

Original **OCUPACIONES DE OCIO, CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO: UN ANÁLISIS DESDE LAS PERCEPCIONES DE CIUDADANOS MAYORES AUTÓNOMOS**

OCCUPATIONS OF LEISURE, QUALITY OF LIFE AND ACTIVE AGING: AN ANALYSIS BASED ON THE PERCEPTIONS OF AUTONOMOUS SENIOR CITIZENS

Autores Lucía González Cerezales^a, Iván De Rosende Celeiro^b.



Resumen

Objetivo: analizar el desempeño ocupacional en el área del ocio en ciudadanos mayores autónomos y conocer su interés en la participación en programas innovadores de envejecimiento activo. **Métodos:** estudio descriptivo transversal realizado en una muestra de 53 personas de edad ≥ 60 , autónomos en el autocuidado, que acuden a centros de dinamización social de A Laracha (A Coruña). Medidas: calidad de vida (EuroQoL-5D); autovaloración del grado de interés en participar en programas de envejecimiento activo. **Resultados:** en los participantes (62,3% mujeres, edad mediana 72), las principales ocupaciones de ocio fueron los juegos de mesa (49,1%), viajar (35,8%) y acudir a ferias/mercados (35,8%). El 9,4% dejó de realizar alguna ocupación de ocio por la jubilación o al cumplir 65 años. Abandonar el ocio se asoció significativamente con un estado de salud peor ($p=0,026$). Los participantes muestran "mucho" interés en la participación en aulas de experiencia y en termalismo social; no perciben interés en la toma de decisiones municipales ni en los programas de educación formal/no formal. **Conclusión:** una proporción amplia valora positivamente diversas políticas de envejecimiento activo. Implementar programas de terapia ocupacional basados en los principios del envejecimiento activo es una actuación estratégica en el desarrollo futuro de la profesión en España.

DeCS Envejecimiento Activo; Terapia Ocupacional; Ocio; Jubilación.

Summary

Objective: to analyze occupational performance at leisure area in autonomous seniors citizens and know their interest participating in innovative programs of active aging. **Methods:** a cross-sectional descriptive study conducted on a sample of 53 people aged ≥ 60 , autonomous in self-care, who use social centers in the town of Laracha (A Coruña). Measures: quality of life (EuroQoL-5D); self-assessment of interest degree participating in programs of active aging. **Results:** participants (62.3% women, median age 72), main leisure occupations were board games (49.1%), traveling (35.8%) and going to fairs/markets (35.8%). The 9.4% stopped doing some leisure activity at retirement or turn 65 years. Drop out leisure was significantly associated with a worse state of health ($p=0.026$). The participants show "many" interest taking part in experience classrooms and hydrotherapy; they have not interest making municipal decision neither education programs formal/non-formal. **Conclusion:** a great amount value active aging policies positively. Implement occupational therapy programs based on active aging principles is a strategic planning for the future to develop the profession in Spain.

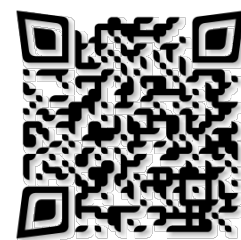
MeSH Active Ageing; Occupational Therapy; Leisure Activities; Retirement.

Como citar este documento

González Cerezales L, de Rosende Celeiro I. Ocupaciones de ocio, calidad de vida y envejecimiento activo: un análisis desde las percepciones de ciudadanos mayores autónomos. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2017 [fecha de la consulta]; 15(27): 10-8. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num27/pdfs/original1.pdf>

Texto recibido: 20/12/2017 **Texto aceptado:** 21/02/2018 **Texto publicado:** 31/05/2018

Lévanos_ Get up_Llévanos



Derechos de autor



^a *Terapeuta ocupacional. Máster Universitario en Asistencia e Investigación Sanitaria (Universidade da Coruña). E-mail: lgonzalezcerezales@gmail.com*, ^b *Terapeuta ocupacional. Doctor en Ciencias de la Salud (Universidade da Coruña). Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud (Universidade da Coruña). E-mail: ivan.de.rosende.celeiro@udc.es*



Introducción

El progresivo crecimiento de la población mayor en sociedades como la española supone un importante desafío para las políticas de salud y bienestar, y, en consecuencia, también para los terapeutas ocupacionales. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (a partir de ahora OMS) han destacado en la última década la relevancia de promover un envejecimiento en condiciones de salud, calidad de vida y participación activa en la vida social y comunitaria. Para el logro de este objetivo, la OMS defiende la incorporación de los principios del envejecimiento activo y saludable como paradigma de actuación en las políticas dirigidas a los ciudadanos de mayor edad. En el año 2002, definía el envejecimiento activo como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a lo largo del envejecimiento, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de este grupo de población ⁽¹⁾. Esta definición describe cuáles son los tres pilares del envejecimiento activo: la promoción de la salud, la participación y la seguridad, durante esta etapa del ciclo vital ⁽²⁾. En España, sociedades científicas y administraciones públicas se han adherido a los principios que conforman el modelo de práctica basado en el envejecimiento activo; un ejemplo de ello es la publicación, en el año 2011, del Libro Blanco del envejecimiento activo ⁽³⁾.

Preservar la autonomía en la vida diaria, participar de forma activa en el entorno comunitario, así como promover la dignidad de los ciudadanos mayores son objetivos básicos de las políticas de envejecimiento activo. Estos programas se dirigen especialmente a aprovechar al máximo el "potencial" y recursos de cada persona, de acuerdo a sus intereses, preferencias y necesidades individuales ⁽³⁾, en un proceso dinámico dirigido al logro de una vida activa, social y productiva. Diversas actuaciones basadas en los principios del envejecimiento activo han comenzado a implementarse en los últimos años a nivel internacional. Dentro de ellas, destacan las acciones de aprendizaje a lo largo de la vida, la transmisión de conocimientos y experiencias en el ámbito profesional a las generaciones más jóvenes, las actividades intergeneracionales, el voluntariado, el diseño universal y de entornos accesibles e inclusivos, las acciones de prevención de accidentes, la promoción de hábitos saludables como la actividad física, así como acciones de participación en la vida social y política de la comunidad ⁽²⁻⁴⁾. Por último, debido a la influencia de los contextos sobre la vida diaria de las personas, las políticas de envejecimiento activo deben considerar las características específicas y diferenciadoras de cada entorno, buscando su adaptación a las condiciones propias de los contextos de residencia del individuo, ya sean rurales o urbanos ⁽⁵⁾.

El ocio es una de las ocupaciones fundamentales en la vida diaria. Esta actividad se relaciona con la satisfacción y la realización personal, la relajación y la ocupación del tiempo en hacer aquello que cada uno desea y encuentra gratificante ⁽⁶⁾. Se trata de una acción caracterizada por la ausencia de obligaciones, desempeñada fuera del tiempo destinado a ocupaciones básicas u obligatorias como el autocuidado o el trabajo, cuyo origen parte de la subjetividad, las preferencias y la motivación intrínseca ⁽⁷⁾. En la población de personas mayores, aumenta de forma considerable la disponibilidad de tiempo para el ocio, por lo que esta actividad adquiere gran relevancia como ocupación básica a medida que los ciudadanos envejecen.

Los fundamentos filosóficos y teóricos de la terapia ocupacional promulgan la importancia de la participación en ocupaciones significativas para el logro de la salud y el bienestar de individuos y poblaciones. La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2014) ⁽⁸⁾, en la tercera edición del Marco de Trabajo para la Práctica de la profesión, destaca que la terapia ocupacional promueve el desempeño de ocupaciones para alcanzar la salud, el bienestar y la participación en los diversos dominios de la vida. En las actuaciones dirigidas hacia las personas mayores, conscientes de la naturaleza ocupacional del ser humano y de la relevancia del ocio como ocupación fundamental en este grupo de población, los terapeutas ocupacionales centran su práctica profesional en el mantenimiento de una vida activa y significativa, caracterizada por la participación en las ocupaciones de especial relevancia para cada individuo, dentro de las cuales se sitúan en un lugar central las ocupaciones de carácter social, la actividad física y el ocio.

La conexión entre los principios del paradigma del envejecimiento activo y el dominio profesional de la terapia ocupacional es amplia, evidente y prometedora desde la óptica de los nuevos horizontes para la profesión. La terapia ocupacional favorece un envejecimiento activo, autónomo y participativo, en el cual las ocupaciones de ocio adquieren gran protagonismo. Por ello, el estudio del ocio y de las acciones destinadas al envejecimiento activo es relevante dentro del campo



científico de la profesión y los terapeutas ocupacionales deben conocer la visión y perspectivas de los ciudadanos mayores residentes en las comunidades en situación de autonomía, como punto de partida central en su actuación. En consecuencia, los objetivos del presente estudio son: 1) identificar qué ocupaciones de ocio desempeñan los ciudadanos de 60 o más años con autonomía en las actividades de autocuidado; 2) conocer cómo valoran su nivel de calidad de vida actual y su estado de salud; 3) determinar si los participantes abandonaron el desempeño de ocupaciones de ocio/tiempo como consecuencia del comienzo de la jubilación o el cumplimiento de los 65 años, así como evaluar si el abandono del ocio/tiempo por este motivo se asocia de forma significativa con la percepción de problemas en la calidad de vida o en el estado de salud; y, por último, 4) estudiar el grado de interés de los participantes en la participación en programas innovadores relacionados con las políticas y principios del envejecimiento activo.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra de personas mayores con autonomía en el desempeño de las ocupaciones de autocuidado, usuarias de centros de dinamización social del ayuntamiento de A Laracha. Este ayuntamiento se sitúa en la comarca de Bergantiños, en la provincia de A Coruña. Está formado por 13 parroquias, la mayoría situadas en un entorno rural; por el norte tiene una salida al mar en la península de Caión. Su población supera los 11.400 habitantes y el grupo de personas mayores de 65 años supone casi el 25% del total de la población.

La investigación se realizó en los tres centros de dinamización social municipales dirigidos a la población de personas mayores de 65 años, de titularidad pública, situados en las localidades de Caión, Paiosaco y A Laracha. En primer lugar, se solicitó la autorización por escrito del ayuntamiento de A Laracha para la realización del estudio en dichos centros públicos y la recogida de información. Posteriormente, se contactó con los responsables de cada centro de dinamización, explicándoles las características del estudio y la metodología a seguir. Aunque el número de personas que acude a cada centro es muy variable, el coordinador municipal de estos centros estimó que la cifra total de usuarios se sitúa aproximadamente en 75 personas: 15 en el centro de Caión, 35 en A Laracha y 25 en Paiosaco.

Los criterios de inclusión del estudio son: 1) Tener ≥ 60 años. 2) No desempeñar una actividad laboral retribuida. 3) Participar en alguna de las actividades de ocio programadas en los centros de dinamización social del ayuntamiento. 4) Desempeñar de forma autónoma las seis actividades de autocuidado evaluadas en el Índice de Katz ⁽⁹⁾, según la valoración realizada por la terapeuta ocupacional investigadora. Se excluyó a las personas con limitaciones en las funciones cognitivas que dificulten la comprensión de las preguntas realizadas en la investigación, según el juicio de la terapeuta ocupacional investigadora, basado en la información recogida en la entrevista no estructurada realizada como contacto inicial. Dado que el perfil de los usuarios de los centros de dinamización social municipal se define por la autonomía en el autocuidado y un nivel óptimo de funciones cognitivas, no se estableció la necesidad de emplear algún test estandarizado para la evaluación cognitiva.

La recogida de información se realizó durante un período de tres meses, entre febrero y abril de 2016. La terapeuta ocupacional investigadora acudió ocho tardes a cada centro, durante un tiempo aproximado de tres horas cada día, para la implementación de las entrevistas. La selección de la muestra se realizó a través de una técnica de muestreo consecutivo, solicitando la participación en el estudio a los usuarios que acudían al centro durante las tardes seleccionadas por la investigadora para la recogida de información. Todos los participantes recibieron información completa sobre los objetivos y características del estudio, a través de una hoja informativa. Después de resolver todas las dudas planteadas por la persona, se entregó la hoja de consentimiento informado, documento cuya firma fue necesaria para la participación en la investigación. El tratamiento de la información obtenida en el estudio cumplió con la legislación española de protección de datos de carácter personal. El tamaño muestral alcanzado para el estudio fue de 53 participantes, distribuidos de la siguiente forma: 26 en el centro de dinamización de A Laracha, 15 en Paiosaco y 12 en Caión.

Para la recogida de información, se elaboró un cuestionario estructurado con diversas preguntas con un formato de respuesta predefinido. Las variables de estudio se agruparon en cuatro categorías:



- a) Características sociodemográficas: edad, género, estado civil, ayuntamiento de residencia y profesión que desempeñó durante su vida laboral.
- b) Desempeño ocupacional en el área de ocio: ocupaciones de ocio que desempeña el participante actualmente. También se preguntó si, como consecuencia del inicio de la etapa de jubilación y de la conocida como "tercera edad" (cuyo comienzo se sitúa convencionalmente en una edad aproximada de 65 años), los participantes dejaron de realizar alguna actividad de ocio (respuesta dicotómica: sí/no); en caso afirmativo, se identificaron las ocupaciones de ocio cuyo desempeño abandonó el participante.
- c) Calidad de vida, según la escala EuroQoL-5D ⁽¹⁰⁾. Se trata de un instrumento genérico y multidimensional de autoevaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. Se utilizó la versión validada al idioma castellano. Esta escala está formada por dos partes. La primera parte aporta un perfil descriptivo de la calidad de vida que percibe el individuo en relación a cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), seleccionando en cada dimensión uno de los tres niveles de gravedad posibles (1 - no tiene problemas, 2 - tiene "algunos" problemas, 3- tiene "muchos" problemas). En la segunda parte, la persona evalúa su estado de salud actual a través de una escala visual analógica milimetrada o "termómetro", entre las puntuaciones de 0 (el peor estado de salud imaginable) y 100 (mejor estado de salud imaginable). Un estudio realizado en la población general catalana, con una muestra elegida al azar superior a 12000 participantes, ha demostrado que la versión española de la escala EuroQoL-5D es válida y fiable para su uso en encuestas dirigidas a conocer el nivel de salud de la población. Otra de sus ventajas es el alto nivel de aceptación. En relación a la validez de constructo del instrumento de evaluación, las puntuaciones más bajas se correlacionaron positivamente con el aumento de la edad, niveles educativos reducidos y con grados mayores de comorbilidad o discapacidad. Por último, se ha identificado un efecto "techo" marcado y un grado de validez convergente evaluado mayoritariamente como bajo ⁽¹¹⁾.
- d) Nuevos programas de intervención en el área del envejecimiento activo: autovaloración del grado de interés en la participación en siete grupos de programas innovadores relacionados con las políticas de envejecimiento activo; los programas de envejecimiento activo son: voluntariado, actividades intergeneracionales, talleres para la transmisión de conocimientos y su experiencia profesional a personas jóvenes que se inician en el mundo laboral (conocidos como "aulas de experiencia"), programas de prevención de caídas, termalismo social, participación en la toma de decisiones municipales en representación de su grupo de población, así como programas formativos de educación (formal y no formal) dirigidos a la adquisición de nuevos conocimientos. Con respecto a cada uno de los programas de envejecimiento activo anteriores, la investigadora explicó a los participantes en qué consisten y cada participante evaluó su grado de interés en una escala entre 0 ("ningún" interés en participar en el programa) y el 5 ("mucho" interés).

En relación al análisis estadístico, en primer lugar, se realizó una descripción de la información recogida. Las variables cuantitativas se expresan mediante la mediana y los cuartiles primero y tercero (Q1 – Q3); las cualitativas, a través de porcentajes. Con la finalidad de determinar la asociación entre variables cualitativas dicotómicas, se aplicó el Test exacto de Fisher como procedimiento de contraste de hipótesis. Por otra parte, se utilizó el test no paramétrico *U* de Mann-Whitney para evaluar la posible existencia de una asociación entre dejar de realizar alguna ocupación de ocio, como consecuencia del comienzo de la jubilación o el cumplimiento de los 65 años, y el estado de salud actual autoevaluado a través del "termómetro" de la EuroQoL-5D. En todas las pruebas, un *p* valor (bilateral) inferior a 0,05 fue considerado estadísticamente significativo. El análisis de los datos se realizó con el programa *IBM SPSS Statistics* versión 22.0.

Esta investigación no tiene informe de comité de ética, pero se siguieron las recomendaciones de la Declaración de Helsinki. Además, se ha respetado el anonimato y la confidencialidad de todos los participantes en el estudio, atendiendo a la ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

Resultados

Con respecto a las características sociodemográficas de los participantes, recogidas en la Tabla 1, la muestra se caracteriza por el predominio del género femenino (62,3%) y por una edad mediana de 72 años (valores mínimo y máximo: 60 y 93, respectivamente). Casi dos de cada tres participantes estaban casados (64,2%). El 5,7% de los participantes residía fuera del ayuntamiento de A Laracha. En relación a las profesiones que desempeñaron los participantes durante su etapa laboral, la Tabla 1 refleja que la profesión mayoritaria era la agricultura, en más de una tercera parte de la muestra del estudio (34%).

Los juegos de mesa, como jugar a las cartas o al dominó, eran la categoría de ocupación de ocio que desempeñaban los participantes con una mayor frecuencia, tal y como refleja la Tabla 2. En orden decreciente de frecuencia, en segundo lugar, se situaron ocupaciones como viajar o acudir a ferias/mercados en el tiempo de ocio. Tocar un instrumento o las actividades relacionadas con la pesca son las ocupaciones de ocio que los participantes desempeñaban con menor frecuencia.

La Tabla 3 describe los resultados obtenidos en la autovaloración de la calidad de vida relacionada con la salud, en las cinco dimensiones analizadas en la escala EuroQoL-5D.

En relación a la frecuencia de aparición en la muestra, destacan los problemas de dolor/malestar: más del 62% de los participantes refieren la presencia de algún problema en el área del dolor/malestar. Con respecto a la movilidad, más de la mitad de los participantes (64,2%) no experimentan dificultad para caminar. Por último, el 88,7% no refiere la presencia de problemas en el desempeño de las actividades cotidianas,

grupo que incluye las ocupaciones domésticas, familiares, laborales/formativas y de ocio.

Los participantes utilizaron el "termómetro" de la EuroQoL-5D para evaluar su percepción subjetiva en relación al estado de salud actual, empleando una escala visual analógica entre el 0 (el peor estado de salud imaginable) y el 100 (mejor estado imaginable). Se obtuvo una puntuación mediana de 80 puntos (Q1-Q3: 65-97,5). La puntuación máxima alcanzada en esta escala visual fue 100; la mínima, 30 puntos.

Nueve de cada diez participantes continuó desempeñando sus ocupaciones de ocio con el inicio de la etapa de jubilación y de la conocida coloquialmente como "tercera edad", comienzo situado de forma convencional en la edad de 65 años. El 9,4% dejó de realizar alguna ocupación de ocio como consecuencia del comienzo de la jubilación o por el cumplimiento de los 65 años.

Por esta razón, cuatro participantes (7,5%) abandonaron el desempeño de ocupaciones de ocio relacionadas con el deporte o la actividad de física y tres participantes (5,7%) dejaron de realizar actividades lúdicas de carácter manipulativo como, por ejemplo, la costura.

Se analizó la posible asociación entre dejar de realizar alguna ocupación de ocio, como consecuencia del comienzo de la jubilación o el cumplimiento de los 65 años, y la autopercepción de problemas en las dimensiones de la calidad de vida evaluadas en la EuroQoL-5D.

Tabla 1. Características de los participantes (n=53)

Variables sociodemográficas	Resultado
Género	
Mujer	62,3
Edad	
Mediana	72
Q1-Q3	65,5-77
Estado civil	
Casada/o	64
Viuda/o	32
Soltera/o	2
Divorciada/o o separada/o	2
Ayuntamiento de residencia	
A Laracha	94,3
Profesión que desempeñó en su etapa laboral	
Agricultura	34
Operario	30,2
Sector servicios	28,3
Ganadería	13,2
Costura/rejería	11,3
Empresario/administrador	11,3
Construcción	9,4
Pesca	7,5
Cuidado del hogar	7,5
Cuidador no profesional	5,7
Dependiente/vendedor ambulante	3,8
Cuidador profesional	1,9

^a Resultados expresado en porcentaje, a menos que se indique lo contrario. Q1-Q3: primer y tercer cuartil. Fuente: Elaboración propia. 2016.

Tabla 2. Ocupaciones de ocio/tiempo libre que desempeñan los participantes actualmente (n=53)

Ocupaciones de ocio/tiempo libre	%
Juegos de mesa (p.ej. cartas)	49,1
Viajar	35,8
Ir a la feria/mercado	35,8
Visitas a amigos o familia	32,1
Deportes o hacer ejercicio	32,1
Actividades manipulativas (ej. costura)	24,5
Cine o ver la televisión	20,8
Bailar	13,2
Horticultura	9,4
Lectura	9,4
Ir a misa	7,5
Escuchar música o la radio	5,7
Realizar compras (en tiempo de ocio)	3,8
Tocar un instrumento	1,9
Pesca	1,9

Fuente: Elaboración propia. 2016.

Existe una relación estadísticamente significativa entre abandonar el desempeño de alguna ocupación de ocio, como consecuencia del comienzo de la jubilación o el cumplimiento de los 65 años, y la autopercepción de problemas de ansiedad/depresión ($p=0,003$); la presencia de ansiedad/depresión es significativamente más frecuente en el grupo formado por las personas que abandonaron el desempeño de alguna ocupación de ocio/tiempo ($n=5$). El abandono de ocupaciones de ocio por el inicio de la jubilación o el cumplimiento de 65 años no se asoció de una forma significativa con la percepción de problemas de dolor ($p=0,14$) o en la movilidad ($p=0,34$).

Por otra parte, se estudió la relación entre dejar de realizar alguna ocupación de ocio, como consecuencia del comienzo de la jubilación o el cumplimiento de los 65 años, y el estado de salud actual autoevaluado a través del "termómetro" de la EuroQoL-5D,

Tabla 3. Calidad de vida relacionada con la salud: autovaloración según la escala EuroQoL-5D (n=53)

Dimensiones	%
Movilidad	
No tengo problemas para caminar	64,2
Tengo algunos problemas	35,8
Tengo que estar en la cama	0
Cuidado personal	
No tengo problemas	100
Algunos problemas para lavarme o vestirme	0
Soy incapaz de lavarme o vestirme	0
Actividades cotidianas (domésticas, familiares, ocio, etc.)	
No tengo problemas	88,7
Algunos problemas	11,3
Soy incapaz de realizarlas	0
Dolor/malestar	
No tengo dolor ni malestar	37,7
Tengo dolor/malestar moderado	49,1
Tengo mucho dolor/malestar	13,2
Ansiedad/depresión	
No estoy ansioso o deprimido	66
Estoy moderadamente ansioso/deprimido	30,2
Estoy muy ansioso/deprimido	3,8

Fuente: Elaboración propia. 2016.

encontrando una asociación estadísticamente significativa ($p=0,026$). La puntuación mediana en el "termómetro" fue significativamente inferior en el grupo formado por las personas que abandonaron el desempeño de alguna ocupación de ocio/tiempo (65 vs. 80 puntos), reflejando la percepción de un estado de salud peor en este grupo. "termómetro" fue significativamente inferior en el grupo formado por las personas que abandonaron el desempeño de alguna ocupación de ocio/tiempo (65 vs. 80 puntos), reflejando la percepción de un estado de salud peor en este grupo.

En relación al grado de interés en la participación en los diferentes tipos de programas de envejecimiento activo, autoevaluado por cada persona en una escala entre el 0 ("ningún" interés en participar)

y el 5 ("mucho" interés), dos programas alcanzaron una puntuación mediana de 5, es decir, el mayor grado de interés: "aulas de experiencia" (Q1-Q3: 0,5 – 5) y termalismo social (Q1-Q3: 0 – 5). Dos programas obtuvieron una puntuación mediana de 3: prevención de caídas (Q1-Q3: 0 – 5) y voluntariado (Q1-Q3: 0 – 4). Los programas intergeneracionales alcanzaron una mediana de 2 (Q1-Q3: 0 – 5). En último lugar, con una puntuación mediana de 0 con respecto al grado de interés autopercibido, se situaron los programas formativos de educación formal/no formal (Q1-Q3: 0 – 4) y la participación en la toma de decisiones municipales en representación de su grupo de población (Q1-Q3: 0 – 0).



Discusión

La principal contribución del presente trabajo, en relación al ámbito de investigación y la práctica profesional de la terapia ocupacional, consiste en aportar una visión amplia y detallada de las ocupaciones de ocio, la calidad de vida y el interés hacia programas innovadores de envejecimiento activo, desde la óptica y percepciones de un grupo de población estudiado con menor frecuencia en nuestro país. En comparación con la población de personas mayores en situación de dependencia, pluripatología o con una discapacidad, grupos incluidos en una proporción amplia de estudios en la bibliografía publicada en España, pocas investigaciones han evaluado la opinión y las percepciones de los ciudadanos mayores con autonomía para el desempeño de las ocupaciones básicas, usuarios de centros de dinamización social. Por lo tanto, el conocimiento científico sobre las necesidades ocupacionales de este grupo de población, desde el punto de vista de la terapia ocupacional y de los programas de envejecimiento activo, continúa siendo reducido, argumentando la novedad y la utilidad de la información identificada en esta investigación. Es relevante analizar las principales características del desempeño ocupacional en el área del ocio de este grupo de ciudadanos, así como su opinión en cuanto la implementación de prácticas basadas en el envejecimiento activo, dado que suponen una población de carácter "estratégico" en el desarrollo profesional futuro de la terapia ocupacional en España, en consonancia con las estimaciones que apuntan a un progresivo crecimiento de las personas mayores dentro de la pirámide de población de nuestro país en las próximas décadas.

La muestra analizada se caracterizó por el predominio del género femenino, en coherencia con la tendencia a la feminización de la población mayor en las sociedades occidentales, una edad media superior a los 70 años y un nivel adecuado de vida relacionada con la salud. Los participantes autoevaluaron su estado actual de salud con una puntuación mediana de 80, sobre un máximo de 100 puntos, por lo que perciben un nivel de salud superior a la media española obtenida en versiones previas de la Encuesta Nacional de Salud. Por ejemplo, en la versión correspondiente al período 2011/12 de esta encuesta, elaborada por el Ministerio de Sanidad y representativa a nivel nacional, los participantes del grupo de edad situado entre los 65 y los 74 años evaluaron su estado de salud con puntuaciones medias en torno a los 70 puntos en el "termómetro" de la EuroQoL-5D (12).

En relación a las ocupaciones del área del ocio, las desempeñadas con una mayor frecuencia por los participantes son los juegos de mesa, ir a ferias/mercados, viajar, hacer visitas a amigos y familia y, por último, el deporte y hacer ejercicio o actividades físicas. Estos resultados muestran que las actividades de ocio más realizadas y preferidas por la población de estudio tienen un fuerte componente "social", al realizarse mayoritariamente dentro de un grupo, y son desempeñadas preferentemente en el entorno comunitario, cumpliendo con la relevancia otorgada a la participación social dentro de los principios del envejecimiento activo. La literatura ha destacado el importante papel que ejercen las ocupaciones de carácter social sobre la calidad de vida. En un estudio realizado con personas mayores en Taiwán, residentes en el entorno comunitario, el desempeño de actividades sociales se asoció significativamente con la calidad de vida de diversos subgrupos de esta población (13). Además, casi una tercera parte de las ocupaciones de ocio realizadas por los participantes del presente estudio se relacionaron con el ejercicio y la actividad física, aspecto fundamental para la prevención de la discapacidad o la dependencia y hábito saludable con una influencia positiva sobre la calidad de vida, tal y como exponen autores como Martín y colaboradores (2007) (4).

Sólo uno de cada diez participantes abandonó el desempeño de alguna ocupación de ocio con el inicio de la jubilación o al cumplir los 65 años. Este resultado muestra que la finalización de la etapa laboral no supone una barrera para que la persona mayor continúe realizando actividades de ocio significativas y es consistente con los hallazgos de la investigación previa. Por ejemplo, el análisis de entrevistas en profundidad realizadas con una población mayor chilena encontró que el comienzo de la etapa de jubilación no es un factor que influya sobre la participación en las ocupaciones significativas de este grupo de ciudadanos (14). Sin embargo, a pesar de ser un hecho poco frecuente en el presente estudio, el abandono de ocupaciones de ocio con la jubilación o por el inicio de la "tercera edad" se asoció de una forma estadísticamente significativa con un estado de salud autoevaluado peor y con problemas en el estado de ánimo (ansiedad o depresión). Este hallazgo muestra la relación existente entre el ocio y aspectos de la salud y calidad de vida, en coherencia con investigaciones previas que han destacado el rol que ejerce el ocio sobre el estado



de salud y como agente facilitador de la calidad de vida. En un estudio realizado en Hong Kong con una muestra de más de 260 personas mayores, realizar ocupaciones de ocio de carácter cognitivo o social se asoció significativamente con niveles óptimos de calidad de vida ⁽⁶⁾. De forma similar, una investigación con mujeres mayores residentes en Quebec concluyó que el desempeño de actividades de ocio contribuye a la mejoría en el estado de salud autoevaluado ⁽¹⁵⁾.

La población estudiada en la presente investigación mostró interés por la participación en la mayor parte de las propuestas innovadoras de actuación desde el punto de vista del paradigma del envejecimiento activo. Destacaron las aulas de experiencia, el termalismo, el voluntariado y las acciones de prevención de caídas. Todos ellos concuerdan en la necesidad e importancia de mantener la autonomía, así como un rol activo y participativo en la sociedad, influyendo así de forma directa en la salud y la calidad de vida y actuando desde el punto de vista de la prevención primaria ⁽⁴⁾. El desarrollo de estos programas de envejecimiento activo en España continúa siendo minoritario y la terapia ocupacional puede intervenir como profesión sociosanitaria facilitadora de su expansión en nuestro país. Es necesario destacar que las competencias de la terapia ocupacional incluyen intervenciones dirigidas hacia los tres pilares del envejecimiento activo: la salud, la seguridad y la participación. Desde sus orígenes, la terapia ocupacional actúa como un agente activo en la promoción de un envejecimiento significativo. En los últimos años, diversos autores promulgaron la relevancia del rol de los terapeutas ocupacionales en relación a la expansión de las políticas de envejecimiento activo. En 2007, Wilcock defendió que la terapia ocupacional debe apoyar las actuaciones del envejecimiento activo, en su práctica diaria y en el ámbito del activismo político, al situar este paradigma dentro de los derechos humanos y de ciudadanía ⁽¹⁶⁾. Iwarsson (2013) ⁽¹⁷⁾ destacó que los programas de terapia ocupacional tienen un gran potencial como medios facilitadores de un envejecimiento activo y saludable, caracterizándose por situar el foco de sus actuaciones sobre los recursos del cliente y no sobre sus problemas o limitaciones. Por último, una revisión reciente de la literatura, publicada en 2014, concluyó que la evidencia científica específica de terapia ocupacional en relación al envejecimiento activo ha crecido de una forma relevante en los últimos años, aunque es necesario el desarrollo de nuevas investigaciones para consolidar este ámbito de estudio e investigación ⁽¹⁸⁾. Por lo tanto, el diseño e implementación de estudios longitudinales (pre-post) y de ensayos clínicos sobre la eficacia de los programas de terapia ocupacional basados en los principios del envejecimiento activo es la principal línea de investigación futura en relación al tema analizado en el presente estudio. Otras áreas de interés para estudios futuros son el análisis de las diferencias en el desempeño de las ocupaciones de ocio entre las diversas regiones de nuestro país y entre los entornos urbano y rural, así como la influencia que ejercen sobre las ocupaciones de ocio circunstancias sociales frecuentes actualmente en la jubilación como son la participación del mayor en el cuidado de los nietos o en la economía y vida doméstica de su entorno familiar más cercano.

En la interpretación de los resultados obtenidos, es importante considerar las limitaciones metodológicas del estudio realizado. En primer lugar, el empleo de un diseño transversal impide el establecimiento de relaciones causa-efecto, al no poder determinar la secuencia temporal de las asociaciones identificadas. Por otra parte, el reducido tamaño muestral disminuye la potencia estadística de los análisis realizados. Por ello, es posible que el tamaño muestral haya impedido la identificación de un número mayor de asociaciones de carácter estadísticamente significativo. Sin embargo, es importante destacar que la muestra supone una proporción muy amplia de la población total de usuarios de los centros de dinamización sociales del ayuntamiento de A Laracha. Ésta es una de las principales fortalezas de la investigación implementada, contribuyendo a promover una apropiada validez interna del estudio.

Conclusión

El grupo de población estudiado en la presente investigación, personas mayores autónomas en las ocupaciones de autocuidado, creciente de forma progresiva en la sociedad española y caracterizado por la percepción de un nivel apropiado de calidad de vida, valoró de forma positiva la participación en diversos programas de envejecimiento activo, especialmente en las conocidas como "aulas de experiencia", termalismo social, acciones de prevención de accidentes en el entorno domiciliario y el voluntariado.

Frente a la mayoritaria incorporación del terapeuta ocupacional en dispositivos dirigidos a las personas mayores de carácter "asistencial", como los centros de día terapéuticos o los centros



residenciales, es necesario favorecer la incorporación de este perfil profesional en servicios comunitarios como los centros de dinamización social, dirigidos a la población mayor autónoma y residente en el entorno comunitario. Implementar programas de terapia ocupacional basados en los principios del envejecimiento activo (salud, participación y seguridad) es una actuación estratégica en el desarrollo futuro de la profesión en España, dentro de los servicios sociosanitarios dirigidos a la promoción de la salud, la autonomía y el bienestar de los ciudadanos de mayor edad en la sociedad.

Agradecimientos En el desarrollo de la presente investigación, no hubo soporte financiero ni existe conflicto de intereses. Agradecemos al ayuntamiento de A Laracha, a los profesionales de los centros de dinamización del ayuntamiento, así como a los todos los participantes, por su colaboración y participación en el estudio.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Active ageing. A policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. United Nations Economic Commission for Europe. Active ageing and quality of life in old age. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2012.
3. Causapié P, Balbontín A, Porrás M, Mateo A. Envejecimiento activo. Libro Blanco. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2011.
4. Martín I, Martín A, Moliner C, Aguilera L. Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;42(Supl 2):4-6.
5. World Health Organization. Envejecimiento Activo: Un Marco Político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002;37(S2):74-105.
6. Cheung MC, Ting W, Chan LY, Ho KO, Chan WM. Leisure participation and health-related quality of life of community-dwelling elders in Hong Kong. Asian J Gerontol Geriatr. 2009; 4: 15-23.
7. Parham LD, Fazio LS. Play in occupational therapy for children. St. Louis, MO: Mosby; 1997.
8. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). American Journal of Occupational Therapy. 2014;68(Suppl. 1): S1-S48.
9. Katz S, Ford A, Moskowitz R, Jackson B, Jaffe M. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963; 185: 914-9.
10. EuroQoL Group. EuroQoL - a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. 1990;16(3):199-208.
11. Badia X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the EuroQoI 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. Qual Life Res. 1998;7(4):311-22.
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos nº3. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
13. Li YP, Lin SI, Fetzer SJ, Chen CH. The Relationships between Activity and Quality of Life for Older Men and Women at Different Ages in Taiwan. J Women Aging. 2014;26(3):219-37.
14. Allan N, Wachholtz D, Valdés A. Cambios en la Ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. Rev Chilena Ter Ocup. 2005;5.
15. Fitzpatrick TR. The Quality of Dyadic Relationships, Leisure Activities and Health Among Older Women. Health Care Women Int. 2009;30(12):1073-92.
16. Wilcock AA. Active ageing: Dream or reality? New Zealand Journal of Occupational Therapy. 2007;54(1):15-20.
17. Iwarsson S. Occupational therapy research for the ageing European population: challenges and opportunities. Br J Occup Ther. 2013;76(4):203-5.
18. Clemson ML, Laver KE. Active ageing and occupational therapy align. Aust Occup Ther J. 2014; 61: 204-7.

Lévanos_ Get up_ Lévanos



Derechos de autor

