este período se llevó a cabo la distribución de los cuestionarios en papel en los diferentes talleres formativos impartidos los días 22 de noviembre en la Universidad Tecnocampus y el 18 de diciembre en la Fundación “La Caixa” de Calella. Se convocó a los participantes treinta minutos antes para poder informar del proyecto y distribuir los cuestionarios. Se obtuvieron un total de 22 respuestas. Durante la recolección de los datos se hizo énfasis continuo en la confidencialidad de los datos y la libre voluntad de la participación o no en el estudio.

**Fase III:** Una vez obtenidos los datos, estos fueron custodiados por la directora del proyecto y fueron otorgados a las investigadoras en el momento de depurar y analizar los datos obtenidos. Estos datos fueron introducidos en el programa Excel de Microsoft 365 para su posterior análisis.

**Fase IV:** En esta última fase se analizaron los datos obtenidos en la segunda fase. Se redactó la discusión de los resultados, así como las conclusiones y las implicaciones en la práctica profesional.

#### 4.4.3. Estrategia de análisis y métodos estadísticos

Al recopilar los datos estadísticos, estos quedaron a cargo de la investigadora principal, quien custodió los mismos hasta el momento de depurar y analizar los datos obtenidos. Los datos fueron volcados en el programa Microsoft Excel para su posterior análisis.

Se obtuvieron datos de 22 personas voluntarias, las cuales acudieron a los talleres formativos creados por el proyecto JUNTS, realizados en Mataró y Calella, obteniendo así dos grupos de once miembros respectivamente.

Para llevar a cabo el estudio analítico, primeramente se llevó a cabo un análisis descriptivo univariante enfocado en cada variable por separado, analizando así las frecuencias absolutas y relativas en las variables que representan cantidades (cuantitativas). Asimismo se calculará la media para determinar la tendencia de los datos, así como el rango y la desviación estándar en las variables cualitativas.

También se realizó un análisis bivariado para estipular la relación entre diferentes variables de gran relevancia en nuestro estudio y la participación en actividades para mantenerse activos. Las variables

que se relacionaron con esta última fueron; 1) nivel de estudios, 2) situación laboral actual, 3) ingresos, 4) situación personal, 5) estar al cuidado de alguien, 6) dar soporte económico, 7) autopercepción de la salud y 8) actividad física. Asimismo, se usó el test no paramétrico  $\chi^2$  de Pearson para examinar las proporciones y calcular el valor estadístico de P con intervalos de confianza del 95%.

Finalmente, para poder realizar el análisis descriptivo se utilizó el programa Microsoft Excel y los hallazgos se representan mediante tablas de contingencia y diferente tipología de gráficos, como diagrama de barras y ciclogramas.

## 4.5. Aspectos éticos y limitaciones

### 4.5.1. Aspectos éticos

Este estudio se enmarcó dentro del proyecto JUNTS, el cual fue aprobado por el comité de ética del TecnoCampus en abril del 2022. Además, en esta investigación se respetaron los cuatro principios de la bioética (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía) y a su vez, se siguieron los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, documento donde se registran los principios éticos para las investigaciones en seres humanos (Asociación Médica Mundial, 2017). Se destaca:

1. *Consentimiento informado*: A los participantes del estudio se les proporcionó información del estudio de forma verbal y mediante una hoja informativa (Anexo 7) y se obtuvo el consentimiento informado firmado por los participantes (Anexo 8).
2. *Privacidad y confidencialidad*: Se cumplió con el Reglamento UE) 2016/679 de 27 de abril relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y con la normativa española, Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. La información se utilizó únicamente con fines de investigación y académicos.

### 4.5.2. Limitaciones

Durante la creación de este estudio se dieron diferentes limitaciones. Una de las limitaciones más significativas fue que la muestra se obtuvo por conveniencia y los resultados están limitados a los voluntarios que participaron en los talleres formativos donde, a su vez, también se vio afectado el tamaño muestral, ya que se debía registrar únicamente a los participantes, mujeres, que acudieron voluntariamente. No es posible determinar si los resultados hubieran sido diferentes al llevar a cabo el cuestionario en un momento y lugar distintos.

También contamos con la limitación de tener una muestra compuesta en su totalidad por mujeres y que en su mayoría son socialmente activas, hecho que nos imposibilita saber las necesidades del resto de personas mayores que no sean socialmente activas o que sean hombres.

En relación a la metodología, se exploraron diferentes variables, algunas difíciles de reflejar cómo los deseos y objetivos de las personas al envejecer. Es importante tener en cuenta que este tipo de variables pueden no ser completamente representativas si intentamos extrapolar los datos a toda la población.

En última instancia, en nuestra búsqueda hemos notado una escasez de literatura actualizada y de calidad sobre el envejecimiento en términos sociales y psicológicos. Aunque hay una abundancia de literatura donde se detallan los procesos de envejecimiento a nivel biológico, nos ha resultado desafiante encontrar información relevante en los aspectos psicosociales.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Objetivo específico 1. Conocer el perfil de las personas mayores de nuestro estudio

**Tabla 5.** Variables sociodemográficas

<b>Variables sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>GÉNERO</b>		
Mujer	22	100
Hombre	0	0
Otros	0	0
<b>EDAD</b>		
< 65 años	5	23
65 años	2	9
66-70 años	7	32
71-75 años	3	14
76-80 años	4	18
81-85 años	1	5
<b>MUNICIPIO DE RESIDENCIA</b>		
Argentona	3	14
Calella	7	32
Canet de Mar	1	5
El Masnou	1	5
Malgrat de Mar	1	5
Mataró	8	36
Sant Andreu de Llavaneres	1	5
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
Sin estudios	0	0
Sin estudios, pero sabe leer y escribir	2	9
Estudios primarios	8	36
Formación profesional	5	23
Educación Universitaria	7	32
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>		
Jubilado/a	15	68
Desempleado	1	5
En activo	2	9
Pensionista	4	18
<b>INGRESOS MENSUALES</b>		
De 500 a 1000	5	23
De 1001 a 1500	4	18
De 1501 a 2000	7	32
De 2001 a 2500	3	14
Más de 2500	1	5
Prefieren no contestar	2	9
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casado/a o vive en pareja	7	32
Viudo/a	8	36
Soltero/a	1	5
Separado/a o divorciado/a	6	27

A continuación se describe el perfil sociodemográfico predominante de la muestra, compuesta por un total de 22 participantes (N=22). Esta presenta una distribución total de mujeres (100%), cuya edad abarca un rango que va desde los 66 hasta los 70 años (32%). La mayoría de las participantes poseen un nivel educativo primario (36%) como nivel de estudios más alto alcanzado. La muestra

seleccionada reside en la comarca del Maresme y el lugar de residencia más habitual es Mataró (36%).

Un 68% de las personas del estudio se encuentran jubiladas y el rango de ingresos más frecuentes oscilan entre los 1501 y 2000 euros mensuales. Las participantes reflejan diferentes estados civiles donde el perfil típico es mujer viuda (36%) habiendo también mujeres casadas o que viven en pareja (32%).

**Tabla 6. Actividades**

VIDA ACTIVA	N	%
<b>¿Realizan deporte?</b>		
Rara vez	2	9
Ocasionalmente (1-2 / semana)	8	36
Regularmente (3-4 / semana)	8	36
Frecuentemente (5 o > / semana)	4	18
<b>¿Realizan actividades físicas?</b>		
Sí	21	95
No	1	5
<b>¿Qué tipo de actividades realizan?</b>		
Voluntariado	14	32
Música, arte o baile	5	11
Senderismo	5	11
Religiosas	2	5
Deportivas	2	5
Grupos de jubilados o de tercera edad	11	25
IMSERSO	5	11

De acuerdo con los datos recopilados del total de la muestra (N=22), se observa que los encuestados realizan generalmente entre 1-2 (36%) o de 2-4 (36%) veces por semana algún tipo de actividad deportiva y, a su vez, realizan alguna/s actividad/es física/s (95%). Las actividades más practicadas son las relacionadas con el voluntariado (32%) o los grupos de jubilados (25%).

**Tabla 7. Hábitos alimenticios.**

HÁBITOS ALIMENTICIOS	N	%
<b>Percepción de hábitos</b>		
Mayormente poco saludables	1	5
Mayormente saludables	14	64
Saludables y equilibrados	7	32

Basándonos en la información obtenida, el 64% de la muestra del estudio considera que sigue unos hábitos alimentarios mayoritariamente saludables, frente a un 32% que consideran que son saludables y equilibrados y un 5% poco saludables.

**Tabla 8.** Rol de cuidador/a

<b>CUIDADORES</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>¿Están al cuidado de alguien?</b>		
Sí	5	23
No	17	77

<b>AYUDAR</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>¿Están dispuestos a ayudar a un grupo de iguales?</b>		
Sí	14	64
Podrían plantearse	8	36

Según la información recibida de las encuestas, el 77% de las mujeres (N=22) no se encuentran a cargo del cuidado de ninguna persona ajena a ellas mismas y el 23% sí que se encuentra al cuidado de alguien.

Por otro lado, la mayor parte de la muestra (64%) está dispuesta a ayudar a un grupo de personas iguales a ellas o, al menos, podría plantearse (36%).

**Tabla 9.** Ayudas: recursos sociales

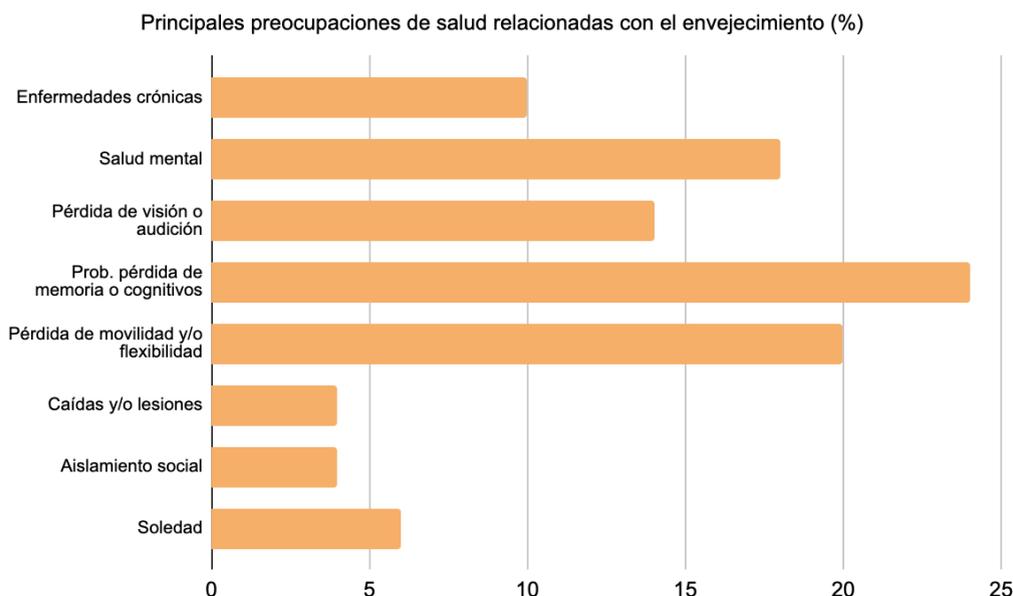
<b>AYUDAS: RECURSOS SOCIALES</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>¿Qué recursos sociales poseen?</b>		
No poseen	17	74
LAPAD aprobada	1	4
Ayudas en tareas del hogar	4	17
Cuidador (en horas)	1	4

Las encuestas realizadas nos determinan que las personas de la muestra (N=22) no poseen ayudas ni sociales (74%) frente a un 17% que reciben ayudas en las tareas del hogar, un 4% que poseen la LAPAD (Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia) y, finalmente, una única persona recibe ayuda de un cuidador algunas horas al día.

## 5.2. Objetivo específico 2. Explorar el estado de salud de las personas mayores.

### 5.2.1. Preocupaciones de salud relacionadas con el envejecimiento

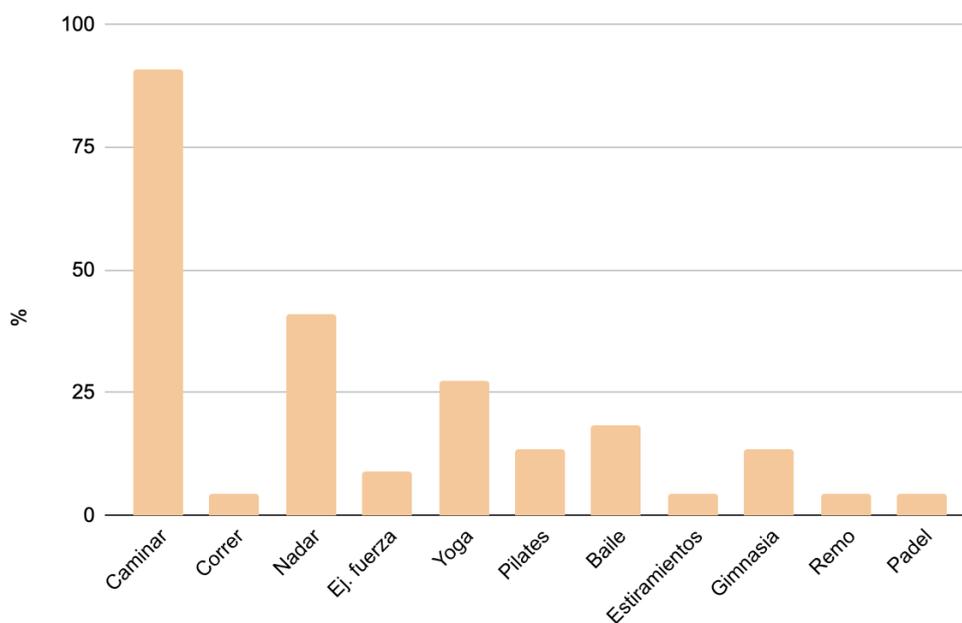
Las tres principales preocupaciones de salud relacionadas con el envejecimiento que tenían los 22 encuestados son, en un 24%, la pérdida de memoria o problemas cognitivos (N=12), en un 20% la pérdida de movilidad y/o flexibilidad (N=10) y en un 18% los problemas de salud mental (N=9).



**Figura 4.** Principales preocupaciones de salud relacionadas con el envejecimiento

### 5.2.2. Actividad física

Se quiso conocer con qué frecuencia realizan alguna actividad física, obteniendo que un 72% (N=16) realizan de 1 a 4 veces por semana algún tipo de actividad, siendo “caminar” la actividad más practicada con una notable diferencia (91%, N=20). Otra de las actividades practicadas por el 41% (N=9) de ellas sería “nadar”.



**Figura 5.** Actividad física

### 5.2.3. Hábitos alimentarios

En cuanto a los hábitos alimentarios, un 95% de las encuestadas (N=21) respondieron que creían adoptar unos hábitos mayormente saludables o, en su defecto, poseer unos hábitos saludables y equilibrados. Se destaca que N=1 respondió que mayormente sus hábitos alimenticios son poco saludables.

### 5.2.4. Calidad de vida relacionada con la salud

El índice de valores oscila entre el valor 1 (mejor estado de salud) y el 0 (la muerte). De esta manera, N=11 (50%) considera poseer un estado de salud óptimo con un valor igual a uno. La percepción del estado de salud del 50% restante oscila entre 0,4 y 0,7. La media de la calidad de vida referida por las participantes es de 79,02%, con una desviación estándar (DS±) de 22,79. Véase en la tabla 10.

Esta escala también consta con una parte de una EVA vertical de 20 centímetros, milimetrada, que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable), donde las participantes debían señalar el punto de la escala que mejor representara cómo valora su estado de salud general en el día actual. De esta manera, proporcionó una puntuación complementaria al sistema descriptivo anterior. De todas las participantes, un 95% (N=21) señaló estar por encima del 50 de la escala EVA, y un 23% (N=5) de estas dijo estar en el 100. La media del estado de salud general en el día actual es de 60, con una desviación estándar (DS±) de 28,78.

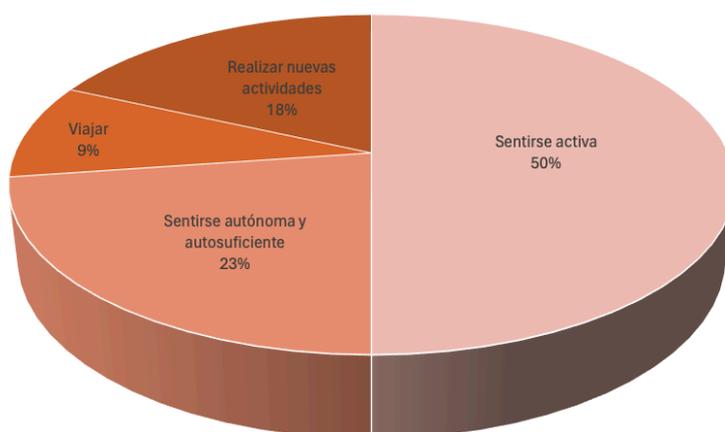
**Tabla 10.** Frecuencias absolutas de los resultados de la EQ-5D

Estados de salud	Índice EQ-5D	N	% del total
11111	1	11	50%
11122	0,739	2	9,09%
11132	0,468	1	4,55%
12221	0,634	1	4,55%
21122	0,649	1	4,55%
21131	0,429	1	4,55%
21212	0,653	1	4,55%
21221	0,594	1	4,55%
22222	0,493	3	13,63%

### 5.3. Objetivo específico 3. Descubrir las expectativas que poseen las personas mayores de nuestro estudio.

En lo que se refiere a las expectativas que poseen las personas mayores, se quiso conocer cuáles eran las metas y objetivos personales a medida que envejecen. Después de que ellas expusieron de forma abierta qué les preocupa acerca de la vejez, se clasificaron las respuestas en “Sentirse activa”, “Sentirse autónoma y autosuficiente”, “Viajar” y “Realizar nuevas actividades”, usando palabras o deseos que repiten.

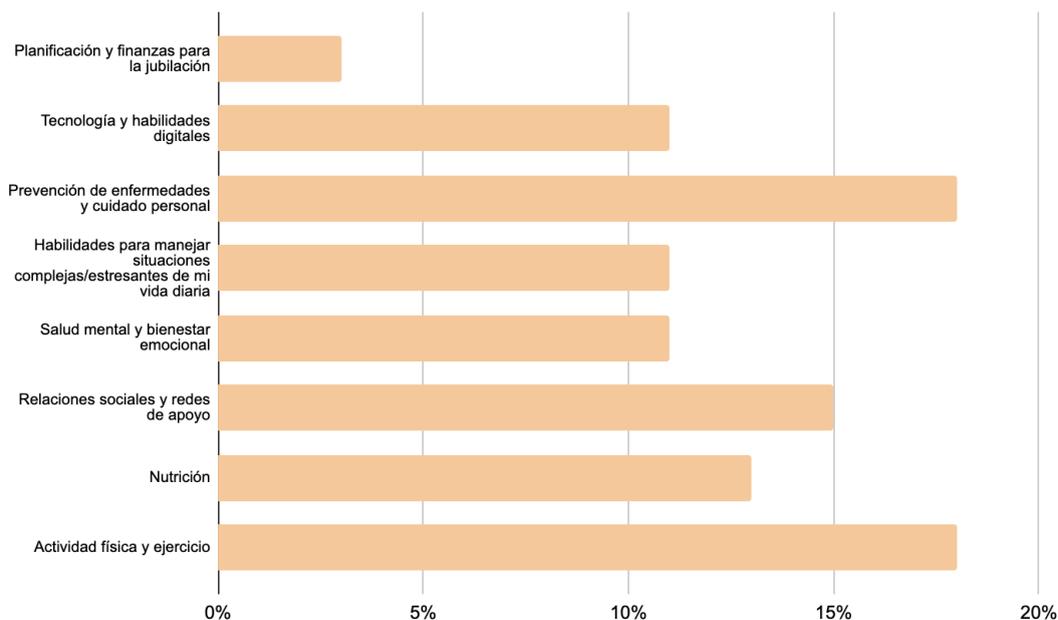
La primera de ellas la escogió un 50% (N=11) de las personas encuestadas y, en segundo lugar, el 23% (N=5) les gustaría ser capaz de preservar la autonomía y autosuficiencia. El 18% (N=4) desea realizar nuevas actividades y, el 9% (N=2), viajar, descubrir nuevo mundo.



**Figura 6.** Expectativas ante el envejecimiento

### 5.4. Objetivo específico 4. Identificar las necesidades formativas de las personas mayores.

En relación a las necesidades formativas en las que les gustaría recibir más información o formación para envejecer de forma más saludable, las cuatro necesidades formativas más demandadas son; actividad física y ejercicio (18%) y prevención de enfermedades y cuidado personal (18%), relaciones sociales y redes de apoyo (15%) y por último, nutrición (13%). Si bien es cierto, en un quinto y sexto lugar se muestra interés en aspectos relacionados con la mejora de la salud mental.



**Figura 7.** Formación a la que les gustaría acceder para envejecer de manera saludable.

El 59% (N=22) ha reflejado que ha tenido acceso a algún programa educativo o de formación específico para personas mayores. Las actividades más solicitadas son programas de salud y bienestar (31%), programas educativos formales/cursos universitarios (21%), programas de enriquecimiento personal (idiomas, música, entre otros) (14%) y programas de tecnología y competencias digitales (14%). Por otro lado, el 41% (N=22) no ha tenido acceso a ningún programa educativo anteriormente mencionado. De estos, los programas escogidos como preferencia a los que les hubiera gustado tener acceso son; los programas de enriquecimiento personal (40%), programas de salud y bienestar (27%) y, por último, programas educativos formales (20%).

### 5.5. Objetivo específico 5. Explorar la disposición de las personas mayores de poder de ayudar a sus iguales.

Explorando la disposición de las personas mayores de poder ayudar a sus iguales, en primer lugar podemos tener en cuenta si ya se encuentran en situación de cuidar a algún familiar. El 77% (N=22) no se encuentra al cargo del cuidado de algún familiar, mientras que el 23% está a cargo de sus padres (50%), cónyuge/pareja (17%), hijos (17%) y/o nietos (17%).

Respecto a si son conocedores de la existencia de mayores que se encuentren en riesgo de soledad o exclusión social, el 50% (N=22) es conocedor y el 50% no lo es. Asimismo, consideran importante en

un 82% el hecho de poder ayudar a otros grupos de mayores que se encuentren en esta situación mencionada.

Si nos dan a conocer en qué ámbitos tienen preferencia a la hora de brindar apoyo a este grupo de personas, en primer lugar indican que ofrecerían ayuda/acompañamiento en temas de salud y bienestar, siendo esta elegida en un 86% del total de respuestas a escoger. En segundo lugar, proporcionarían apoyo emocional y compartirían conocimiento y experiencias en un 28% y 26% respectivamente.

Por último, de las personas encuestadas, un 64% (N=22) consideran estarían dispuestos a ayudar a este grupo de personas siempre y cuando obtuvieran la formación necesaria. Mientras que un 36% podría llegar a plantearse.

## 5.6. Análisis bivariante

**Tabla 11.** Factores asociados a la participación en actividades para mantenerse activos

Participación en actividades para mantenerse activos			
	Sí n (%)	No n (%)	P (> o < 0,05)
<i>Nivel de estudios</i>			
Sin estudios, saben leer y escribir	9	0	
Estudios primarios	36	0	
Formación profesional	23	0	
Educación universitaria	27	5	0,01 < 0,05
<i>Situación laboral actual</i>			
Jubilada/pensionista	86	0	
Desempleada	5	0	
En activo	5	5	0 < 0,05
<i>Ingresos</i>			
De 500 a 1000€	32	0	
De 1001 a 1500€	18	0	
De 1501 a 2000€	27	5	
De 2001 a 2500€	14	0	
Más de 2500€	5	0	0,012 < 0,05
<i>Situación personal actual</i>			
Casada o en pareja	27	5	
Viuda	36	0	
Soltera/ separada/ divorciada	32	0	0,003 < 0,05
<i>Cuidador de alguien</i>			
Sí	23	0	
No	73	5	0,02 < 0,05
<i>Da soporte económico a un familiar</i>			
Sí	36	5	
No	59	0	0,085 > 0,05
<i>Autopercepción de la salud</i>			
Mala	5	0	
Regular	32	0	
Buena	5	5	
Excelente	55	0	0,026 < 0,05
<i>Actividad Física</i>			
Nunca	0	0	
Rara vez	9	0	
Ocasionalmente	36	0	
Regularmente	32	5	
Frecuentemente	18	0	0,05 = 0,05

Mediante el test de  $\chi^2$  se analizó la relación entre las variables más destacadas de nuestro estudio y la variable considerada más relevante para nuestro objetivo. En la tabla, podemos observar los resultados separados en función si realizan o no actividades para mantenerse activos, junto con el valor de significación estadística correspondiente.

Teniendo en cuenta que nuestro estudio tiene como objetivo conocer los recursos que poseen las personas mayores para así poder planificar un envejecimiento saludable, se consideró que la variable en la que vamos a basar el análisis bivariante es la “participación en actividades para mantenerse activos”. A medida que se fue avanzando en la investigación, se determinó cuáles eran las variables que más se repetían tanto en la literatura como en los resultados obtenidos con la muestra del estudio. De esta manera, se obtuvo un valor de  $p=0,085$  ( $p>0,05$ ) entre “participación en actividades para mantenerse activos” y “dar soporte económico a un familiar”.

Por otro lado, con el objetivo de observar si existía relación entre la actividad física y la participación, se obtuvo un valor de  $p=0,05$ . Asimismo, analizando la correlación entre “autopercepción de la salud”, “cuidador de alguien”, “ingresos”, “nivel de estudios”, “situación personal”, con “participación en actividades para mantenerse activos”, se obtuvo unos valores de  $p=0,026$ ;  $p=0,02$ ;  $p=0,012$ ;  $p=0,01$ ;  $p=0,003$ , respectivamente. En su totalidad  $p<0,05$ , siendo resultados significativos.

Finalmente, para determinar si existen diferencias entre la situación laboral actual y dicha participación, mediante el test se obtuvo un valor de  $p=0$ .

## 6. DISCUSIÓN

---

El objetivo general de este estudio era conocer los recursos personales y sociales que poseen las personas mayores de la comarca del Maresme para planificar un envejecimiento saludable. Gracias a los objetivos planteados y a los resultados obtenidos, se ha logrado describir dichos recursos.

El estudio desarrollado presenta los aspectos más relevantes con relación a este perfil de personas mayores. Los resultados muestran la importancia que tiene una vida activa para poseer un envejecimiento saludable. El estudio nos ha dado a conocer que, el grupo de mayores dispuesto a ser mentores entre iguales poseen unos factores tales como los recursos económicos, el apoyo familiar, el núcleo de amigos y una buena percepción de la salud física-mental favorecen y facilitan el poder detectar o ayudar a personas de su alrededor que se encuentren en riesgo de soledad.

### 6.1. Perfil de las participantes

La característica predominante de la muestra se caracteriza por ser mujer cuya edad se encuentra entre los sesenta y seis y los setenta años y es residente en el Maresme. Además, ha completado estudios primarios, se encuentra jubilada y viuda y, posee unos ingresos económicos que oscilan entre los 1500 y 2000 euros mensuales. Es relevante tener en consideración que este perfil surge de un muestreo por conveniencia, por lo que la selección de los participantes provienen del proyecto JUNTS, el cual tenía como objetivo formar al menos a cincuenta personas mayores de 65 años.

Es destacable que la totalidad de la muestra está compuesta por mujeres, por lo que se puede interpretar que el perfil de cuidador está formado por estas. Los roles de género de la sociedad pueden ser las causas de la disparidad de género presente en la muestra. Los resultados hallados concuerdan con el artículo *La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes* (Marcos, 2016), el cual mostró que durante muchos años la mujer ha sido proveedora de cuidados a causa de la inequidad entre hombres y mujeres por la tradicionalidad social.

Como se muestra en el análisis del *Impacto en la salud y sus determinantes de las personas mayores cuidadoras* (Escandell y Pérez, 2022) en la actualidad, una considerable cantidad de personas de edad avanzada están dedicadas al cuidado no remunerado de sus familiares, aunque se ha podido ver que solo el 23% de las encuestadas están al cuidado de alguien y, en la mayor parte de los casos, cuidan a

los padres y lo hacen por una mezcla de sentimientos de estima a quien cuidan y porque se sienten con el deber de devolverles el cuidado.

En la literatura se ha podido observar que según Pérez y otros autores (2017) hay una creciente cantidad de personas mayores que necesitan ayuda de otros, generalmente familiares, para realizar actividades de autocuidado, tareas domésticas y atención a largo plazo. Un 64% de la muestra reflejó que con la formación necesaria estarían dispuestas a ayudar a otras personas, en su mayoría, proporcionándoles apoyo emocional y compartiendo conocimientos y experiencias, además de ofrecerles ayuda para realizar las tareas de la vida diaria. Cabrera y otros autores (2018) afirmaron que las mujeres cuidadoras asumen, no solo el rol de cuidar sino de dar soporte económico a quien cuidan, hecho que se asemeja a las respuestas obtenidas, ya que el 41% de las mujeres respondieron dar soporte económico a algún familiar o amigo.

## 6.2. Salud y envejecer

El hecho de envejecer implica un deterioro de la salud (Kirkwood, 2014) posibilitando la aparición de enfermedades de novo o la complicación de otras ya adquiridas. Como reflejaron las mujeres entrevistadas, el 90% tuvieron preocupaciones en relación a la adquisición de trastornos de salud mental y físicos.

Según Medina en el artículo *Personas mayores, participación y cambio social antes y después del COVID-19*, la jubilación es una etapa que comporta que las personas disminuyan la interacción social. Según los resultados, el 68% de las mujeres entrevistadas están jubiladas y el 68% también viven solas.

Tal y como se recoge en el artículo *“El reto de la soledad en la vejez”* (2018) la soledad es un tema complejo, ya que implica una diversidad de sentimientos que tienen un impacto tanto en la persona que la experimenta como en su entorno social. Aunque el perfil de persona que se quiso seleccionar para el proyecto fueran personas mayores activas, el 96% de ellas reflejaron tener contacto habitual con familiares y recibir apoyo de los mismos escuchándolos, acompañándolos a actividades o estando cuando lo solicitan. Limón, (2018) en su estudio *Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez* determinó que las mujeres, debida a su mayor esperanza de vida, enviudan con mayor frecuencia. Ocho de las veintidós mujeres entrevistadas quedaron viudas al perder a su pareja y, treinta y dos decidieron vivir solteras. Como muestra Yanguas (2018) en el artículo *El reto de la soledad en la vejez*, la soledad está vinculada con ser vulnerable y frágil, así que entendemos que el grupo entrevistado no tenga la percepción de vulnerabilidad y fragilidad, puesto que su red social es amplia y cercana. Coincidiendo con Gané et al. (2016), las personas que no sufren

soledad disminuyen el riesgo de desarrollar problemas mentales y físicos. A su vez, casi el total de la muestra dijo tener una percepción de la salud superior a 50 en una escala EVA sobre 100.

Se cree que el hecho de que las mujeres tengan una mayor esperanza de vida justifica en gran parte el hecho de que haya más mujeres que hombres dispuestas a cuidar. A la vez, cabría tener en cuenta, como muestra la última *Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA)* de la Generalitat de Cataluña (2022) que las mujeres viven más pero peor. Según los expertos, es un conjunto de componentes que están vinculados entre sí, abarcando aspectos biológicos, de comportamiento y sociales.

Envejecer comporta aspectos muy positivos para la salud como la disposición de más tiempo libre. Carvalho et al., determinó en 2013 que las personas, en esa etapa, tienden a descubrir nuevas actividades para sentirse activo. Pudimos afirmar que veintiuna de veintidós personas realizan algún tipo de actividad física, al menos una vez a la semana y que catorce de ellos participan en grupos de voluntariado. La segunda actividad que más realizan es natación, coincidiendo con la primera respuesta que se obtuvo en el estudio *Diagnosi d'envelliment actiu de Mataró* (2024). Todas ellas participan en alguna actividad que les ayuda a afrontar su día a día de forma más amena. Se entiende que una estabilidad económica facilita poseer una tranquilidad mental, la cual conlleva a aumentar la disposición a realizar actividades fuera del hogar, que incluyan socializar, ser física y mentalmente activos y a conocer otras actividades, hecho que disminuye la soledad no deseada.

El estudio *Diagnosi d'envelliment actiu de Mataró* (2024) determina que la satisfacción económica influye en la práctica de una vida activa. Las mujeres entrevistadas poseen, por lo general, unos ingresos mensuales oscilantes a los 2000 euros. Es por ello que se comprende que su capacidad de acceder a actividades de ocio y deporte tienen relación con los recursos que poseen. A la vez, se relaciona la práctica de actividad física con la percepción del estado de salud. Sabiendo que más del 90% determinó tener una buena salud, se deduce su relación implícita con un buen estado anímico que las anima a ser socialmente activas.

### 6.3. Expectativas ante la vejez y necesidades formativas de las personas mayores

Uno de los objetivos de este estudio fue descubrir las expectativas que poseen las personas mayores. Como Carvalho y otros (2013) detallan, tras la jubilación y el comienzo de la vejez, se exponen diversos beneficios, entre ellos la oportunidad de disfrutar del tiempo libre, ya sea dedicándolo al descanso o al ocio, viendo esta etapa también como una oportunidad para conocer nuevas actividades, manteniéndose activas y conectadas socialmente. Los resultados de este estudio revelaron que la principal preocupación acerca de la vejez era sentirse activa, seguido de la necesidad

de sentirse autónoma y autosuficiente. Además, reflejaron el deseo de viajar y realizar nuevas actividades.

Mayoritariamente, las participantes tuvieron acceso a programas de salud y bienestar, seguido de programas educativos y formales, como pueden ser cursos universitarios y, finalmente, a programas de enriquecimiento personal o de tecnología y competencias digitales. Asimismo, las mujeres que reflejaron no haber tenido acceso, mostraron el interés por acudir a programas de enriquecimiento personal, educativos formales y de salud y bienestar. Como se refleja en el estudio *Diagnosi d'envelliment actiu de Mataró* las mujeres tienden a mostrar más interés por participar en actividades musicales, artísticas y artesanales, aspecto que se constata con los resultados obtenidos.

En su totalidad, los programas escogidos fueron los mismos para ambas situaciones personales.

Por otro lado, se observó que el 95% de la muestra participó en actividades para mantenerse activa, independientemente del nivel de estudios, la situación laboral o el nivel de ingresos, entre otros, hecho que se puede relacionar con la participación en este estudio.

También se observó que las participantes no tienden a interesarse por la formación en aspectos financieros, ya que al poseer estudios superiores se deduce que implica un alto ingreso económico mensual y, por ende, una pensión más elevada que las que no poseen estudios. Es por ello que sus preocupaciones no suelen relacionarse con aspectos relacionados con finanzas. En este caso, la edad no presenta diferencias significativas.

#### **6.4. Disposición y tiempo libre**

Las mujeres que se dejaron conocer, manifestaron que sí conocían a otras personas en riesgo de soledad y, por partes iguales, manifestaron que no conocían a nadie. Como reflejan Navarro y otros autores (2015) en su estudio, una de las consecuencias más relevantes del envejecimiento es la soledad. Los resultados obtenidos reflejan que la muestra estudiada, en su totalidad está dispuesta a ayudar a personas en situación de soledad, puesto que esa situación la consideran entre un grado importante y muy importante.

Se encuentra una relación directamente proporcional entre la adquisición de tiempo libre y la disposición de cuidar mientras que estas dos son inversamente proporcionales con ser cuidador de alguien previamente. Es relevante destacar que, de los resultados obtenidos, solo cinco personas son cuidadoras de alguien. Aun así, se ve reflejado que una persona que no tenga la carga física y mental

de ser cuidador, como las mujeres que se han dado a conocer en el estudio, están dispuestas a cuidar de alguien nuevo.

Si bien es cierto, como se muestra en el *Diagnosi d'envelliment actiu de Mataró (2024)*, el hecho de cuidar a otros, en consecuencia provoca que las personas mayores de nuestro entorno no acuda a grupos de voluntariado, centros de la tercera edad u otros lugares de ocio, ya que la mayor parte de su tiempo libre la dedican al cuidado.

La muestra encuestada, en general, está interesada en ofrecer acompañamiento en temas relacionados con la salud. Así mismo, según Kirkwood (2014), las consecuencias del envejecimiento se relacionan con una mayor susceptibilidad al deterioro de la salud y el bienestar de las personas. Si lo asociamos a las expectativas o metas que presentaba la muestra para planificar su vejez, una de sus mayores preocupaciones era no sentirse activa o autónoma en un futuro, por lo que es posible que la elección a la hora de proporcionar acompañamiento a otros mayores se vea influenciada por este sentimiento.

Finalmente, como publicó el *National Institute on Aging* en el año 2022, existe un aumento de las demandas de atención en salud por parte de este grupo poblacional, dada la incidencia de enfermedades crónicas y los síndromes que se les pueda asociar. Por ello, se encuentra relación con la manifestación por parte de la muestra a la hora de sentirse obligada a formarse para ser capaz de proporcionar acompañamiento en ámbitos relacionados con la salud.

### 6.5. Participación en actividades para mantenerse activos

En nuestro estudio, no se encontró una diferencia significativa entre las variables de participación y el soporte económico a un familiar, por lo tanto, se deduce que si se realiza el estudio en las mismas condiciones, no es probable que se obtengan los mismos resultados aunque la diferencia real la marcará el tipo de muestra con la que se trabaje.

En relación a la fiabilidad del estudio, se determinó que existe una diferencia considerable entre la participación en actividades para mantenerse activos y la situación personal actual y, por lo tanto, el resultado no se debe al azar. Aunque solo el 5% de la muestra no sean activas, el 68% del 95% restante viven solas por situación de viudedad o por separación/divorcio. Por lo tanto, se encuentra una relación entre vivir solo, tener tiempo libre y participar en actividades. En cambio, solo el 27% de las personas en pareja realizan actividades. El 5% del total no participa en actividades y está casado o vive en pareja. Por lo tanto, se determina que existe una relación significativa entre vivir en soledad

(sin pareja) y realizar actividades, siendo que este perfil de personas se mantienen más activos que las personas casadas o en pareja.

Por otro lado, se exploró la relación entre dicha participación y la situación laboral actual, demostrándose la existencia de esta relación, aceptando que a mayor proporción de muestra en situación de jubilación/desempleo mayor es la participación en actividades para mantenerse activos. Tal y como señalan Martínez y otros autores (2021), en el momento de la jubilación los individuos asumen nuevas responsabilidades sociales, retos y oportunidades que pueden afectar su estilo de vida o su salud. Asimismo, de acuerdo con el estudio *“La percepción de servidores del momento de la aproximación de su jubilación”* tras la jubilación existen múltiples beneficios y entre ellos se encuentra la oportunidad de aprovechar el tiempo libre dedicándolo al descanso o el ocio. Por ende, se considera que la jubilación facilita la participación en actividades que promuevan un estilo de vida activo debido a la mayor disponibilidad de tiempo libre.

Finalmente, tras analizar el nivel educativo y los ingresos con relación a la participación en actividades para mantenerse activo, se pudo observar una clara relación entre estas variables. Esto sugiere que exista una conexión entre el nivel educativo y los ingresos, especialmente dada la buena situación económica de la muestra. Esta asociación se entiende, ya que aquellas personas con mayores ingresos poseen más recursos para poder participar en actividades en comparación con aquellos con ingresos más bajos.

## 7. CONCLUSIONES

---

A partir de los objetivos planteados, se obtienen las siguientes conclusiones:

1. El **perfil** de las **mujeres mayores** se define con una edad oscilante entre los **66 y los 70 años**, con un nivel máximo de estudios primarios, **jubiladas**, con un rango de ingresos de **1500-2000 euros mensuales** y en estado de **viudedad**.
2. La **jubilación** se contempla como una **oportunidad** para poder disfrutar del tiempo libre y participar en programas que promuevan la participación de este colectivo.
3. Una vida activa es esencial para un **envejecimiento saludable**, ya que disminuye el riesgo de soledad y problemas de salud mental y física. La soledad en la vejez es un aspecto que causa preocupación, pero la existencia de una buena red social puede reducir su impacto.
4. El 95% de las mujeres tienen un nivel de **autopercepción de la salud** por encima de 50, en una escala EVA. La media del estado de salud percibido es de 60/100.
5. En su mayoría, las mujeres mayores desean mantenerse **activas** y **autónomas**, mostrando interés en participar en actividades de ocio y voluntariado. La **jubilación** y la **viudez** aumenta esta predisposición, ya que cuentan con más tiempo libre.
6. Se observó que la totalidad de la muestra presenta **intereses similares** en cuanto a **necesidades formativas**. Los ámbitos más demandados son: actividad física y ejercicio, prevención de enfermedades y cuidado personal, relaciones sociales y redes de apoyo, y, por último, nutrición.
7. Se destaca la relevancia de implementar **programas de salud, bienestar y enriquecimiento personal** para así poder satisfacer las **necesidades** y **expectativas** que se plantean las personas mayores para envejecer.
8. La **estabilidad económica** marca la diferencia entre las personas dispuestas a participar en actividades para mantenerse activas y las que no participan. Resalta la importancia de establecer políticas públicas que promuevan el acceso equitativo y libre a proyectos de participación social.
9. Los roles de género influyen notablemente en la disposición de las mujeres mayores para adoptar **roles de cuidado**, debido a la tradicionalidad social.
10. Se ha observado una **disposición a ayudar** a personas que puedan encontrarse en riesgo de soledad, siempre y cuando reciban la **formación necesaria**. Ofreciendo acompañamiento en aspectos relacionados con la salud, proporcionando apoyo emocional y compartiendo conocimiento y experiencias.

## 8. IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

---

A lo largo del estudio, se ha destacado la importancia de envejecer con salud. El crecimiento de la población ha provocado un cambio en la estructura social de la comunidad. Se ha podido demostrar que, el grupo poblacional más abundante es a su vez el que posee más factores de riesgo asociados a envejecer de forma no saludable. Es por ello que se ha querido dar voz a la importancia del envejecimiento saludable y a la necesidad de tener en cuenta ciertas conductas que hacen frágiles a los mayores, personas con un valioso potencial, sabiduría y serenidad. Se ha constatado que las personas mayores experimentan la necesidad de mantenerse activas, autónomas y autosuficientes participando también en actividades para sentirse realizadas.

Cabe destacar la necesidad de realizar un enfoque multidisciplinar hacia este grupo de personas, donde la enfermera tenga el papel de asesorar en salud. De esta manera, se intenta lograr implicar a la comunidad, que la población esté informada, adquiera o mejore conocimientos y así esté capacitada para responsabilizarse de su salud e intervenir en ella si es necesario. Se debe enfocar el envejecimiento hacia un estilo de vida saludable teniendo en cuenta nuestra alimentación, actividad física y nuestras relaciones sociales. Además, es relevante el poder proporcionar apoyo, no solo por parte de atención primaria sino de los organismos públicos de nuestra comunidad, quienes ejercen un papel fundamental en la promoción y prevención en salud. Es fundamental mencionar la importancia de que el envejecimiento saludable sea accesible para todo aquel que quiera acceder a él, incluyendo los grupos más vulnerables.

La enfermera desempeña un papel crucial en la conexión entre la atención de salud y las redes de apoyo. Es consciente que cada persona tiene un perfil y necesidades distintas. Es por ello que al tener una función fija con respecto a su salud, presenta una relación directa con la implicación de las redes de apoyo que le ayuden a mejorar su bienestar. Por lo tanto, esta consideración mejorará tanto la calidad de vida de las personas mayores como la de sus familiares y amigos cercanos.

Se ha demostrado la relevancia de poseer una red social firme y adecuada a las necesidades de cada persona en aquellos individuos que mantienen una vida socialmente activa. Proyectos como el de "JUNTS", donde, entre otras, colaboran enfermeras, alienta a las personas a adquirir conocimientos para envejecer con conciencia y, además, proporciona recursos de apoyo a aquellas personas en riesgo de soledad. Para poder conseguir un empoderamiento, se ha de adaptar la formación al grupo al que va dirigido. Es por ello que se ha de tener fundamentalmente un enfoque social que permitan considerar qué barreras y necesidades presentan.



## 10. BIBLIOGRAFÍA

---

- Agència de Salut Pública de Catalunya. (2014). Idees per viure més i millor i per fer salut (PDF). Gencat. Recuperado de: [https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio\\_salut/envelliment\\_saludable/materials\\_divulgatiu/idees\\_per\\_viure\\_mes\\_i\\_millor.pdf](https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/envelliment_saludable/materials_divulgatiu/idees_per_viure_mes_i_millor.pdf)
- Ajuntament de Mataró. (2024). Diagnosi d'envelliment actiu de Mataró [Archivo PDF].
- Alcaide, J.C. 2020., Silver economy. Mayores de 65: El nuevo target (1 ed, pp. 8-10). LID Editorial Empresarial.
- Asociación Médica Mundial (AMM). (2017). Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)* 1999; 112 (Supl 1): 79-86. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10618804/>
- Baños-Martínez, V., & Limón Mendizabal, M. R. (2022). Investigación sobre la producción científica en relación con la silver economy. *International Technology, Science and Society Review*, 11(Monográfico), 1–11. doi: <https://doi.org/10.37467/revtechno.v11.4470>
- Baraúna, T. M., Serret, C., Cabrera, E., Oliveira, J., Puyané, M., Rocha, N., & Maris, S. (2021). MUJERES EN MOVIMIENTO: lo femenino más allá del círculo. Companhia ilimitada.
- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.-P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G. M. E. E. (Geeske), Mahanani, W. R., Thiyagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145–2154. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Behr, L. C., Simm, A., Kluttig, A., & Grosskopf (Großkopf), A. (2023). 60 years of healthy aging: On definitions, biomarkers, scores and challenges. *Ageing Research Reviews*, 88, 101934. doi: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.101934>
- Cabrera, E., Limón, E., Font, S., Palacios, M., Mulet, C., & Bartolomé, M. (2018). Necesidades formativas percibidas al envejecer. Cómo afrontar un envejecimiento saludable. *Index de Enfermería*, 27(3), 138–142. Recuperado de: <https://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e11812>

- Capotondo, M.M., & Musso, C.G. (2022). Diferencia entre envejecimiento y enfermedad crónica: mucho más que una frontera conceptual (PDF). Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Diego-Bernardini-Zambrini/publication/370181234\\_Geriatria\\_desde\\_el\\_principio\\_Tercera\\_Edicion\\_2022/links/644334b5d749e4340e2b2476/Geriatria-desde-el-principio-Tercera-Edicion-2022.pdf#page=55](https://www.researchgate.net/profile/Diego-Bernardini-Zambrini/publication/370181234_Geriatria_desde_el_principio_Tercera_Edicion_2022/links/644334b5d749e4340e2b2476/Geriatria-desde-el-principio-Tercera-Edicion-2022.pdf#page=55)
- Carvalho, C.L.S., Costa, I.S.A., & Pimenta, R.C.A. (2013). La percepción de servidores del momento de la aproximación de su jubilación: el caso del Proderj. *Reuna* [periódico de internet], 18(3):21-4. Recuperado de: <http://revistas.una.br/index.php/reuna/article/view/524/533>
- Càtedra d'Envel·liment i qualitat de vida. (s/f). Càtedra d'Envel·liment Actiu i Saludable. Recuperado de: <https://catedraenvelliment.tecnocampus.cat/>
- Chacón Valera, C., Bartolomé Regué, M., Font Ritort, S., & Cabrera Torres, E. (2019). How to Undertake Aging in a Healthy Way: Changes and Opportunities. *Aquichan*, 19(1), 1–13. doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.1.5>
- Chong, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(2):79-86. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/262651260\\_Aspectos\\_biopsicosociales\\_que\\_inciden\\_en\\_la\\_salud\\_del\\_adulto\\_mayor](https://www.researchgate.net/publication/262651260_Aspectos_biopsicosociales_que_inciden_en_la_salud_del_adulto_mayor)
- Comisión de Empleo y Asuntos Sociales. (2018). Posibilidades y desafíos relacionados con la política de envejecimiento después de 2020. Recuperado de: [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2021-0194\\_ES.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2021-0194_ES.html)
- Escandell, F. M., & Pérez, L. (2022). Impacto en la salud y sus determinantes de las personas mayores cuidadoras. *Atención Primaria*, 54(10), 102464. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102464>
- EuroQol Research Foundation (s/f). EQ-5D-5L. Recuperado de: <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-5l/>
- Fundación BBVA. (2023). Dimensiones económicas de la longevidad (PDF). Recuperado de: <https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2023/11/esenciales07-2023-demografiaypension.es.pdf>
- Gané, J., Ruiz, M., Obiols, N., Oliveras, L., & Largada, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Atención Primaria*, 48(9): 604-609. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
- Generalitat de Catalunya. (2022). Encuesta de Salud de Catalunya. Recuperado de: <https://web.gencat.cat/es/actualitat/detall/Enquesta-de-Salut-de-Catalunya>

- González Benito, O. (2024). Contar con trabajadores de más edad en el mercado laboral genera economías más resilientes y sólidas ante las crisis. Centro Internacional sobre el Envejecimiento. Recuperado de: <https://cenie.eu/es/actividades/contar-con-trabajadores-de-mas-edad-en-el-mercado-laboral-genera-economias-mas>
- Tecnocampus. (s.f.). Grup de recerca Atenció a la cronicitat i innovació en salut.– (GRACIS). Recuperado de: <https://www.tecnocampus.cat/grups-de-recerca-del-tecnocampus/grup-de-recerca-atencio-a-cronicitat-i-innovacio-en-salut-gracis>
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia (7 ed). Elsevier
- Guerra Martín, M. D., & Ramírez Fernández, M. I. (2020). Quality of Health Care in Homes for the Aged. *Grekomos*, 31(4), 232-238. doi: <https://dx.doi.org/s1134-928x2020000500007>
- Herce, J. A. (2017). Longevity and the “grey boom” [Archivo PDF]. Recuperado de: <https://www.jubilaciondefuturo.es/recursos/doc/pensiones/20160516/en/longevity-and-the-grey-boom.pdf>
- Herdman, M., Badia, X., & Serra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 28(6), 425-430. doi: [10.1016/S0212-6567\(01\)70406-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70406-4)
- Institute for the Future of Education. (2023). Aprendizaje a lo largo de la vida [Archivo PDF]. Recuperado de: <https://observatorio.tec.mx/wp-content/uploads/2023/06/Reporte-Edu-Trends-Aprendizaje-a-lo-largo-de-la-vida.pdf>
- Instituto de Estadística de Cataluña. (2023). Indicadores de la Unión Europea. Esperanza de vida al nacer. Recuperado de: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=ue&n=10106&lang=es>
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). Esperanza de Vida al Nacimiento por municipio, según sexo. Recuperado de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=30687&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística. (2023). Esperanza de vida a diferentes edades. Recuperado de: [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259944484459&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleFichaIndicador&param3=1259937499084#](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944484459&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleFichaIndicador&param3=1259937499084#)
- Instituto Nacional de Estadística. (2024). Proporción de personas mayores de cierta edad por provincia. Recuperado de: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1488&L=0>

- Kirkwood, T. (2014). Biological determinants and malleability of aging. En T. B. L. Kirkwood y G. Cooper (Eds.). *Wellbeing in later life* (págs. 31–52). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118539415.wbwell080>
- Libro verde sobre el Envejecimiento. (2021). Fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones.
- Limón Mendizabal, M. a R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez / Active Aging: a change of paradigm on aging and old age. *Aula Abierta*, 47(1), 45. doi: <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.45-54>
- López, J.M., Paz, J.I., & Macías, J.F. (2022). Biología del proceso de envejecimiento fisiológico (PDF). Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Diego-Bernardini-Zambrini/publication/370181234\\_Geriatria\\_desde\\_el\\_principio\\_Tercera\\_Edicion\\_2022/links/644334b5d749e4340e2b2476/Geriatria-desde-el-principio-Tercera-Edicion-2022.pdf#page=55](https://www.researchgate.net/profile/Diego-Bernardini-Zambrini/publication/370181234_Geriatria_desde_el_principio_Tercera_Edicion_2022/links/644334b5d749e4340e2b2476/Geriatria-desde-el-principio-Tercera-Edicion-2022.pdf#page=55)
- Marcos, M. M., & De la Cuesta, C. (2016). La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. *Atención primaria*, 48(2): 77-84. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.006>
- Maresova, P., Javanmardi, E., Barakovic, S., Barakovic, J., Tomsone, S., Krejcar, O., & Kuka, K. (2019). Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age – a scoping review. *BMC Public Health*, 19(1). doi: [10.1186/s12889-019-7762-5](https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5)
- Martínez, A. L., Clemente, J. A., Sánchez, P., Rodríguez, D., & Martínez, M. (2022). Aproximación a los hogares unipersonales en la senectud. Recuperado de: <https://www.torrossa.com/en/resources/an/5451294>
- Martínez Rodríguez, P., Rivero Fernández, T., Blancafort, S., Roqué, M., Domingo, A., Garrigós, H., & Domènech, S. (2021). Diagnosi de la participació sociocultural de les persones grans als municipis de menys de 20.000 habitants del Maresme (PDF). Recuperado de: <https://www.ccmaresme.cat/wp-content/uploads/2022/04/diagnosi-gent-gran-1.pdf>
- Menéndez, S. & Pérez. (2021). Evaluación del apoyo social y el riesgo de aislamiento en personas mayores mediante las escalas LSNS. *Universidad de Huelva*: Documento no publicado.
- Medina, E. (2021). Personas mayores, participación y cambio social antes y después del COVID-19 (PDF). Recuperado de: <https://revistas.um.es/areas/article/view/483961/317981>
- Ministerio de Sanidad. (2021). Recomendaciones para el abordaje de la fragilidad en situación de crisis sanitaria generada por la Covid-19 (PDF). Recuperado de: [https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/COVID19\\_Fragilidad.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/COVID19_Fragilidad.pdf)

- National Institute on Aging. (2022). Healthy Aging Tips for the Older Adults in Your Life. Recuperado de: <https://www.nia.nih.gov/health/caregiving/healthy-aging-tips-older-adults-your-life>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030). Recuperado de: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). El edadismo es un problema mundial - Naciones Unidas. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un#:~:text=El%20edadismo%20se%20produce%20cuando,institucionales%20que%20perpet%C3%BAan%20creencias%20estereotipadas.>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Envejecimiento y salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Salud mental de los adultos mayores. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Pastor Seller, E. (2020). Políticas públicas de protección a las familias en España (PDF). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/290/29063559003/29063559003.pdf>
- Pérez Cruz, M., Muñoz Martínez, M. A., Parra Anguita, L., & Del Pino Casado, R. (2017). Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Atención Primaria*, 49(7): 381–388. doi: [10.1016/j.aprim.2016.09.012](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.012)
- Pérez García, R., & Pérez García, M. (2023). El duelo por viudedad: un problema silente en atención primaria. *Atención Primaria*, 55(11), 102754. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102754>
- Pidal, M., Pinzón, S., Espinosa, J.M., & Kalache, A. (2020). Longevidad y revolución digital. Contribución de las tecnologías de la información y de la comunicación al envejecimiento saludable. *Gerokomos*, 31(1):6-14. doi: [10.4321/S1134-928X2020000100003](https://doi.org/10.4321/S1134-928X2020000100003)
- Tecnocampus. (s/f). Programa de Ayuda entre iguales de Personas Mayores. Recuperado de: <https://www.tecnocampus.cat/es/node/14327>
- Przybysz, K., & Stanimir, A. (2022). Tourism-Related Needs in the Context of Seniors' Living and Social Conditions. *Int J Environ Res Public Health*, 19(22): 15325. doi: [10.3390/ijerph192215325](https://doi.org/10.3390/ijerph192215325)
- Real Academia Española. (s/f). Soledad. Recuperado de: <https://dle.rae.es/soledad>
- Rodríguez, M., Fernández, C., Martín, A., Costa, L., Sitjà, M., Ramírez, I., Canet, O., Kopp, J., Vilaró, J., & Carrillo, E. (2020). Interventions across the Retirement Transition for Improving Well-Being: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4341. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17124341>

- Saha, P., Salmela, J., Lallukka, T., & Aho, A. L. (2023). Functioning Changes in Varying Ways After Retirement: A Scoping Review. *Inquiry (United States)*, 60, 1–11. doi: <https://doi.org/10.1177/00469580221142477>
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). (s/f). La SEGIB. Recuperado de: <https://www.segg.es/institucional/la-segg>
- Srivarathan, A., Jensen, A. N., & Kristiansen, M. (2019). Community-based interventions to enhance healthy aging in disadvantaged areas: Perceptions of older adults and health care professionals. *BMC Health Services Research*, 19(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3855-6>
- Universidad de Huelva. (2021). Evaluación del apoyo social y el riesgo de aislamiento en personas mayores mediante las escalas Lubben Social Network Scale (LSNS) (PDF). Recuperado de: <https://psicogerontologia.org/wp-content/uploads/2021/01/LSNS.pdf>
- Yanguas, J., Cilveti, A., Hernández, S., Pinazo-Hernandis, S., Roig, S., & Segura, C. (2018). El reto de la soledad en la vejez (PDF). Recuperado de: [https://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Reto\\_soledad\\_vejez.pdf](https://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Reto_soledad_vejez.pdf)
- Yusta, R. (2019). La soledad no deseada en el ámbito de la gerontología (PDF). Recuperado de: <https://www.trabajosocialhoy.com/articulo/239/la-soledad-no-deseada-en-el-ambito-de-la-gerontologia/>

## 11. ANEXOS

### Anexo 1. Tabla de variables

**Tabla 1. Variables de estudio.**

Nombre de la variable		Tipo de variable	Valores	
Sociodemográficas	Edad	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Años</li> </ul>	
	Género	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> <li>• Prefiero no decirlo</li> <li>• Otros</li> </ul>	
	Municipio de residencia	Cualitativa politómica	Alella/ Argentona/ Cabrera de Mar/ Cabrils/ Calella/ El Masnou/ Mataró/ Òrrius/ Pineda de Mar/ Premià de Dalt/ Premià de Mar/ Teià/ Tiana/ Vilassar de Mar/ Vilassar de Dalt/ Otro	
	Situación laboral	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jubilado/a</li> <li>• Desempleado</li> <li>• En activo</li> <li>• Pensionista</li> <li>• No he cotizado nunca</li> <li>• Prefiero no contestar</li> </ul>	
	Estado civil	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casado/a o vivo en pareja</li> <li>• Viudo/a</li> <li>• Soltero/a</li> <li>• Separado/a o divorciado/a</li> <li>• Prefiero no contestar.</li> </ul>	
	Nivel de estudios	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin estudios per sé leer y escribir</li> <li>• Estudios primarios</li> <li>• Formación profesional.</li> <li>• Enseñanzas artísticas</li> <li>• Educación universitaria</li> <li>• Otros</li> </ul>	
De estudio	Salud y bienestar	Estado de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movilidad, Autocuidado, Actividades cotidianas, Dolor/Malestar y Ansiedad/Depresión:</li> <li>• No tengo</li> <li>• Leve</li> <li>• Moderado</li> <li>• Grave/muy</li> <li>• No puedo/Extremadamente</li> </ul>	
			Ordinal o casicuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De 0 a 100 puntos</li> </ul>
		Preocupaciones en relación al envejecimiento	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades crónicas</li> <li>• Salud mental</li> <li>• Pérdida de visión o audición</li> <li>• Pérdida de memoria o cognición</li> <li>• Movilidad y/o flexibilidad</li> <li>• Caídas y/o lesiones</li> <li>• Aislamiento social.</li> <li>• Soledad</li> <li>• Otros</li> <li>•</li> </ul>
		Frecuencia de actividad	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> </ul>

		física o ejercicio		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rara vez</li> <li>• Ocasionalmente</li> <li>• Regularmente</li> <li>• Frecuentemente</li> </ul>
		Tipo de ejercicio	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caminar</li> <li>• Correr</li> <li>• Nadar</li> <li>• Ciclismo</li> <li>• Fuerza o pesas</li> <li>• Yoga</li> <li>• Pilates</li> <li>• Baile</li> <li>• Otros</li> </ul>
		Hábitos alimenticios	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy poco saludables</li> <li>• Mayormente poco saludables</li> <li>• Mayormente saludables</li> <li>• Saludables y equilibrados</li> <li>• Prefiero no contestar</li> </ul>
	Deseos y objetivos	Aspiraciones o metas para la vejez	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregunta abierta</li> </ul>
		Metas y objetivos personales	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregunta abierta</li> </ul>
	Necesidades formativas	Información o formación para envejecer de forma saludable	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad física y ejercicio</li> <li>• Nutrición</li> <li>• Relaciones sociales y redes de apoyo</li> <li>• Salud mental y bienestar emocional</li> <li>• Habilidades para manejar situaciones complejas/Estresantes de mi vida diaria</li> <li>• Cuidado personal</li> <li>• Tecnología y habilidades digitales</li> <li>• Planificación y finanzas para la jubilación</li> <li>• Otra</li> </ul>
		Acceso a programas educativos o de formación para personas mayores	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> <li>• No lo sé</li> </ul>
		Tipo de programas o de formación que ha tenido acceso	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas educativos formales</li> <li>• Programas de enriquecimiento personal</li> <li>• Programas de salud y bienestar</li> <li>• Programas de tecnología y competencias digitales</li> <li>• Programas de planificación financiera y jubilación</li> <li>• Programa de desarrollo personal</li> <li>• Otros programas</li> <li>•</li> </ul>
		Tipo de programas o de formación que le hubiera gustado tener acceso	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas educativos formales</li> <li>• Programas de enriquecimiento personal</li> <li>• Programas de salud y bienestar</li> <li>• Programas de tecnología y competencias digitales</li> <li>• Programas de planificación financiera y jubilación</li> <li>• Programa de desarrollo personal</li> <li>• Otros programas</li> </ul>
	Recursos personales y sociales	Apoyo social y riesgo de aislamiento	Ordinal o casicuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De 0 a 10 puntos</li> </ul>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos de 500€</li> </ul>

		<b>Ingresos mensuales</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>De 500 a 1000€</li> <li>De 1001 a 1500€</li> <li>De 1501 a 2000€</li> <li>De 2001 a 2500€</li> <li>Más de 2500€</li> <li>Prefiero no contestar</li> </ul>
		<b>Cuidado de familiares/amigos</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si</li> <li>No</li> <li>Prefiero no contestar</li> </ul>
		<b>Motivación para cuidar a familiares/amigos</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lo hago porque quiero y me llena hacerlo</li> <li>Es una mezcla de estima y deber</li> <li>Lo hago por tradición familiar</li> <li>Es una persona dependiente y me necesita</li> <li>Siento que es lo que debería ser, al margen de mis deseos personales</li> <li>Es un deber, ellos lo hicieron por mí y ahora me toca a mí</li> <li>Siento una obligación moral de cuidarlos</li> <li>No dispongo de recursos para pagar un servicio o un profesional</li> </ul>
		<b>De quién es cuidador</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cónyuge/pareja</li> <li>Padres</li> <li>Hijos</li> <li>Tíos</li> <li>Sobrinos</li> <li>Amigos</li> <li>Otro</li> </ul>
		<b>Soporte económico a familiares</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si</li> <li>No</li> <li>Prefiero no contestar</li> </ul>
		<b>Frecuencia de apoyo social</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>No recibo ningún apoyo social</li> <li>Tengo aceptada la Ley de la Dependencia "LAPAD"</li> <li>Tengo ayuda para las tareas del hogar (limpiar, cocinar, comprar...)</li> <li>Tengo un cuidador ciertas horas al mes</li> <li>Otro</li> </ul>
		<b>Tipo de apoyo</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Me escuchan cuando necesito desahogarme</li> <li>Me ayudan con tareas cotidianas</li> <li>Celebran mis éxitos y logros.</li> <li>Están disponibles para mí cuando lo necesito</li> <li>Participamos juntos en actividades recreativas</li> <li>Comparten conmigo recursos o información útil</li> <li>Me brindan ayuda económica o material en situaciones de necesidad</li> <li>Otro</li> </ul>
		<b>Participación en actividades para mantenerse socialmente activo</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sí</li> <li>No</li> <li>No lo sé</li> </ul>
		<b>Tipo de actividades</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grupos de voluntariado</li> <li>Clases de música, arte o baile</li> <li>Grupos de senderismo</li> <li>Grupos religiosos o de comunidad</li> <li>Organizaciones deportivas recreativas</li> <li>Grupos para jubilados o de la tercera edad</li> <li>IMSERSO.</li> <li>Otros</li> </ul>
		<b>Conocimiento y</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pregunta abierta</li> </ul>

	<b>Envejecimiento saludable</b>	<b>habilidades para afrontar el envejecimiento</b>		
		<b>Preparación para afrontar el envejecimiento</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me siento muy preparado</li> <li>• Me siento, en general, preparado</li> <li>• Me siento neutral</li> <li>• No estoy seguro en ciertos temas</li> <li>• Me gustaría estar más preparado, pero no sé por dónde empezar</li> <li>• No me siento preparado para envejecer</li> <li>• No he pensado sobre ello</li> </ul>
		<b>Factores o aspectos importantes para un envejecimiento saludable</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud física</li> <li>• Salud mental</li> <li>• Apoyo familiar</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Acceso a atención sanitaria de calidad</li> <li>• Estilo de vida activo</li> <li>• Solvencia económica</li> <li>• Tener una vivienda pagada</li> <li>• Seguir realizando mis hobbies</li> <li>• Formarme en temas de interés</li> <li>• Ocuparme para que mi vida tenga sentido</li> </ul>
	<b>Grado de satisfacción con los servicios y recursos disponibles</b>	<b>Grado de satisfacción</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nada satisfecho/a</li> <li>• Poco satisfecho/a</li> <li>• Satisfecho</li> <li>• Muy satisfecho</li> <li>• No deseo responder</li> </ul>
		<b>Valoración de accesibilidad y utilidad</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nada accesibles y nada útiles</li> <li>• Poco accesibles y poco útiles</li> <li>• Accesibles y útiles.</li> <li>• Muy accesibles y útiles.</li> </ul>
	<b>Respecto a otro grupo de mayores</b>	<b>Conocimiento de personas en riesgo de soledad</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> <li>• No estoy seguro/a</li> </ul>
		<b>Grado de importancia - posibilidad de ayudar a otros</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja importancia.</li> <li>• Poca importancia.</li> <li>• Importante.</li> <li>• Alta importancia</li> </ul>
		<b>Proporción de ayuda</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar apoyo emocional</li> <li>• Compartir conocimiento y experiencias</li> <li>• Ofrecer ayuda para realizar las tareas de la vida diaria</li> <li>• Ofrecer ayuda/recursos en temas financieros o materiales</li> <li>• Ofrecer ayuda/acompañamiento en temas de salud y bienestar</li> <li>• Otros</li> </ul>
		<b>Voluntad para ayudar</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> <li>• Podría planteármelo</li> <li>• No estoy seguro/a</li> </ul>
		<b>Tiempo para ayudar</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregunta abierta</li> </ul>
	<b>Intervenciones necesarias</b>	Cualitativa politómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregunta abierta</li> </ul>	

Fuente: Elaboración propia.

## Anexo 2. Cuestionario

ENCUESTA PARA CONOCER LOS: **RECURSOS PERSONALES Y SOCIALES DE PERSONAS MAYORES EN LA COMUNIDAD. ESTUDIO OBSERVACIONAL.**

### Información demográfica

**1. ¿Cuál es su edad?**

- Menor de 65 años.
- 65 años.
- 66-70 años.
- 71-75 años.
- 76-80 años.

**2. ¿Cuál es su género?**

- Masculino.
- Femenino.
- Prefiero no decirlo.
- Otro (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

**3. ¿Cuál es su municipio de residencia?**

- Alella.
- Argentona.
- Cabrera de Mar.
- Cabrils.
- Calella.
- El Masnou.
- Mataró.
- Montgat.
- Òrrius.
- Pineda de Mar.
- Premià de Dalt.
- Premià de Mar.
- Teià.
- Tiana.
- Vilassar de Dalt.
- Vilassar de Mar.
- Otro (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

**4. ¿Cuál es su situación laboral actual?**

- Jubilado/a.
- Desempleado.
- En activo (trabajando).
- Pensionista.
- No he cotizado nunca.
- Prefiero no contestar.

**5. ¿Cuál es su situación personal actual?**

- Casado/a o vivo en pareja.
- Viudo/a.
- Soltero/a.
- Separado/a o divorciado/a.
- Prefiero no contestar.

### Salud y bienestar

**6. Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY. EuroQol-5D.**

**MOVILIDAD**

- No tengo problemas para caminar
- Tengo problemas leves para caminar
- Tengo problemas moderados para caminar
- Tengo problemas graves para caminar
- No puedo caminar

**AUTO-CUIDADO**

- No tengo problemas para lavarme o vestirme
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme
- No puedo lavarme o vestirme

**ACTIVIDADES COTIDIANAS** (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas
- No puedo realizar mis actividades cotidianas

**DOLOR/ MALESTAR**

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar leve
- Tengo moderado dolor o malestar moderado
- Tengo moderado dolor o malestar fuerte
- Tengo moderado dolor o malestar extremo

**ANSIEDAD/DEPRESIÓN**

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy levemente ansioso o deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido
- Estoy extremadamente ansioso o deprimido

Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY.

La escala está numerada del 0 al 100.

100 representa la mejor salud que usted pueda imaginar.

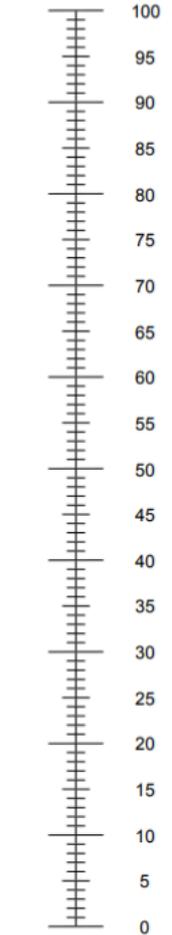
0 representa la peor salud que usted pueda imaginar.

Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.

Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala.

SU SALUD HOY =

La mejor salud que usted se pueda imaginar



La peor salud que usted se pueda imaginar

**7. En relación con el envejecimiento, ¿Cuáles son sus principales preocupaciones de salud relacionadas con el envejecimiento? Puede seleccionar más de una opción.**

- Enfermedades crónicas (por ejemplo, diabetes o hipertensión).
- Problemas de salud mental.
- Problemas de pérdida de visión o audición.
- Problemas de pérdida de memoria o cognitivos.
- Pérdida de movilidad y/o flexibilidad.
- Caídas y/o lesiones.
- Aislamiento social.
- Soledad.
- Otros (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

**8. ¿Con qué frecuencia realiza alguna actividad física o ejercicio? Seleccione la opción que mejor defina su nivel de actividad.**

- Nunca realizo actividad física o ejercicio.
- Rara vez realizo actividad física o ejercicio.
- Ocasionalmente, una o dos veces por semana realizo actividad física o ejercicio.
- Regularmente, tres o cuatro veces por semana realizo actividad física o ejercicio.
- Frecuentemente, cinco o más veces por semana realizo actividad física o ejercicio.

❖ **Si en la pregunta anterior ha especificado que realiza ejercicio, ¿Qué tipo de actividad física o ejercicio suele practicar? Puede marcar más de una opción.**

- Caminar.
- Correr.
- Nadar.
- Ciclismo.
- Ejercicio de fuerza o pesas.
- Yoga.
- Pilates.
- Baile.
- Otros (por favor, especifique cuál): \_\_\_\_\_

**9. ¿Cómo describiría usted sus hábitos alimenticios en general?**

- Muy poco saludables.
- Mayormente poco saludables.
- Mayormente saludables.
- Saludables y equilibrados.
- Prefiero no responder.

Deseos y objetivos

**10. ¿Cuáles son sus aspiraciones o metas para la vejez? ¿Qué desea lograr o experimentar en esta nueva etapa de su vida? Por favor, transmítanos sus pensamientos.**

**11. ¿Cuáles son sus metas y objetivos personales a medida que envejecen? ¿Qué espera poder lograr en esta nueva etapa de su vida? Por favor, transmítanos sus pensamientos.**

Nivel de educación y necesidades formativas

**12. ¿Qué nivel de educación posee?**

- Sin estudios, pero sé leer y escribir.
- Estudios primarios.
- Formación profesional.
- Enseñanzas artísticas.
- Educación universitaria.
- Otro: (por favor, especifique cuál): \_\_\_\_\_

**13. Respecto a necesidades formativas, ¿En qué ámbitos le gustaría recibir más información o formación para envejecer de manera saludable? Puede seleccionar más de una opción.**

- Actividad física y ejercicio.
- Nutrición.
- Relaciones sociales (comunicación) y redes de apoyo.
- Salud mental y bienestar emocional.
- Habilidades para manejar situaciones complejas/estresantes de mi vida diaria.
- Prevención de enfermedades y cuidado personal.
- Tecnología y habilidades digitales.
- Planificación y finanzas para la jubilación.
- Otra (por favor, especifique cuál): \_\_\_\_\_

**14. ¿Usted ha tenido acceso a programas educativos o de formación específicos para personas mayores? Por favor, marque la opción que mejor detalle su posición.**

- No, no he tenido acceso a ningún programa educativo o de formación específico para personas mayores.
- Sí, he tenido acceso a ningún programa educativo o de formación específico para personas mayores.
- No lo sé/ No estoy seguro/a.

**❖ Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿A qué tipo de programa o formación ha tenido acceso? Puede marcar más de una opción.**

- Programas educativos formales (por ejemplo, cursos universitarios).
- Programas de enriquecimiento personal (por ejemplo, clases de música, idiomas...).
- Programas de salud y bienestar (por ejemplo, ejercicio, clases de yoga o pilates...).
- Programas de tecnología y competencias digitales.
- Programas de planificación financiera y jubilación.
- Programa de desarrollo personal.
- Otros programas (por favor, especifique cuál):  
\_\_\_\_\_

**❖ Si la respuesta anterior es negativa, ¿A qué tipo de programa o formación le hubiera gustado tener acceso? Puede marcar más de una opción.**

- Programas educativos formales (por ejemplo, cursos universitarios).
- Programas de enriquecimiento personal (por ejemplo, clases de música, idiomas...).
- Programas de salud y bienestar (por ejemplo, ejercicio, clases de yoga o pilates...).
- Programas de tecnología y competencias digitales.
- Programas de planificación financiera y jubilación.
- Programa de desarrollo personal.
- Otros programas (por favor, especifique cuál):  
\_\_\_\_\_

Recursos personales (económicos) y sociales

**15. Señale ¿Con cuántos familiares tiene usted contacto personal o telefónico al menos una vez por mes? Escala Lubben.**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**16. Señale ¿Con cuántos familiares se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre los asuntos privados que a usted le preocupan? Escala Lubben.**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**17. Señale ¿A cuántos familiares los sientes usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda? Escala Lubben.**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**18. Señale ¿Con cuántos amigos tiene usted contacto personal o telefónico al menos una vez por mes? Escala Lubben.**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**19. Señale ¿Con cuántos amigos se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre los asuntos privados que a usted le preocupan? Escala Lubben.**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

20. Señale ¿A cuántos amigos los siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda? Escala Lubben.

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

21. ¿De qué nivel de ingresos mensuales dispone?

- Menos de 500€.
- De 500 a 1000€.
- De 1001 a 1500€.
- De 1501 a 2000€
- De 2001 a 2500€.
- Más de 2500€.
- Prefiero no contestar.

22. ¿Usted se encuentra a cargo del cuidado de algún familiar/amigo?

- Sí.
- No.
- Prefiero no contestar.

❖ Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿Qué le lleva a cuidar de sus familiares/amigos? ¿Siente que es una obligación o deber, o lo hace principalmente porque lo desea?

- Lo hago porque quiero y me llena hacerlo.
- Es una mezcla de estima y deber.
- Lo hago por tradición familiar.
- Es una persona dependiente y me necesita.
- Siento que es lo que debería ser, al margen de mis deseos personales.
- Es un deber, ellos lo hicieron por mí y ahora me toca a mí.
- Siento una obligación moral de cuidarlos.
- No dispongo de recursos para pagar un servicio o un profesional.

❖ Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿A cargo de quien se encuentra?

- Cónyuge/pareja.
- Padres.
- Hijos.
- Tíos.
- Sobrinos.
- Amigos.
- Otro (por favor, especifique cuál): \_\_\_\_\_

23. ¿Da soporte económico a algún familiar/amigo?

- Sí.
- No.
- Prefiero no contestar.

24. ¿Con qué frecuencia recibe usted apoyo social de amigos y/o familiares? Por favor, indique la opción que mejor detalle su situación.

- No recibo ningún apoyo social.
- Tengo aceptada la Ley de la Dependencia "LAPAD".
- Tengo ayuda para las tareas del hogar (limpiar, cocinar, comprar...).
- Tengo un cuidador ciertas horas al mes.
- Otro (por favor, especifique cuál): \_\_\_\_\_

❖ Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿De qué manera sus amigos o familiares le brindan apoyo social? Puede marcar más de una opción.

- Me escuchan cuando necesito desahogarme.
- Me ayudan con tareas cotidianas.
- Celebran mis éxitos y logros.
- Están disponibles para mí cuando lo necesito.
- Participamos juntos en actividades recreativas.
- Comparten conmigo recursos o información útil.
- Me brindan ayuda económica o material en situaciones de necesidad.
- Otro (por favor, especifique cuál): \_\_\_\_\_

#### Envejecimiento saludable

25. ¿Participa usted en alguna actividad o grupos para mantenerse socialmente activo?

- Sí.
- No.
- No lo sé.

❖ Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿En qué tipo de actividades o grupos participa? Puede seleccionar más de una alternativa.

- Grupos de voluntariado.
- Clases de música, arte o baile.
- Grupos de senderismo.

- Grupos religiosos o de comunidad.
- Organizaciones deportivas recreativas (por ejemplo, el club de petanca).
- Grupos para jubilados o de la tercera edad.
- IMSERSO.
- Otros (por favor, especifique cuál): \_\_\_\_\_

**26. ¿Con qué conocimientos o habilidades cuenta, que considera que le pueden ayudar a afrontar de mejor manera el envejecimiento? Por favor, comparta con nosotras sus recursos personales y experiencias.**

**27. ¿Cómo se siente en cuanto a su preparación para afrontar los desafíos del envejecimiento?**

- Sí, me siento muy preparado.
- Sí, me siento, en general, preparado.
- Me siento neutral.
- No estoy seguro en ciertos temas.
- Me gustaría estar más preparado, pero no sé por dónde empezar.
- No me siento preparado para envejecer.
- No he pensado sobre ello.

**28. En su opinión, ¿qué factores o aspectos son más importantes para garantizar un envejecimiento con calidad y bienestar?**

- Salud física.
- Salud mental.
- Apoyo familiar.
- Autonomía.
- Acceso a atención sanitaria de calidad.
- Estilo de vida activo.
- Solvencia económica. Dinero.
- Tener una vivienda pagada.
- Seguir realizando mis hobbies (pasatiempos o actividades de interés).
- Formarme en temas de interés.
- Ocuparme para que mi vida tenga sentido.

Grado de satisfacción con los servicios y recursos disponibles

**29. ¿Qué grado de satisfacción presenta en relación con los servicios de salud y atención disponibles en la comunidad para personas mayores?**

- Nada satisfecho/a.
- Poco satisfecho/a.
- Satisfecho.
- Muy satisfecho.
- No deseo responder.

**30. ¿Usted cómo valoraría la accesibilidad y utilidad de los servicios/recursos que se encuentran disponibles en la comunidad para personas mayores?**

- Nada accesibles y nada útiles.
- Poco accesibles y poco útiles.
- Accesibles y útiles.
- Muy accesibles y útiles.

Respecto a otro grupo de mayores

**31. ¿Conoce usted a otras personas de su misma edad o mayores, que se encuentren en riesgo de soledad o exclusión social?**

- Sí.
- No.
- No estoy seguro/a.

**32. ¿Qué grado de importancia considera usted que presenta el poder ayudar a otros grupos de mayores que se encuentran en esta situación?**

- Baja importancia.
- Poca importancia.
- Importante.
- Alta importancia.

**33. ¿Cómo cree usted que podría ayudar a este grupo de personas? Puede indicar más de una opción.**

- Proporcionándoles apoyo emocional.
- Compartiendo conocimiento y experiencias.
- Ofrecerles ayuda para realizar las tareas de la vida diaria.
- Ofrecerles ayuda/recursos en temas financieros o materiales.
- Ofrecerles ayuda/acompañamiento en temas de salud y bienestar.

Otros (por favor, especifique cuál): \_\_\_\_\_

**34. ¿Con la formación necesaria estaría dispuesto a poder ayudar a este grupo de personas?**

- Sí.
- No.
- Podría planteármelo.
- No estoy seguro/a.

**35. ¿Cree que la red de mentores entre iguales (JUNTS) podrá contribuir a paliar la soledad en personas mayores del Maresme?**

- Sí.
- No.
- No sabe. No estoy seguro/a.

**36. ¿Con qué tiempo cree que podría disponer para ayudar a las personas mayores en riesgo de soledad?**

**37. ¿Qué intervenciones serían necesarias? ¿Tiene alguna idea o propuesta en mente que quiera compartir?**

**Comentarios finales/ sugerencias**

En el espacio que encuentra a continuación indíquenos si tiene algún comentario adicional o sugerencia que pueda ayudarnos en el estudio que estamos realizando y que considere que nos puede ser de utilidad.

Agradecemos enormemente su participación en este cuestionario. Su participación nos ayudará a comprender de mejor manera las necesidades y deseos de las personas mayores en nuestra comunidad, así como los recursos personales y sociales que poseen.

De nuevo, le agradecemos el tiempo que ha depositado en ayudarnos y su participación. No dude en preguntarnos si tiene alguna duda o inquietud, del mismo modo, si tiene algún comentario o sugerencia puede indicarlo en el espacio anterior.

¡Gracias!

### Anexo 3. Cuestionario de salud EuroQoL-5D

**CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D**

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

**Movilidad**

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

**Cuidado personal**

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

**Actividades cotidianas** (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

**Dolor/malestar**

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

**Ansiedad/depresión**

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

**Figura 1.** Sistema descriptivo del EQ-5D (EuroQoL-5D, 2009)

Fuente: EuroQoL-5D.

Autores: Badia et al.

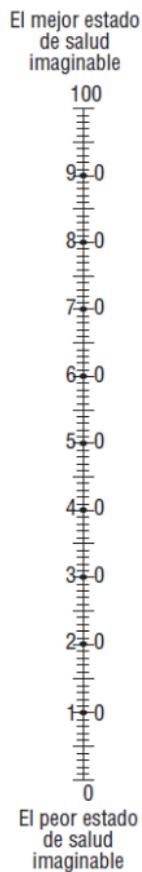
### Anexo 4. Escala visual analógica EuroQol-5D

#### TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado de salud hoy



**Figura 2.** Escala visual analógica del EQ-5D (EuroQol-5D, 2009)

Fuente: EuroQol-5D.

Autores: Badia et al.

## Anexo 5. LSNS - R

### A continuación piense en los miembros de su familia y en la relación que mantiene habitualmente con ellos:

1. ¿Con cuántos de sus familiares se reúne o tiene noticias de ellos al menos una vez al mes?  
 ninguno  uno  dos  tres o cuatro  de cinco a ocho  nueve o más
2. Del familiar con el que tiene más contacto, ¿con qué frecuencia se ve o tiene noticias de él?  
 menos de una vez por mes  mensualmente  algunas veces al mes  semanalmente  varias veces por semana  diariamente
3. ¿Con cuántos de sus familiares se siente lo suficientemente cómodo como para hablar sobre sus asuntos personales?  
 ninguno  uno  dos  tres o cuatro  de cinco a ocho  nueve o más
4. ¿A cuántos de sus familiares siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?  
 ninguno  uno  dos  tres o cuatro  de cinco a ocho  nueve o más
5. Cuando uno de sus familiares tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?  
 siempre  con mucha frecuencia  con frecuencia  a veces  rara vez  nunca
6. ¿Con qué frecuencia alguno de sus familiares está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?  
 siempre  con mucha frecuencia  con frecuencia  a veces  rara vez  nunca

### Ahora piense en las personas cercanas e importantes para usted pero que no son miembros de su familia (amigos, vecinos, etc.) y en la relación que mantiene con ellos:

7. ¿Con cuántos amigos se reúne o tiene noticias de ellos al menos una vez al mes?  
 ninguno  uno  dos  tres o cuatro  de cinco a ocho  nueve o más
8. ¿Con qué frecuencia se ve o tiene noticias del amigo con el que tiene más contacto?  
 menos de una vez por mes  mensualmente  algunas veces al mes  semanalmente  varias veces por semana  diariamente
9. ¿Con cuántos amigos se siente lo suficientemente cómodo como para hablar sobre sus asuntos personales?  
 ninguno  uno  dos  tres o cuatro  de cinco a ocho  nueve o más
10. ¿A cuántos amigos siente lo suficientemente cercanos como para llamarlos cuando necesita ayuda?  
 ninguno  uno  dos  tres o cuatro  de cinco a ocho  nueve o más
11. Cuando uno de sus amigos tiene que tomar una decisión importante, ¿con qué frecuencia se lo comenta a usted?  
 siempre  con mucha frecuencia  con frecuencia  a veces  rara vez  nunca
12. ¿Con qué frecuencia alguno de sus amigos está disponible para hablar cuando usted tiene que tomar una decisión importante?  
 siempre  con mucha frecuencia  con frecuencia  a veces  rara vez  nunca

**Figura 3.** Escala LSNS-R

Fuente: Asociación Española de Psicogerontología.

Autores: Lubben et al.

## Anexo 6. Codificación y cálculo de puntuaciones de LSNS-R

**Tabla 4.** Codificación y cálculo de puntuaciones de LSNS-R

Ítems y codificación:	1, 3, 4, 7, 9, 10	2, 8	5, 6, 11, 12
	0 = ninguno 1 = uno 2 = dos 3 = tres o cuatro 4 = de cinco a ocho 5 = nueve o más	0 = menos de una vez al mes 1 = mensualmente 2 = algunas veces al mes 3 = semanalmente 4 = varias veces por semana 5 = diariamente	0 = nunca 1 = rara vez 2 = a veces 3 = con frecuencia 4 = con mucha frecuencia 5 = siempre
<b>Cálculo subescalas:</b>	<b>Apoyo Social Familiar (ASF)</b>	<b>Apoyo Social no Familiar (ASnF)</b>	<b>Apoyo Social Global (ASG)</b>
	1+2+3+4+5+6	7+8+9+10+11+12	ASF + ASnF
<b>Riesgo de aislamiento:</b>			
		<b>Bajo:</b> <b>Moderado:</b> <b>Alto:</b> <b>Aislamiento social:</b>	ASG >30 ASG 26-30 ASG 21-25 ASG 20

Fuente: Asociación Española de Psicogerontología.

Autores: Lubben et al.

## Anexo 7. Hoja informativa del estudio

### HOJA INFORMATIVA

#### 1. INTRODUCCIÓN

Somos María y Chantal, estudiantes de 4º de enfermería en la Universidad Tecnocampus Mataró, centro adscrito a la Universidad Pompeu Fabra. Estamos realizando el Trabajo de Final de Grado y nos adherimos al “Programa d’Ajuda entre Iguals (JUNTS)” impulsado por la Cátedra de Envejecimiento y Calidad de Vida del Tecnocampus.

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el cual se le invita a participar.

Nuestra intención es que cuente con la información correcta y suficiente para que usted pueda evaluar y juzgar, si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea detenidamente esta hoja informativa, consulte con las personas que considere oportuno, y nosotras le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

#### 2. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es totalmente voluntaria, y que puede decidir no participar. Si decide participar, puede cambiar su decisión y retirar su consentimiento en cualquier momento.

Nuestro objetivo es, a través de esta encuesta, conocer a qué perfil de personas mayores nos enfrentamos y saber, entre otros aspectos, qué necesidades formativas tienen con el fin de poder planificar la vejez y fomentar un envejecimiento saludable. Las respuestas recogidas en esta encuesta nos ayudarán a obtener una visión holística y detallada de los participantes en este estudio.

Debe saber que al aceptar participar en el estudio su trato o atención no se verá afectado de ningún modo.

Si decide participar, se recogerán los siguientes datos: Información demográfica, Salud y Bienestar, Deseos y Objetivos, Nivel de educación y necesidades formativas, Recursos personales (económicos) y sociales, Envejecimiento Saludable, y por último, Grado de satisfacción con los servicios y recursos disponibles.

Debe conocer también que, este cuestionario es totalmente anónimo y nadie externo al proyecto podrá relacionarlo/la con el mismo.

#### 4. BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Debe saber que si lo desea podrá interrumpir su participación en el estudio.

Por otro lado, aunque no se espera un beneficio directo por su participación en este estudio de investigación, su colaboración nos será de gran ayuda para llevar a cabo este proyecto.

#### 5. CONFIDENCIALIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se regirá al cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la normativa española, Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Tanto las investigadoras como el centro son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y es por ello que se comprometen a cumplir la normativa de protección de datos.

## Anexo 8. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo .....

Manifiesto que he leído y comprendido la hoja de información que se me ha proporcionado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto en cuestión y que he recibido la información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación en el estudio es totalmente voluntaria, y que puedo retirarme del mismo cuando quiera y sin que esto me repercuta en nada.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio "Recursos personales y sociales de personas mayores en la comunidad. Estudio observacional." y para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones que se detallan en la hoja de información.

También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos rigiéndose rigurosamente con el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y la normativa española, Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Tomando ello en consideración, PRESTO mi CONSENTIMIENTO para participar en el estudio.

Firma del/la participante: