



Universidad de Valladolid

**Facultad de Educación
y Trabajo Social**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO
GRADO EN EDUCACIÓN SOCIAL**

**Calidad de vida y
ocupación del tiempo libre
en la jubilación**

Alumno: **María Hernández Izquierdo**

Tutor: **Xoan González González**

Pedro Urchegui Bocos



Agradecimientos

Quiero agradecer a mis padres y hermanos el haberme enseñado que todo esfuerzo tiene su recompensa, lo cual me ha ayudado a sobrellevar los momentos duros con una sonrisa.

A Fran, por estar conmigo, acompañarme en cada paso y animarme a continuar cuando lo daba todo por perdido. Por haberme mostrado que soy capaz de hacer cosas que ni yo misma imaginaba.

A César, por su infinita paciencia.

Y por supuesto a Rut, quien me animó a embarcarme en esta aventura de la Educación Social y ha remado conmigo hasta el último momento. Mi faro, sin cuya luz me habría perdido.



RESUMEN

Hemos realizado una investigación sobre la calidad de vida y la ocupación del tiempo libre en personas cercanas a la jubilación. En el proyecto se han analizado el nivel de calidad de vida, las relaciones existentes entre la calidad de vida y otras variables sociodemográficas y las relaciones existentes entre la calidad de vida y otras variables relacionadas con el proceso de jubilación.

A través de los resultados del estudio hemos podido corroborar las hipótesis de las que partíamos: que las personas cercanas a la jubilación tienen un adecuado nivel de calidad de vida en todas sus facetas, excepto en la física, que muchas ven su jubilación de forma positiva, que las mujeres y las personas con mayor nivel académico presentan una mejor calidad de vida y una disposición más positiva hacia la jubilación y que en su mayoría, las personas con una disposición más positiva hacia la jubilación presentan una mejor calidad de vida y una mayor planificación de esta etapa vital.

Palabras clave: calidad de vida, jubilación, ocio, tiempo libre.

ABSTRACT

This thesis shows an investigation about the quality of life and leisure time for people close to retirement. In the project we have analyzed the quality level of life, and the relations between the quality of life and related variables the retirement process.

Through the results of the study we have been able to corroborate the hypothesis that we departing: those close to retirement have an adequate level of quality of life in all its facets, except in physics, most of them see retirement positively, women and people with higher levels of education have a better quality of life and a more positive disposition towards retirement and mostly people with a more positive attitude toward retirement have a better quality of life and increased planning of this vital stage.

Keywords: quality of life, retirement, leisure time.



INDICE

OBJETIVOS	7
JUSTIFICACIÓN	8
PARTE I: MARCO TEÓRICO	10
1. JUBILACIÓN	10
1.1. DEFINICIÓN DE JUBILACIÓN	10
1.2. Normativa que regula la jubilación	10
1.2.1. Jubilación total	11
1.2.2. Jubilación parcial	11
1.2.3. Jubilación anticipada	11
1.2.4. Jubilación flexible	11
1.3. Cambios relacionados con la jubilación	11
1.3.1. Cambios económicos	11
1.3.2. Cambios sociales	12
1.3.3. Cambios psicológicos	12
1.4. FASES DE LA JUBILACIÓN	13
2. ENVEJECIMIENTO	14
2.1. TEORÍAS SOBRE ENVEJECIMIENTO	14
2.1.1. Teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961)	15
2.1.2. Teoría de la actividad	17
2.1.3. Teoría de los roles (Rosow, 1967)	19
2.1.4. Teoría de la continuidad	20
2.2. ENVEJECIMIENTO ACTIVO	21
3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	22
DIMENSIONES	26
INDICADORES MÁS COMUNES	26
PARTE II: DESARROLLO DEL ESTUDIO	28
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
5. HIPÓTESIS	28



6. METODOLOGÍA	29
6.1. PROCEDIMIENTO	29
6.2. DISEÑO DEL ESTUDIO	29
6.3. MUESTREO Y MUESTRA	29
6.4. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS.....	30
6.5. ANÁLISIS DE DATOS	31
7. RESULTADOS.....	32
8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	49
REFERENCIAS	53
ANEXOS	55
INDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	56



INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento es un hecho biológico, pero también social y cultural.

En nuestra sociedad, el primer paso hacia la vejez muchas veces lo marca un punto de inflexión en nuestra etapa vital, que es la jubilación.

En una sociedad industrializada como la que vivimos, en la que el trabajo es el principal instrumento de reconocimiento social la pérdida del estatus de trabajador puede suponer un importante desequilibrio social físico y psicológico en las personas.

Actualmente cuando una persona se jubila tiene al menos por delante 15 o 20 años de vida, que sin duda merece la pena planificar.

Hay muchas personas que llegado este momento no tienen claro qué van a hacer en su tiempo libre, pero sí que quieren ocuparlo en diversas actividades, que quizá no hayan podido hacer hasta este momento en el que el tiempo es un bien que se posee.

Otras, no planifican el tiempo de ocio tras la jubilación porque no se ven en otro lugar que el puesto de trabajo, por lo que deciden vivir el presente y no mirar hacia el futuro.

En ocasiones las personas tienen planificado minuciosamente su tiempo libre y de ocio.

En este trabajo analizamos la calidad de vida de las personas cercanas a la jubilación en el medio urbano y estudiar cómo se relaciona con otras variables sociodemográficas y del proceso de jubilación.



OBJETIVOS

El presente estudio tiene como objetivo general “Analizar la calidad de vida de las personas cercanas a la jubilación en el medio urbano y estudiar cómo se relaciona con otras variables sociodemográficas y del proceso de jubilación”.

En cuanto a los objetivos específicos se pretenden conseguir los siguientes:

- Analizar el nivel de calidad de vida de las personas cercanas a la jubilación en todas sus facetas (física, psicológica, social y ambiental).
- Estudiar las relaciones existentes entre la calidad de vida y otras variables sociodemográficas (género, nivel académico).
- Estudiar las relaciones existentes entre la calidad de vida y otras variables relacionadas con el proceso de jubilación (Percepción y planificación de la jubilación)



JUSTIFICACIÓN

En relación a los aspectos más académicos, la justificación de este trabajo se basa en que “la realización del trabajo final de grado viene regulado en el artículo 12 del real decreto 1393/2007 por el que se establece que las enseñanzas de grado concluirán con la elaboración y defensa del trabajo final de grado”.

En relación a las competencias específicas del Grado en Educación Social, el desarrollo de este trabajo se vincula con todas ellas, pero destacando las siguientes:

- Identificar y emitir juicios razonados sobre problemas socioeducativos para mejorar la práctica profesional.
- Diagnosticar situaciones complejas que fundamenten el desarrollo de acciones socioeducativas.
- Realizar estudios prospectivos y evaluativos sobre características, necesidades y demandas socioeducativas. En particular, saber manejar fuentes y datos que permitan un mejor conocimiento del entorno y el público objetivo para ponerlos al servicio de los proyectos de educación social.

En cuanto a las asignaturas cursadas durante el Grado de Educación Social, podríamos establecer cierta vinculación:

- Psicología del desarrollo: en la que hemos estudiado las etapas de desarrollo humano, los autores que hablan del aprendizaje a lo largo de toda la vida, los cambios que se producen en cada etapa de la vida de las personas, etc., y que hemos podido desarrollar a lo largo del marco teórico y nos han servido como punto de partida para conocer las características de las personas cercanas a la jubilación.
- Principios pedagógicos de la educación de personas adultas y mayores: esta asignatura nos ha ayudado a conocer, comprender y asimilar el concepto de persona mayor, su evolución demográfica y su situación actual en la sociedad, comprender los conceptos básicos que rodean al envejecimiento en la sociedad del conocimiento y la información, conocer los procesos de aprendizaje en la



edad adulta y sus teorías de desarrollo y personalidad que hemos planteado en el marco teórico.

- Métodos de Investigación Social: en la que he aprendido a crear una entrevista, los métodos y tipos de análisis que se pueden desarrollar través de los resultados obtenidos en la muestra y que hemos utilizado para la investigación.
- Planes, Programas y Experiencias de Educación de Adultos: en esta asignatura hemos podido percibir y comprender la interacción entre la demanda y las necesidades de la educación de personas adultas y mayores, la importancia de la educación lo largo de la vida y una de las posibles actividades con las que cuentan las personas para realizar en su tiempo libre tras la jubilación, que son los programas formativos específicos para mayores, la universidad de la experiencia, etc.



PARTE I: MARCO TEÓRICO

1. JUBILACIÓN

1.1. DEFINICIÓN DE JUBILACIÓN

La jubilación es el acto administrativo por el que un trabajador en activo, ya sea por cuenta propia o por decisión ajena, pasa a una situación pasiva o de inactividad laboral tras haber alcanzado la edad máxima para trabajar o bien la edad a partir de la cual se le permite legalmente abandonar la vida laboral y obtener una retribución por el resto de su vida. Al retirarse de su trabajo, el trabajador tiene el derecho legal de recibir las prestaciones correspondientes. (Wikipedia, 2014).

La jubilación es la acción o efecto de jubilar o jubilarse que sucede aproximadamente a los 65-67 años; pero, aunque obedece a un término socioeconómico relacionado con la vida laboral, también tiene implicaciones en otros ámbitos de la vida de la persona: psicológico, afectivo, relacional, existencial, etc. (Lourdes Bermejo, 2006).

El determinante esencial es la edad, y no la condición psíquica o física del trabajador (Casals, 1982, Sierra, E. 1988).

Atchley (1977) ha conceptualizado la jubilación como un proceso, un acontecimiento y un rol (Mishara y Riedel, 1986). En cuanto al proceso supone una preparación así como el paso de un rol sometido a normas objetivas (el de trabajador) a otro que comporta sus propias normas (el de jubilado).

El individuo, acostumbrado durante mucho tiempo a ser guiado externamente por su trabajo, puede hallarse desorientado y angustiado cuando toma conciencia de que solo de él mismo depende la distribución de su actividad y de su tiempo libre.

1.2. Normativa que regula la jubilación



La jubilación en España se regula según la Ley 27/2011, de 1 de agosto.

Según dicha normativa, podrán ser beneficiarios de la pensión de jubilación los trabajadores que cesen total o parcialmente en su actividad laboral y reúnan determinados requisitos:

1.2.1. Jubilación total

Cuando cumpliendo los requisitos generales para el acceso a la pensión de jubilación el trabajador cese totalmente en su actividad laboral.

1.2.2. Jubilación parcial

Posibilita la compatibilidad entre el percibo de una jubilación del sistema de la Seguridad Social y un puesto de trabajo a tiempo parcial.

1.2.3. Jubilación anticipada

La edad mínima de jubilación podrá ser rebajada por Real Decreto, a propuesta del Ministro de Trabajo e Inmigración, en aquellos grupos o actividades profesionales cuyos trabajos sean de naturaleza excepcionalmente penosa, tóxica, peligrosa o insalubre y, acusen elevados índices de morbilidad o mortalidad.

1.2.4. Jubilación flexible

Se considera jubilación flexible la derivada de la posibilidad de compatibilizar, una vez causada, la pensión de jubilación con un trabajo a tiempo parcial. En esta caso se minorará la pensión en proporción inversa a la reducción de la jornada de trabajo del pensionista en relación a la de un trabajador a tiempo completo comparable.

1.3. Cambios relacionados con la jubilación

1.3.1. Cambios económicos

En la mayoría de los casos la jubilación conlleva una disminución real de los ingresos, lo que produce una mayor dependencia de otros.



Para Kalish (1983) gran parte del miedo y la ansiedad que la jubilación produce es el resultado del conocimiento de que su salario disminuirá en un futuro. Lehr (1980), por el contrario, considera que no se debería acentuar demasiado el aspecto económico ni considerarlo casi como el único motivo de desear una continuidad de trabajo más allá de los sesenta y cinco años. En este sentido cita a Friedman y Havigurst (1954), quienes investigaron cinco grupos profesionales diferentes, obteniendo los siguientes resultados: allí donde la profesión no significa para una persona más que una fuente de beneficios económicos, había una mayor propensión a dejar la actividad profesional; sin embargo, en aquellos casos en que privaban otros intereses (función social y filantrópica, posibilidad de lograr contactos sociales, de mejorarse a sí mismos y de enriquecerse con nuevas experiencias, nuevos horizontes, etc.) los sujetos se enfrentaban con la jubilación con una actitud más bien negativa.

1.3.2. Cambios sociales

Beltrán Baguena (Moleons y cols. 1975) señala que la jubilación equivale a “dejar de hacer, ser o significar”.

Muchos autores aluden, al aspecto de pérdida, que la jubilación lleva consigo:

- Cutler (1972) afirma que la jubilación viene siempre acompañada de una pérdida de prestigio. El cambio de trabajador a jubilado se conceptualiza como pérdida.

- Kalish (1983) mantienen que las relaciones sociales en el trabajo han sido consideradas como uno de los factores más importantes en la satisfacción personal y, por las mismas razones, una de las mayores pérdidas que se sufre en la jubilación.

- Arago (1980) considera que desde el punto de vista social, la aceptación del rol de jubilado viene a ser para muchos el equivalente a reconocer que se ha entrado en la vejez, con todas las connotaciones de pérdida que esta entrada acarrea.

1.3.3. Cambios psicológicos

La jubilación afecta a las personas. Hogonot explica que la jubilación deviene cuando las personas están todavía en plena posesión de sus facultades, lo que en ocasiones “tiene consecuencias psicológicas desastrosas”.



Frank (1977) aplica a la jubilación la noción tomada de Ferenczi (1952) de “neurosis del domingo”: la ve como un largo domingo que deprime y angustia al sujeto, ante la perspectiva de no tener nada que hacer (Mishara y Riedel, 1986).

Hay otro tipo de sujetos que creen que fuera del trabajo la vida no puede aportarles nada, tal como describe Jonhson (1958) en el síndrome depresivo post-jubilación.

Por otra parte, otros autores relacionan la jubilación con la personalidad de cada individuo con el significado que confiere a su trabajo y a las circunstancias que le rodean.

Las investigaciones de autores como Martin y Doran (1967) hay permitido concluir que no hay una relación consistente entre jubilación y deterioro físico.

Las personas se adaptan con bastante rapidez a la jubilación, y estas les reporta escasos efectos negativos sobre la autoestima, depresión, soledad o ansiedad (Ward 1979 en Kalish, 1983). Esto parece ser cierto en aquellos casos en los que la economía y la salud son adecuadas (Carlisle, 1979, en Kalish1983)

1.4. FASES DE LA JUBILACIÓN

Atchley (1979) habla de la jubilación como un proceso en el que pueden distinguirse las siguientes fases:

- La prejubilación: puede dar lugar a una serie de expectativas más o menos fantásticas que, posteriormente, van a engendrar dificultades por su irrealidad.
- La luna de miel: Es un periodo eufórico en el que la gente intenta hacer todo lo que no había hecho antes y todo al mismo tiempo.
- El desencanto: Los problemas económicos, la salud, y sobre todo, el no saber qué hacer con su nueva libertad, pueden dar lugar a un gran descontento, a un sentimiento de frustración.



- Reorientación: Esta fase supone un esfuerzo para ser realista e ir desarrollando unas rutinas. Se pasa de creer que son unas largas vacaciones a un nuevo modo de vida que hay que estructurar.
- Estabilidad: Se logra mantener el ajuste entre la actitud y las posibilidades reales.

2. ENVEJECIMIENTO

Existen múltiples definiciones sobre el envejecimiento, que cambian según la perspectiva desde la que se contemple, lo que demuestra que no existe un consenso que unifique todos los criterios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define envejecimiento como el proceso fisiológico que ocasiona cambios –positivos, negativos o neutros– característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida. Estos cambios pueden ser físicos, biológicos y psicológicos, y conllevan cambios sociales y en el entorno físico (jubilación, recursos económicos, relaciones sociales, etc).

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

2.1. TEORÍAS SOBRE ENVEJECIMIENTO

Para Frolkis (1979) el envejecimiento es un proceso biológico multisectorial que comienza desde mucho tiempo antes que la vejez y que evoluciona de forma continua siguiendo un curso determinado por las propias características intrínsecas.



Brocklehursts, J.C (1979) define el envejecimiento como un proceso progresivo de desadaptación del individuo al medio que le rodea, que termina con la muerte. En otra ocasión el mismo autor afirma que el envejecimiento es multiforme y aunque la muerte es el resultado inevitable parece probable que se trate de un proceso accidental.

He enmarcado este trabajo en las siguientes teorías del envejecimiento, de diversos autores.

2.1.1. Teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961)

Según esta teoría: "El envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o "desvinculación" recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen -desvinculación provocada ya sea por el mismo interesado o por los otros miembros de este sistema." (Cumming, 1963, p.393)

Esta teoría psicosocial del envejecimiento trata sobre las relaciones entre individuo y sociedad, y los procesos internos que sufre una persona durante sus últimos años de vida. Defiende que a medida que las personas se hacen mayores se reduce su contacto con la realidad social.

En un nivel social, la pérdida del cónyuge y los amigos, y otras separaciones sociales como puede ser la jubilación causan que las personas mayores se vayan distanciando del contacto con los demás.

E. Cummings y W.E. Henry en el año 1961 publican el resultado de una investigación llevada a cabo por un equipo de investigadores pertenecientes al Comité de Desarrollo Humano de la Universidad de Chicago. El estudio se realizó en el medio ambiente natural donde viven las personas, en su comunidad con la que han establecido sus vínculos afectivos y sus desarrollos laborales y no en las instituciones que frecuentan las personas mayores. En este encuadre, se observó cómo los individuos estudiados en edad madura con el paso de los años iban reduciendo el número de actividades y limitando los contactos sociales.

Este estudio explicaba la teoría de la desvinculación de las personas mayores con la sociedad, como proceso inevitable del envejecimiento que va acompañado de una disminución gradual del interés por las actividades y los acontecimientos sociales del



entorno de las personas mayores. La red social se va fracturando, y el mayor se separa de su entorno sin vincularse a ningún otro grupo.

La persona mayor va reduciendo sus interacciones sociales, pierde interés por la vida de los demás, reduce sus compromisos sociales y centra su interés en sí mismo y en sus circunstancias personales.

A la vez que el individuo se desvincula, la sociedad también le va excluyendo en diversos entornos, como puede ser el laboral (con la jubilación) y la pérdida de rol social y familiar.

Según esta teoría, el distanciamiento que se produce entre el individuo y la sociedad es beneficioso para ambos:

A la persona mayor le restará ansiedad y frustración al no tener que adquirir habilidades o realizar actividades para las que ya no está capacitado.

Por otro lado, la sociedad también obtiene beneficios porque merced a esta actitud de distanciamiento o retirada de las personas que van envejeciendo se facilita la entrada en la vida social y económica de las generaciones más jóvenes.

Las premisas que sirven de soporte a esta teoría son las siguientes (Cumming y Henry, 1961):

1º.- La desvinculación es un proceso universal, es decir, todas las personas mayores de cualquier cultura y momento histórico tienen tendencia a este desapego de la vida social.

2º.- La desconexión o ruptura de vínculos entre el individuo y la sociedad es un proceso inevitable en el envejecimiento.

3º.- El desarraigo es intrínseco a todos los individuos y no está condicionado por variables sociales.

Podría concluirse que la desvinculación del individuo y la sociedad y su tendencia al aislamiento es un proceso normal del envejecimiento. Por tanto, según este modelo, la actitud que deben aconsejar los familiares y los profesionales para favorecer



un buen envejecimiento es promover la retirada progresiva de las actividades sociales que el individuo venía realizando.

Además, la teoría de la desvinculación, se encuentra justificada por quienes conceptúan la vejez como un proceso de declinación o transformación fisiológica o biológica, repleto de pérdida de las funciones sensoriomotoras como consecuencia del deterioro progresivo de los distintos sistemas del cuerpo humano.

Existen críticas a la teoría de Cumming y Henry.

Havighurst (1968), utilizando el mismo método, redefinió la teoría del desapego como una forma posible de envejecer que afectaría a unos individuos de distinta manera, pero nunca a la totalidad. Existen aspectos de personalidad diferenciadores entre los sujetos estudiados que determinan maneras diferentes de afrontar el proceso de envejecimiento:

- Personas que están integradas en el entorno comunitario y su actitud extravertida les reportan contactos y participación social de manera natural.
- Otros individuos, cargados de energía vital promueven interacciones positivas con el medio.
- Un grupo lo compondrían los sujetos pasivos y dependientes de su entorno.
- Otro, personas no integradas, con escasas capacidades personales de relación.

Este mismo autor señala que en el proceso de envejecimiento se pudiera producir una disminución selectiva de actividades, de manera que en esta etapa de la vida se mantendría aquellas actividades que más reportan al individuo aspectos positivos para su satisfacción personal. Por tanto, más que una reducción cuantitativa de actividades, se trata de una reformulación cualitativa de la misma. A este proceso lo denomina “desvinculación-vinculación selectiva”.

2.1.2. Teoría de la actividad

La teoría de la actividad describe cómo el proceso de envejecimiento de las personas es más satisfactorio cuanto más actividades sociales realiza el individuo. Es el



contrapunto a la anterior teoría de la desvinculación que, igualmente, se investiga dentro de una sociedad moderna avanzada.

Havighurst (1961), partiendo de un estudio realizado en Kansas City con una población entre 50 y 90 años concluyó que las personas que vivían más años libres de discapacidad coincidían con las personas que realizaban alguna actividad, ya fuera ésta la misma que habían mantenido anteriormente u otra actividad nueva que les resultara gratificante. Concluye que las personas más activas se encuentran más satisfechas y mejor adaptadas.

Maddox (1963), en un estudio con 250 personas ancianas demostró que su satisfacción estaba directamente relacionada con su nivel de actividad. Incluso llega a afirmar que el incremento de actividad en la edad madura predice una moral alta y un descenso de actividad indicaría una moral baja en la ancianidad.

Existe un sentir popular que la actividad en las personas mayores, no solamente ayudan a un buen envejecimiento, sino que también ayudan a sobrevivir ante determinados procesos de enfermedad. La teoría de la actividad es muy conocida y sirve de argumento teórico a muchas prácticas de animación entre los mayores y a otros programas de envejecimiento activo.

Havighurst (1968) en otro estudio comparado entre la teoría de la desvinculación y de la actividad, muestra su acuerdo con los fundamentos de ambas teorías (separación y retiro a una vida reposada-actividad unido a satisfacción personal) para buscar el envejecimiento saludable, pero señala que ni una ni otra es concluyente para demostrar toda la casuística asociada entre estilo de vida y envejecimiento satisfactorio. Los autores cuestionan la existencia en los mayores de estas dos tendencias excluyentes entre sí (separación-integración) ya que pueden existir personas mayores desligados de sus actividades pero que mantienen una interacción social que les reporta una vejez satisfactoria. Por tanto, la desvinculación puede ser inadecuada para unos pero para otros es una respuesta adaptativa.

Por último, referir que la adaptación satisfactoria a la vejez, como indica Bühler, (1961) estaría relacionada con los siguientes patrones conductuales de acomodación de las personas mayores:



- Anhelar descansar y relajarse porque se ha cumplido el tiempo de trabajo.
- Desear y conseguir mantenerse activos.
- Aceptar las limitaciones para continuar trabajando y verse forzados a resignarse por la evidencia de falta de capacidades.
- Sentimiento de frustración con el tipo de vida vivida.

Kalish, añade otro patrón más en el que situar a las personas que encuentran actividades o relaciones que dan sentido a su vejez, sean cuales sean los cambios que en ella se produzcan.

2.1.3. Teoría de los roles (Rosow, 1967)

Esta teoría maneja como conceptos claves: rol y socialización. El rol es la función que una persona representa en un grupo social o en la vida misma. Y la socialización implica la interiorización de normas y valores sociales que contribuye a conformar la personalidad del individuo y su imagen social.

Irving Rosow en 1967 elaboró su teoría de roles aplicada al proceso de envejecimiento en base a los conceptos anteriores. Plantea que a lo largo de la vida de una persona, la sociedad le va asignando papeles o roles que debe asumir en el proceso de socialización: rol de hijo/a – rol de estudiante – rol de padre/madre- rol de trabajador/a-etc. De esta manera, el individuo va adquiriendo un status o posición social a la vez que conforma su autoimagen y autoestima personal.

Estos roles por los que atraviesa una persona van cambiando según la distintas etapas de su desarrollo cronológico. Es decir, los papeles que la sociedad va asignando a un mismo individuo y también la responsabilidad exigida para su cumplimiento se modifican a lo largo del proceso de evolución de la vida.

Con la entrada en la jubilación se produce una pérdida progresiva de los roles sociales que las personas adquirieron a lo largo de su vida. Se produce así una reducción del papel de las personas mayores en la sociedad hasta quedar desposeído de roles, sin lugar y sin status.



El retiro va unido, generalmente, a la finalización de la actividad laboral y, en ocasiones, a la reducción de las actividades socioculturales debido a que algunas de ellas están ligadas al status profesional. Coincidiendo, habitualmente también, con la marcha de los hijos del hogar familiar.

Con la jubilación se va generando un proceso inverso a la socialización iniciada en la niñez y que se ha dado en llamar “la desaparición social del anciano”. Los ancianos asimilarían este status de desposesión de papeles, pasando a ocupar un rol de inactividad, de pasividad y de irrelevancia social.

Según esta teoría, la persona que envejece ha de ir asumiendo los roles señalados anteriormente que corresponden a su edad. La adaptación positiva a su proceso de envejecimiento estaría condicionada por la aceptación de esta pérdida de papeles en la sociedad que es lo que se espera de su compromiso social.

Según este modelo, se produciría mayor satisfacción en la vejez, cuanto más adaptado esté el individuo a este cambio de roles, a este lugar social que la sociedad va asignando a la persona en el proceso de envejecimiento: “sin roles”.

Esta dinámica de socialización y des-socialización se desenvuelve en las sociedades modernas occidentales. En otras culturas donde el anciano tiene asignado un papel relevante, no se produce esta exclusión social, sino más bien, el anciano adquiere un papel principal.

2.1.4. Teoría de la continuidad

Robert Atchley (1971) considera que la vejez es una prolongación de las etapas evolutivas anteriores y el comportamiento de una persona en este momento estaría condicionado por las habilidades desarrolladas. Una persona mayor puede encontrarse con situaciones sociales diferentes a las ya experimentadas, sin embargo la capacidad de respuesta, la adaptación a procesos nuevos, así como el estilo de vida en esta etapa de envejecimiento están determinados, entre otros factores, por los hábitos, estilos de vida y la manera de ser y comportarse que ha seguido a lo largo de su vida en el pasado.

La teoría de la continuidad basada en la teoría de la actividad, concibe al individuo en permanente desarrollo. La llegada de la jubilación para una persona no



implica necesariamente la paralización o cese del crecimiento humano y social. En esta etapa se mantiene la capacidad para crear o sobreponerse a experiencias adversas provenientes de los distintos ámbitos que le rodean, la salud- lo social- lo psicológico.

El mantenimiento de las actividades desarrolladas en la edad madura o la adquisición de otras nuevas se convierte en una garantía para tener una vejez exitosa. A la vez, la satisfacción durante la vejez se relaciona con el mantenimiento de la actividad y costumbres anteriores, con el vínculo entre aquellos elementos que le dieron consistencia personal y la situación presente. La seguridad y autoestima entonces encontrados, sirven de apoyo cuando se actualizan en la vejez. Por consiguiente, la respuesta para comprender la actitud de los mayores ante los cambios que se producen en la vejez debe indagarse en la personalidad previa a este momento de cada uno de los sujetos.

Más tarde, Maddox, 1973, apoyándose en un estudio de personas que habían obtenido éxito reconocido en el mundo de las artes, las ciencias o la política cuando tenían edad avanzada propone que las personas después de su retiro laboral deben mantener su actividad el mayor tiempo posible y cuando determinadas actividades ya resulte imposible de realizarse, es aconsejable sustituirlas por otras actividades.

2.2. ENVEJECIMIENTO ACTIVO

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) en su documento *Envejecimiento activo: un marco político*, define el envejecimiento activo como “El proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados”, de ahí la importancia de continuar siendo activo física, social y mentalmente, participando en:

- actividades recreativas



- actividades con carácter voluntario o remuneradas
- actividades culturales y sociales
- actividades educativas
- vida diaria en familia y en la comunidad

El término "activo" se refiere a la participación continua de los adultos mayores en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solamente a la capacidad para estar físicamente en lo laboral o participar en la mano de obra. En sus inicios, algunas definiciones le dieron mayor énfasis al aspecto laboral definiéndola como la capacidad de las personas de llevar vidas productivas en la sociedad y en la economía a medida que se envejece.

En el plano operativo, dicho concepto se refiere al empoderamiento de los adultos mayores en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que están inmersos, considerando cambios inherentes a la edad, riesgos ambientales y psicosociales, así como las medidas preventivas que pueden aplicar

3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de salud como *un estado completo de bienestar físico, mental y social*. Esta definición concibe la salud de una manera positiva, y admite que puede no existir salud aun en ausencia de enfermedad. Aún siendo esta una definición mucho más completa y aceptable que las anteriores, se vio la necesidad de formular de nuevo este concepto ya que se consideró demasiado idealista y estático, con una discutible equiparación entre bienestar y salud.

Por eso, en 1958 se incorporan una serie de matices a la definición anterior, añadiendo que la salud es *la capacidad de realizar el potencial individual y la respuesta que el individuo da al ambiente en el que se desarrolla*. De esta manera la OMS trata de completar el concepto anterior otorgando un papel más activo al individuo, definiendo más claramente el concepto de bienestar, y aportando un concepto más dinámico y



teleológico, ya que considera el ambiente cambiante y propone un fin: el desarrollo personal, es decir, conseguir el mayor bienestar posible (OMS, 1958).

Podemos observar entonces que la salud es más que la ausencia de enfermedad. Una persona puede sentirse enferma sin una causa médica, y a la vez, una persona con una enfermedad crónica puede no sentirse enferma. Cada persona tiene una percepción propia de su estado de salud, que se ve influida por diversos factores. Debido a esta multiplicidad de factores surge la necesidad de crear de un modelo de salud amplio y positivo que les tenga en cuenta. Bowling (1997) enumera algunos de estos factores no biológicos que influyen en la percepción de salud de la persona, como el estado psicológico de la persona, la motivación y adherencia al tratamiento, las estrategias de afrontamiento, el estado socioeconómico, la disponibilidad de cuidados de salud, las redes de apoyo social, las creencias y conductas culturales e individuales, etc.

Según Bowling (1997), cuando la OMS dio el nuevo concepto de salud positiva, no aportó una definición conceptual ni operacional, lo que supuso una gran controversia. A pesar de ello, actualmente hay un amplio acuerdo que defiende la salud positiva como *la capacidad para afrontar situaciones estresantes y mantener un sistema de apoyo social fuerte, la integración en la comunidad, una alta satisfacción moral y vital, bienestar psicológico e incluso buenos niveles de forma y salud física* (Lamb, 1988). En esta nueva concepción de salud se toman en cuenta no sólo aspectos individuales relacionados con el área física y psicológica, sino que también aparecen elementos nuevos relacionados con el área social (el apoyo social, la integración comunitaria, etc.).

El introducir en el concepto de salud el área social ha sido apoyado por diversos autores (Kaplan, 1975; Lerner, 1973). La salud social es una dimensión del bienestar individual distinta de la salud física y mental. Factores externos que no son de salud pueden influir en el estado de salud del individuo y que pueden tanto beneficiarla (e. g. red social amplia) como perjudicarla (e. g. el aislamiento social). Dentro del concepto de salud social, Kaplan (1975) subrayó como término clave de la salud social el *apoyo social* y distinguió algunas áreas, como los logros y la posición jerárquica en el trabajo; el apoyo familiar; la actividad social y las amistades; una economía adecuada; los logros personales y la satisfacción filosófica y sexual.



En resumen, la salud en general, y aspectos integrados en ella como la salud positiva y social derivados de la definición de salud de la OMS (1958), nos llevan a un concepto que, en los últimos años, ha pasado a ser un asunto prioritario en el discurso de muchos sectores de la sociedad, político, comercial, social, económico, sanitario, etc., se trata de la *calidad de vida*. (Pinedo, 2008)

De este modo surgen numerosos estudios e investigaciones sobre la calidad de vida, tanto referidos a la población general como a colectivos específicos como las personas mayores, las personas con discapacidad, etc. Según la OMS (1994), la calidad de vida es la *percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses*. Siguiendo esta definición, se establecen seis áreas que describen los aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas, y son: área física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno y creencias personales.

Durante los últimos treinta años no se encontró consenso sobre la definición de este concepto, es durante ésta última década cuando se comienzan a realizar múltiples esfuerzos por mejorar la base conceptual y empírica de este constructo de calidad de vida, los cuales se han visto reflejados en la publicación de una serie de principios básicos (ver Tabla 1) en relación a la conceptualización, la medida y la aplicación del concepto (Verdugo, 2006).

CONCEPTUALIZACIÓN:

1. La calidad de vida es multidimensional y está influida por factores personales, ambientales y su interacción
2. La calidad de vida tiene los mismos componentes para todas las personas
3. La calidad de vida tiene componentes para todas las personas
4. La calidad de vida se mejora con la autodeterminación, los recursos, el propósito de vida y un sentido de pertenencia

MEDIDA:

1. La medida en calidad de vida implica el grado en el que las personas tienen experiencias de vida que valoran



-
2. La medida de calidad de vida refleja las dimensiones que contribuyen a una vida completa e interconectada
 3. La medida en calidad de vida considera los contextos de los ambientes físico, social y cultural que son importantes para las personas
 4. La medida de calidad de vida incluye medidas de experiencias tanto comunes a todos los seres humanos como aquellas únicas a las personas
-

APLICACIÓN:

1. La aplicación del concepto de calidad de vida mejora el bienestar dentro de cada contexto cultural
 2. Los principios de calidad de vida deben ser la base de las intervenciones y los apoyos
 3. Las aplicaciones de calidad de vida han de estar basadas en evidencias
 4. Los principios de calidad de vida deben tener un sitio destacado en la educación u formación profesional
-

Tabla 1. Principios básicos en la conceptualización, medida y aplicación del concepto de calidad de vida (Verdugo, 2006, p.31)

A partir de este trabajo se ha producido un consenso en relación a cuatro directrices que pueden servir como base a la hora de utilizar los resultados relativos a la calidad de vida, y son: (1) Reconocer la multidimensionalidad de la calidad de vida; (2) Desarrollar indicadores para las respectivas dimensiones/áreas de calidad de vida; (3) Evaluar los aspectos subjetivos y objetivos de la calidad de vida; y (4) Centrarse en los predictores de resultados de calidad.

Dado que nuestro objetivo aquí no es profundizar en todos los aspectos relacionados con la calidad de vida vamos a realizar una breve revisión de las dimensiones, los indicadores y los tipos de evaluación de este concepto.

Se ha definido como dimensiones de calidad de vida al “conjunto de factores que componen el bienestar personal. El conjunto representa el rango sobre el cual el concepto de calidad de vida se extiende y de este modo define la calidad de vida”



(Verdugo, 2006, p.32). En cuanto a la definición de los indicadores de la calidad de vida, se entiende que son “percepciones, conductas y condiciones relativas a la calidad de vida que dan indicio del bienestar personal” (Verdugo, 2006, p.33). A continuación presentamos el resumen de las dimensiones y sus correspondientes indicadores que Schalock y Verdugo presentan en su libro (ver Tabla 2).

DIMENSIONES	INDICADORES MÁS COMUNES
Bienestar emocional	Alegría, autoconcepto, ausencia de estrés
Relac. interpersonales	Interacciones, relaciones de amistad, apoyos
Bienestar material	Estado financiero, empleo, vivienda
Desarrollo personal	Educación, competencia personal, realización
Bienestar físico	Atención sanitaria, estado de salud, actividades de la vida diaria
Autodeterminación	
Derechos	Autonomía/control personal, metas y valores personales, elecciones
Inclusión social	Legales y humanos (dignidad y respeto)
	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales

Tabla 2. Dimensiones de calidad de vida e indicadores de calidad (Verdugo, 2006, p.34)

Según los autores consultados es importante evaluar tanto los aspectos subjetivos como los objetivos de la calidad de vida (Verdugo, 2006). Según Pinedo (2008) decantarse por un tipo de medida u otro está influenciado por los objetivos de la medición. Si el objetivo es determinar si una persona está tan satisfecha con su vida como otros subgrupos de población, deberíamos medir su nivel de satisfacción (medida subjetiva). Mientras que si el objetivo es evaluar el funcionamiento de un determinado programa o intervención es más acertado utilizar indicadores objetivos (medida objetiva).



En el polo más subjetivo, se encuentran aquellos autores que se basan en las líneas teóricas definidas por la Organización Mundial de la Salud, entre otras. En esta línea, el Grupo WHOQOL (1993), ha incluido en su definición la percepción del individuo sobre su situación en la vida, y lo define como un *concepto abstracto y complejo que comprende diferentes áreas, que unidas contribuyen a un todo, a la satisfacción personal y a la autoestima* (Bowling, 1997). Este grupo de investigación de la OMS creó un instrumento de medida de la calidad de vida compuesto por cuatro dimensiones que abarcan aspectos equivalentes a las comentadas en la Tabla 17, y son: salud física, salud psicológica, salud social y salud ambiental (WHOQOL group, 1994, 1995).

Mientras, en el polo más objetivo, suelen situarse posturas teóricas menos relacionadas con la psicología o las ciencias sociales (e. g. la ecología, la economía, etc.).

Otros, como Fernández-Ballesteros y Maciá (1993) defienden posturas intermedias donde ambos puntos deben tenerse en cuenta.

Es importante destacar la relación que algunos autores establecen entre la calidad de vida y la satisfacción de las necesidades humanas. Una mayor satisfacción de las necesidades humanas se corresponderá con una mayor calidad de vida percibida o bienestar subjetivo. El bienestar y la felicidad se encuentran relacionados con la salud, ya que la felicidad aumenta la salud y promueve la longevidad. La felicidad tiene un valor de supervivencia para la especie humana, ya que una vida feliz promueve el ser más activos, formar lazos sociales más fuertes y preservar la salud (Sirgy, 2002).



PARTE II: DESARROLLO DEL ESTUDIO

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En base a la exposición teórica sabemos lo que significa la jubilación y las diferentes teorías existentes sobre este proceso vital. Además se ha hecho un breve repaso sobre lo que la comunidad científica entiende por calidad de vida. En base a todo lo expuesto podemos preguntarnos ¿Cómo es la calidad de vida de las personas cercanas a la jubilación? ¿Qué variables influyen en la calidad de vida de las personas cercanas a la jubilación? ¿Qué teoría sobre el proceso de envejecimiento es más cercana a la realidad actual? ¿Cómo es la percepción sobre el proceso de jubilación de las personas cercanas a la misma? ¿Tienen planificada su jubilación? ¿Es necesario, por tanto, crear recursos que ayuden a las personas cercanas a la jubilación planificar esta etapa vital?

5. HIPÓTESIS

Estas preguntas nos permiten formular las siguientes hipótesis, que contrastaremos en los resultados del estudio...

- 1) En general, las personas cercanas a la jubilación tienen un adecuado nivel de calidad de vida en todas sus facetas, excepto en la física.
- 2) En general, las personas cercanas a la jubilación tienen planificado su tiempo libre.
- 3) En su mayoría, las personas cercanas a la jubilación la ven de forma positiva.
- 4) En general, las mujeres y las personas con mayor nivel académico presentan una mejor calidad de vida y una disposición más positiva hacia la jubilación.
- 5) En su mayoría, las personas con una disposición más positiva hacia la jubilación presentan una mejor calidad de vida y una mayor planificación de esta etapa vital.
- 6) Parece necesario un servicio de orientación para la utilización del tiempo libre para las personas cercanas a la jubilación.



6. METODOLOGÍA

6.1. PROCEDIMIENTO

Se expondrá en primer lugar el procedimiento seguido para la recogida de datos. Tras el diseño de la entrevista se realizó la versión online mediante la herramienta que proporciona Google Drive.

La entrevista se colgó en redes sociales, se envió por correo electrónico a personas próximas a la jubilación y se distribuyó el enlace a la misma en centros cívicos. También se realizaron algunas entrevistas personales en las ocasiones que el entrevistado no tenía acceso a internet.

6.2. DISEÑO DEL ESTUDIO

El plan de investigación que se ha seguido en este estudio es de naturaleza cuantitativa. En concreto, teniendo en cuenta los objetivos y condiciones de la investigación, hemos utilizado una metodología selectiva, y siguiendo un diseño transversal, hemos recogido los datos en un único momento temporal mediante una entrevista estructurada y una escala.

6.3. MUESTREO Y MUESTRA

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo incidental. Se entrevistaron a todas aquellas personas a las que decidieron voluntariamente participar en el estudio tras la explicación de nuestros objetivos. Para ello se realizó una encuesta online mediante la herramienta que proporciona Google Drive y se envió mediante correo electrónico. Las entrevistas se han realizado en Valladolid y se ha accedido únicamente a personas en el medio urbano.

Se ha entrevistado a un total de 66 personas cercanas a la jubilación, un 68.2% son varones mientras que el 31.8% restante son mujeres. Su edad media es de 62.06 años (d.t.=4.02) con un mínimo de 52 años y un máximo de 65 años. En cuanto a su estado civil un 15.2% son solteros/as, un 72.7% casados/as, un 6.1% separados/as y un 6.1% viudos/as. Finalmente, en relación a su nivel académico, un 12.1% tiene estudios



primarios, un 39.4% presenta estudios secundarios o equivalente, un 7.6% ha estudiado formación profesional o estudios equivalentes y un 40.9% tiene estudios universitarios.

6.4.VARIABLES E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

Para la recogida de datos se ha utilizado un cuestionario estructurado en el que se han incluido preguntas ad hoc para la consecución de los objetivos planteados en este estudio relacionadas con variables sociodemográficas y relativas al proceso de jubilación (Ver Anexo 1).

Además se ha evaluado la calidad de vida de las personas cercanas a la jubilación mediante la escala WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ver Anexo 2), la cual define este concepto como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio que incorpora, de forma compleja, la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el ambiente y las creencias personales” (Lucas, 1996, p.8)

La calidad de vida la evaluamos mediante el cuestionario WHOQOL-BREF, una versión resumida del WHOQOL-100, creado por la OMS en 1996 y adaptado por Lucas en su versión española (Lucas, 1996). Es una medida multidimensional y subjetiva de la calidad de vida basada en la definición de la OMS sobre este constructo (WHOQOL Group, 1994). Contiene 24 ítems y muestra altas correlaciones con la versión larga de 100 ítems, que van de .89 (área 3. relaciones sociales), a .95 (área 1. salud física). Es un instrumento construido a nivel internacional de manera que puede ser usado transculturalmente. Consta de 4 áreas: 1. Salud física (7 ítems), 2. Salud psicológica (6 ítems), 3. Salud Social (3 ítems) y 4. Salud Ambiental (8 ítems), y las respuestas se dan en una escala tipo Likert de 5 puntos (1- Nada/Muy mal a 5- Extremadamente/Muy bien).

La OMS no define explícitamente cada una de las áreas que componen la calidad de vida pero sí que enumera cada una de las facetas que las componen. Así, la salud física consta de las facetas dolor, energía, sueño, movilidad, actividad, medicación y



trabajo. La salud psicológica consta de sentimientos positivos y negativos, pensamiento, autoestima, imagen corporal y espiritualidad. La salud social se compone de relaciones, apoyo y actividad sexual. Finalmente la salud ambiental incluye seguridad, hogar, economía, servicios, información, ocio, ambiente y transporte (Lucas, 1996).

En España fue validado en una muestra de Barcelona, y su consistencia interna, medida con α de Cronbach, varía entre .74 (área 2. psicológica) y .80 (área 1. salud física). En nuestra muestra la consistencia interna fue también buena oscilando de .75 (área 3. social) a .84 (área 2. psicológica).

Además se ha incluido (Ver Anexo 1) un cuestionario realizado *ad hoc* que consta de dos partes: Percepción hacia la jubilación (4 ítems) y Planificación del tiempo libre tras la jubilación (3 ítems).

6.5. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de datos se ha utilizado el programa informático SPSS v.20 y se ha realizado un análisis de datos de tipo descriptivo y correlacional.

7. RESULTADOS

- **Analizar el nivel de calidad de vida de las personas cercanas a la jubilación en todas sus facetas (física, psicológica, social y ambiental).**

Para analizar el nivel de calidad de vida de la muestra se calculó la media en cada una de las subescalas de las que se compone el instrumento de medida y posteriormente se comparó con el baremo en percentiles (Lucas, 1996; WHOQOL group, 1995).

Como se puede ver en la Tabla 3, las medias obtenidas en la muestra se corresponde con percentiles superiores a 50, esto quiere decir que la muestra de personas cercanas a la jubilación muestran puntuaciones superiores a la mitad de la población en todas las subescalas. Donde podríamos decir que muestran puntuaciones más bajas es en la subescala de salud física, aunque esta sigue superando a la mitad de la población con la que estamos comparando a la muestra.

	SALUD FÍSICA		SALUD PSICOLÓGICA		SALUD SOCIAL		SALUD AMBIENTAL	
	Media	d.t.	Media	d.t.	Media	d.t.	Media	d.t.
Muestra (n=66)	13,86	1,50	14,30	1,60	14,00	1,66	14,74	1,418
Baremo en Percentiles	58		63		60		67	

Tabla 3. Estadísticos de las subescalas de Calidad de Vida (Salud Física, Psicológica, Social y Ambiental) y baremos de la escala

- **Analizar si las personas cercanas a la jubilación presentan una planificación de su tiempo y cómo es esta**



Al preguntar a la muestra si tienen planificada su jubilación se ha encontrado que sí que la tiene un 69.7%, mientras que un 30.3% dice no tener ningún tipo de planificación.

Se preguntó a continuación que tipo de actividades se habían planificado para realizar en su tiempo de jubilación y se encontró que un 62.1% tenían planificado realizar actividades culturales, un 54.5% tenían planificado viajar, un 40.9% tenían planificado realizar actividades de tipo social, un 36.4% tenían planificado realizar actividades deportivas, un 33.3% tenían planificado realizar actividades formativas y un 37.9% tenían planificadas otro tipo de actividades.

Se preguntó además que si no sabía bien en qué iba a emplear su tiempo de jubilación qué es lo que haría y se encontró que un 54.5% afirma que se asesorará sobre posibles actividades que surjan en el momento, un 18.2% afirma que se dedicará a cuidar de su familia y un 16.7% dice que se asesorará en centros cívicos y asociaciones sobre las posibles actividades a realizar (Ver gráfico 1).

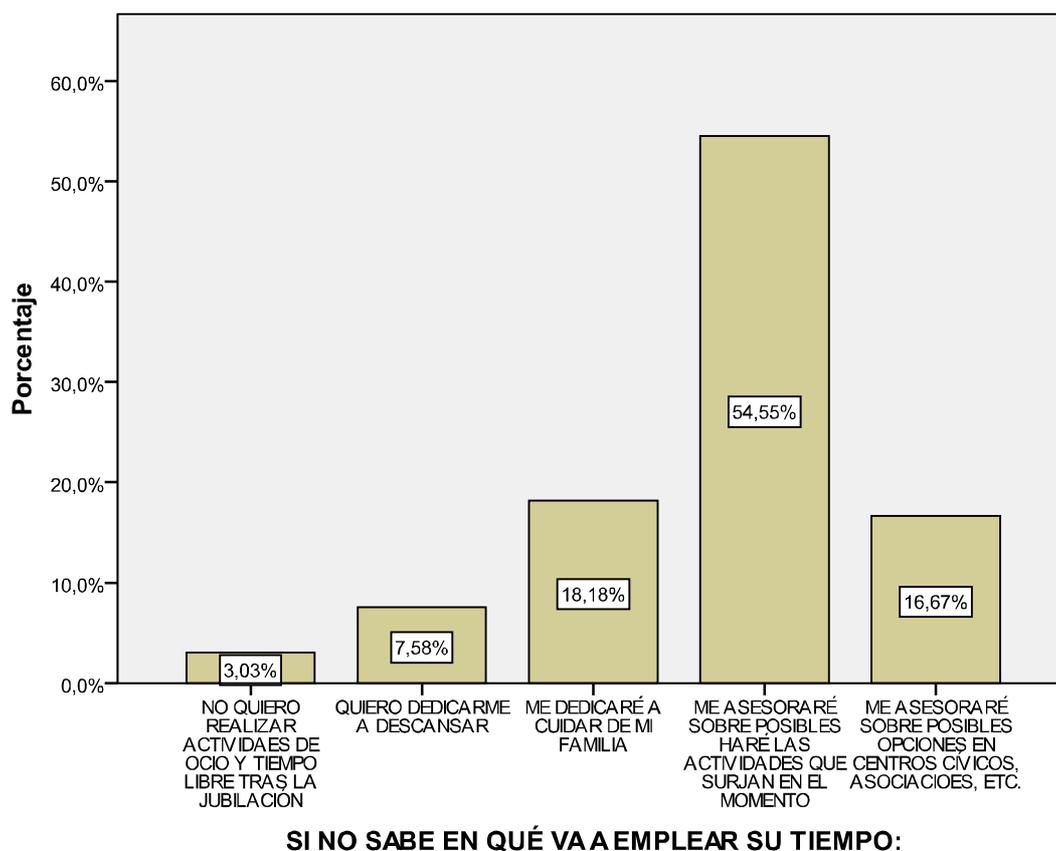


Gráfico 1. Distribución de frecuencias de aquellas personas que no saben en lo que van a emplear su tiempo de jubilación

- Analizar cuál es la percepción que tienen las personas sobre la jubilación cuando se aproximan a este momento vital

A continuación se ha analizado la percepción que tiene la muestra en relación a lo que significa jubilarse y no se ha encontrado una respuesta mayoritaria. Un 53% afirma tener ganas o muchas ganas de jubilarse, mientras que un 41% no se muestra muy convencido de querer jubilarse, debemos destacar que un 6% dice no tener ninguna gana de jubilarse (ver Gráfico 2).

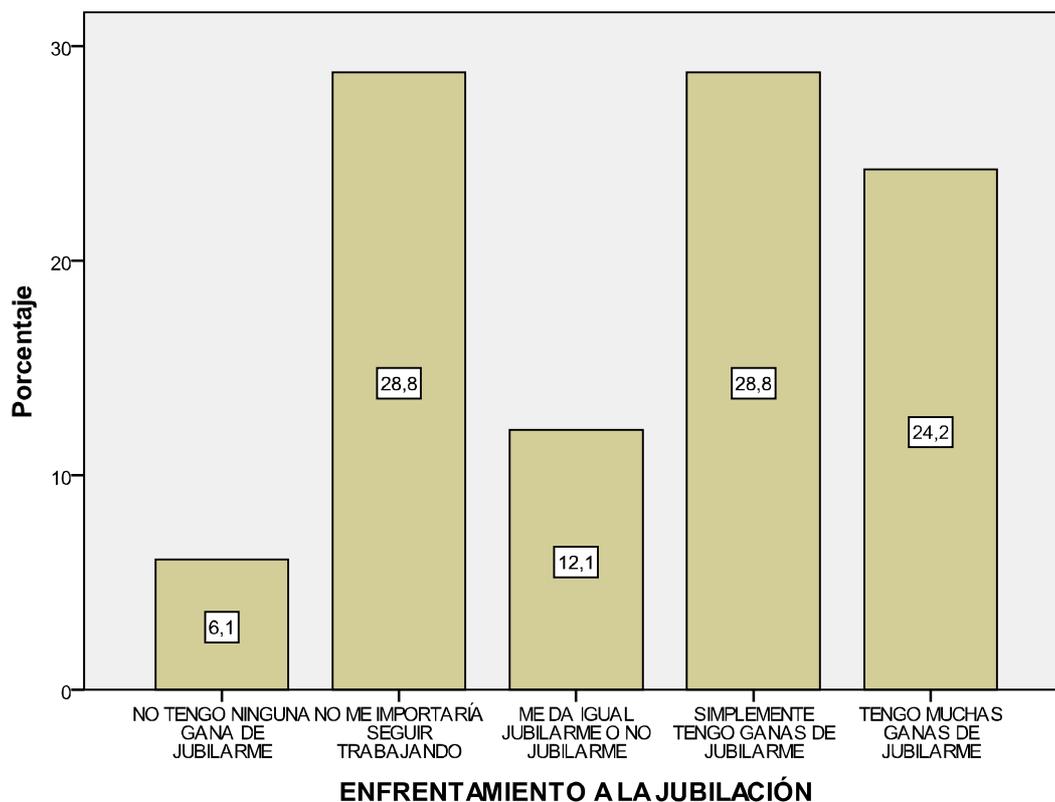


Gráfico 2. Distribución de frecuencias sobre el enfrentamiento a la jubilación

Se ha analizado la percepción de la muestra en relación a la jubilación, en concreto la percepción que tienen de las oportunidades, el estatus y de sí mismo. En cuanto a la percepción de oportunidades se ha encontrado (ver Gráfico 3) que un 57.6% considera este periodo vital como una oportunidad para hacer cosas que nunca anteriormente había hecho, mientras que un 16.7% considera la jubilación como una pérdida de oportunidades.

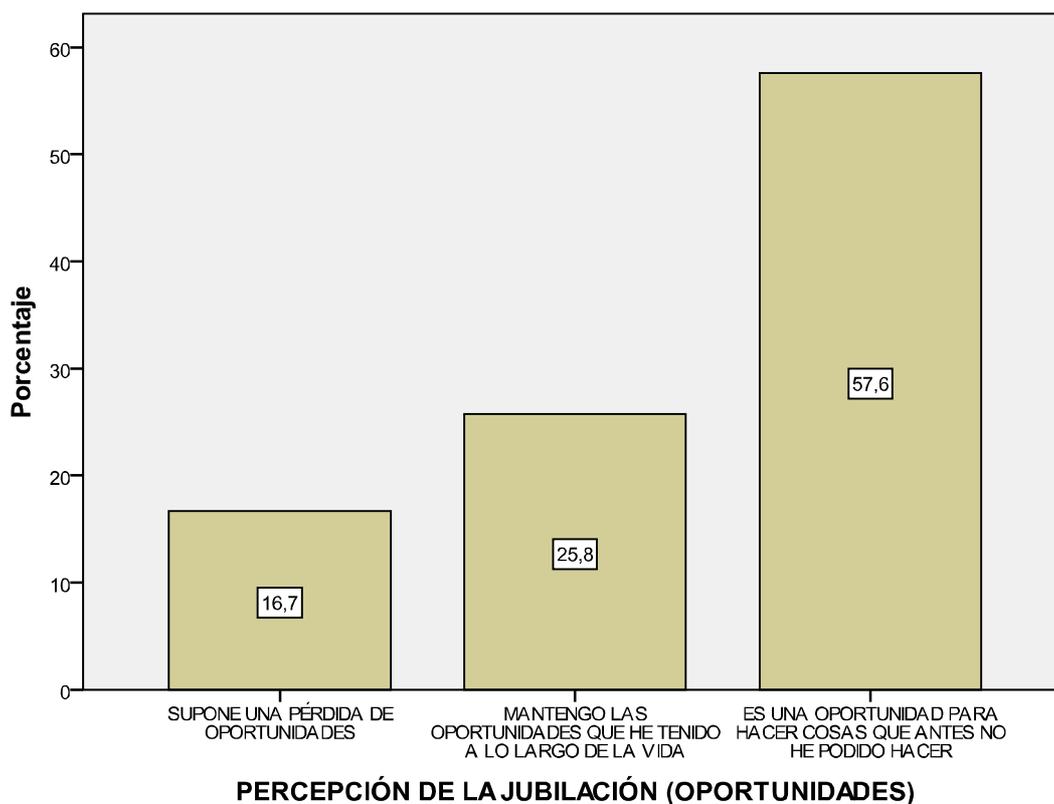


Gráfico 3. Distribución de frecuencias en relación a la percepción de oportunidades durante la jubilación

En cuanto a la percepción del estatus que tiene la muestra analizada (ver Gráfico 4) se ha encontrado que un porcentaje mayoritario, el 80.3%, considera que no hay un cambio de estatus cuando una persona se jubila. Sin embargo, un 10.6% sí que considera de forma negativa la jubilación, ya que percibe una pérdida de estatus cuando llega a la misma.

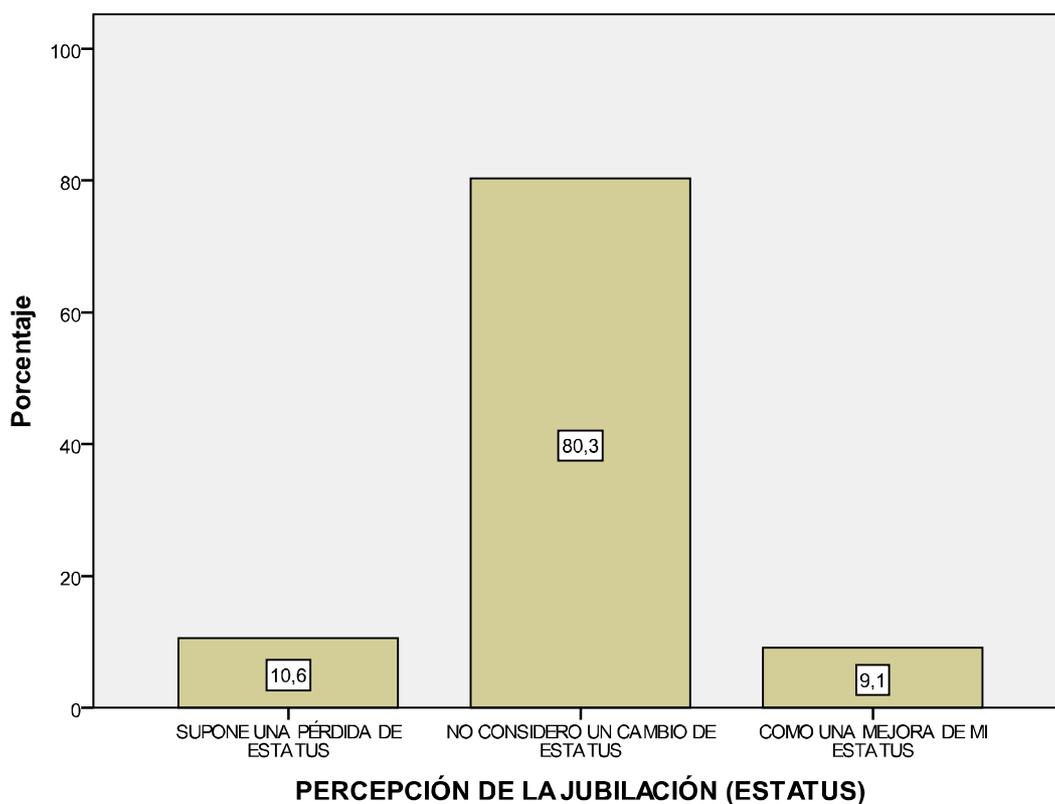


Gráfico 4. Distribución de frecuencias en relación a la percepción de estatus durante la jubilación

Finalmente se analizó la percepción de uno mismo cuando la persona llega a la jubilación, y se encontró que un 57.6% siente que con esta nueva etapa ha alcanzado sus metas, mientras que un 22.7% considera que la jubilación le hace sentirse viejo.

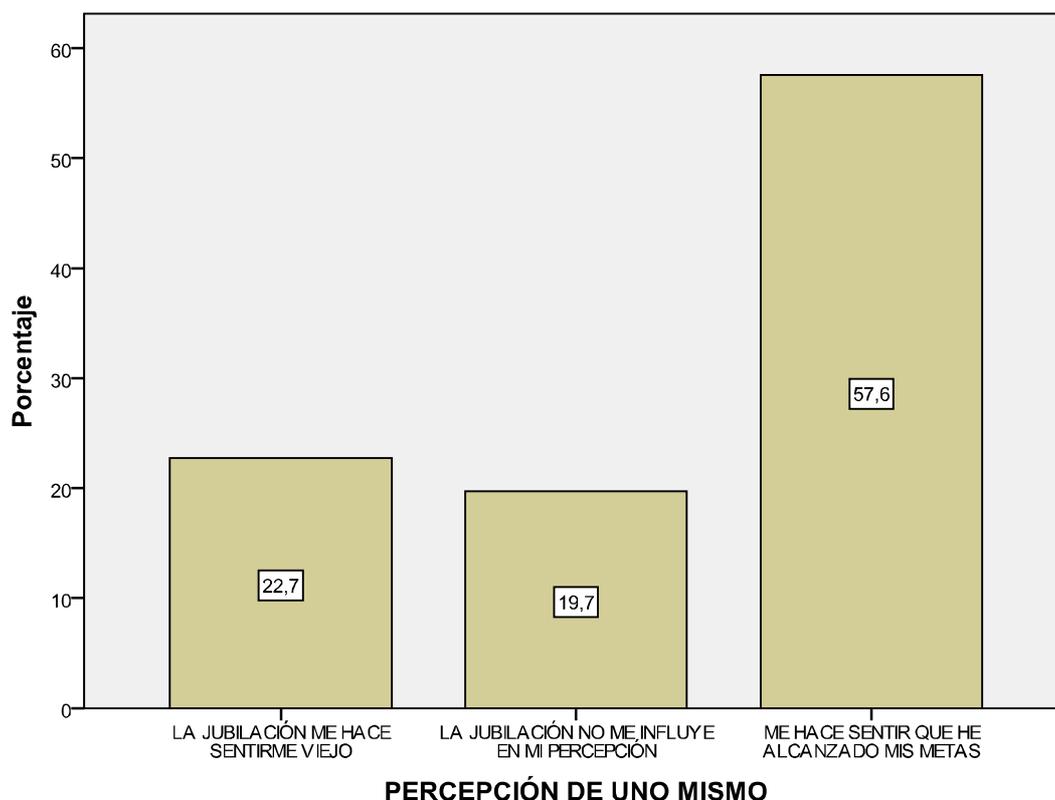


Gráfico 5. Distribución de frecuencias en relación a la percepción de uno mismo durante la jubilación

- **Estudiar las relaciones existentes entre la calidad de vida y otras variables sociodemográficas (género y nivel académico) y del proceso de jubilación (Percepción y planificación de la jubilación)**

En primer lugar se ha analizado las diferencias existentes entre mujeres y hombres en los niveles de calidad de vida (ver Tabla 4), y sólo se encontraron diferencias significativas en la subescala salud psicológica ($t_{(64)} = -3.7, p < .001$) de manera que las mujeres tenían mejor salud psicológica que los varones. En el resto de subescalas varones y mujeres no mostraban diferencias estadísticamente significativas.

GÉNERO		N	Media	Desviación típ.
SALUD FISICA	VARÓN	45	13,8794	1,67320



	MUJER	21	13,8231	1,06321
SALUD PSICOLOGICA	VARÓN	45	13,8074	1,56103
	MUJER	21	15,2381	1,21629
SALUDSOCIAL	VARÓN	45	13,9259	1,59685
	MUJER	21	14,1587	1,81236
SALUD AMBIENTAL	VARÓN	45	14,6222	1,43873
	MUJER	21	15,0000	1,36931

Tabla 4. Media y desviación típica en las subescalas de calidad de vida en función del género

A continuación se analizó si existían diferencias entre varones y mujeres en relación a la percepción que tenían de la jubilación. En cuanto al enfrentamiento a la jubilación (ver Gráfico 6), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2_4=5.03$, $p=.28$) en función del género, por lo que hombres y mujeres parecen enfrentarse a la jubilación de forma similar.

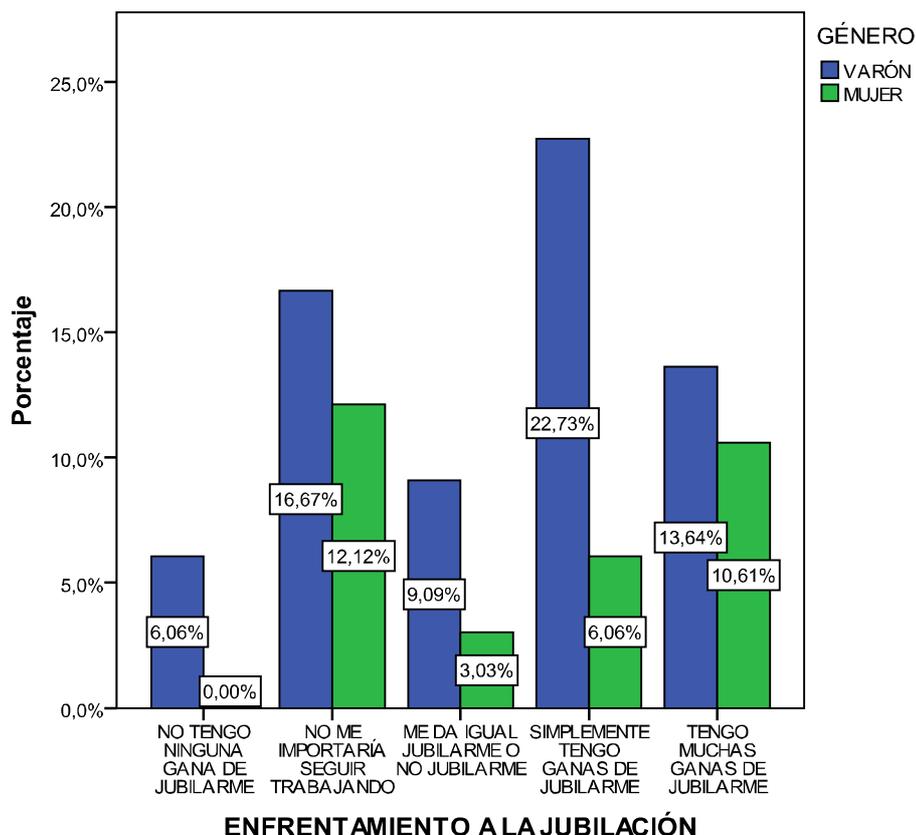


Gráfico 6. Distribución de frecuencias en relación al enfrentamiento a la jubilación según el género

En relación a la percepción de las oportunidades que conlleva el momento vital de la jubilación, sí que se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres ($\chi^2_4=8.29$, $p=.01$), de manera que las mujeres consideran la jubilación una pérdida de oportunidades (residuos tipificados=1.9) en mayor medida que los hombres (residuos tipificados=-1.3). Y los hombres consideran que durante la jubilación mantienen sus oportunidades en mayor medida (residuos tipificados=1) que las mujeres (residuos tipificados= -1.5).

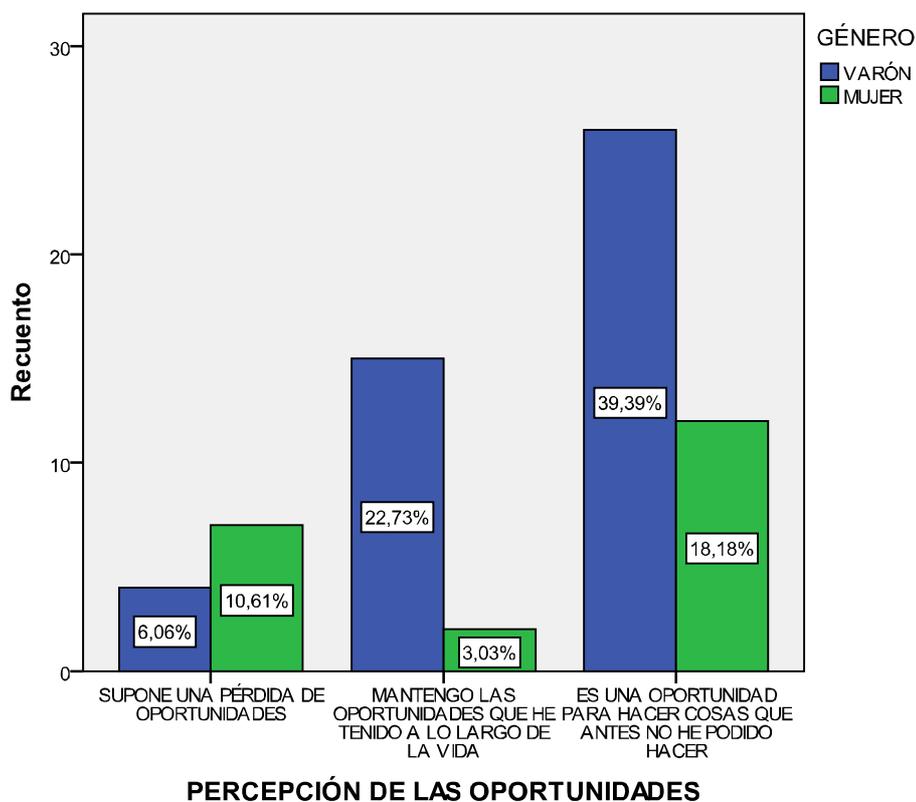


Gráfico 7. Distribución de frecuencias en relación a la percepción de las oportunidades en la jubilación según el género

En cuanto a la percepción del estatus ante la jubilación no se encontraron diferencias significativas en base al género ($\chi^2_4=4.30$, $p=.12$), de manera que hombres y mujeres parecen percibir de forma similar su estatus cuando llegan a la jubilación.

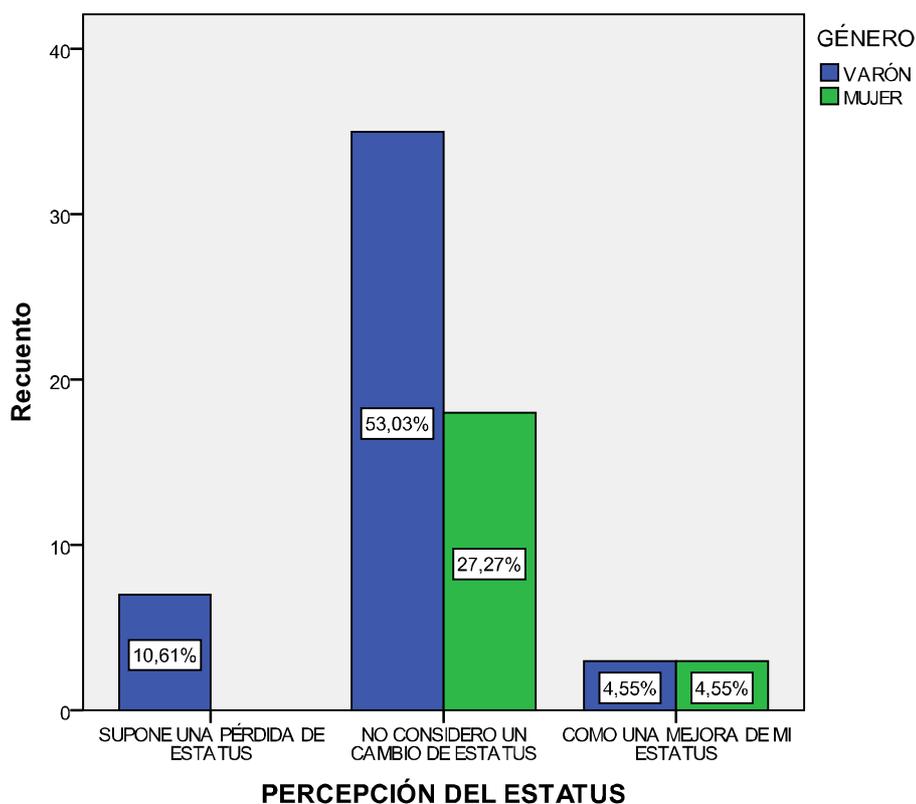


Gráfico 8. Distribución de frecuencias en relación a la percepción del estatus en la jubilación según el género

En cuanto a la percepción de sí mismos ante la jubilación no se encontraron diferencias significativas en base al género ($\chi^2_4=3.4$, $p=.18$), de manera que hombres y mujeres parecen percibirse a sí mismos de forma similar cuando llegan a la edad de jubilarse.

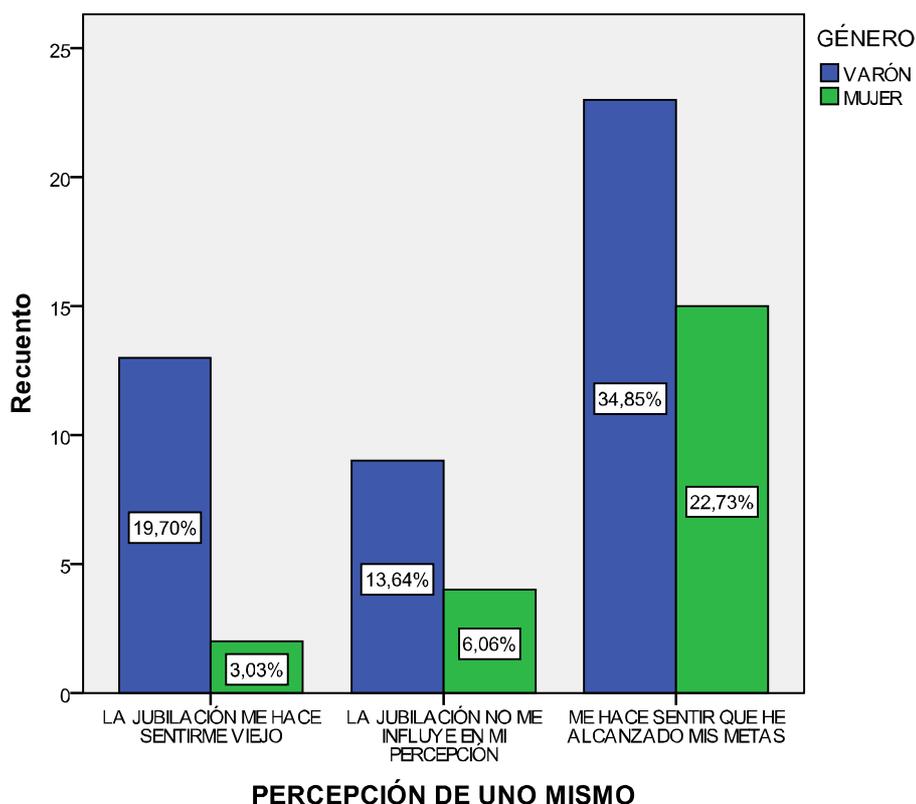


Gráfico 9. Distribución de frecuencias en relación a la percepción de uno mismo en la jubilación según el género.

También se ha analizado las diferencias existentes en los niveles de calidad de vida (ver Tabla 5) en función del nivel académico, y se encontraron diferencias significativas en la subescala salud física ($t_{(64)} = -4.4$, $p < .001$), psicológica ($t_{(64)} = -4.8$, $p < .001$) y ambiental ($t_{(64)} = -2.9$, $p < .005$), de manera que las personas con un nivel académico alto tenían mejor calidad de vida en esas facetas que las personas con nivel académico bajo. En la subescala de salud social no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

	NIVEL DE ESTUDIOS	N	Media	Desviación típ.
SALUD FISICA	BAJO	34	13,1765	1,18487

	ALTO	32	14,5893	1,46576
SALUD	BAJO	34	13,4706	1,54640
PSICOLÓGICA	ALTO	32	15,1042	1,18060
SALUDSOCIAL	BAJO	34	14,1961	1,73325
	ALTO	32	13,7917	1,57432
SALUD	BAJO	34	14,2794	1,42590
AMBIENTAL	ALTO	32	15,2344	1,25071

Tabla 5. Diferencias existentes en los niveles de calidad de vida

A continuación se analizó si existían diferencias en la percepción que tenían de la jubilación en función del nivel académico. Se categorizó la variable nivel académico en dos categorías, nivel alto (Secundaria, Formación Profesional/Similar y Estudios Universitarios) y bajo (Sin estudios y Estudios Primarios), para poder realizar de forma más adecuada los análisis estadísticos.

En cuanto al enfrentamiento a la jubilación (ver Gráfico 9) se encontraron diferencias significativas en relación al nivel académico ($\chi^2_4=9.44$, $p=.05$), de manera que las personas con nivel académico bajo afirman no tener ganas de jubilarse (residuos tipificados=1.4) en mayor medida que las personas con nivel alto (residuos tipificados=-1.4). Y las personas con nivel académico alto afirman en mayor medida (residuos tipificados=1.6) que no les importaría seguir trabajando en comparación con las personas de nivel bajo (residuos tipificados= -1.5).

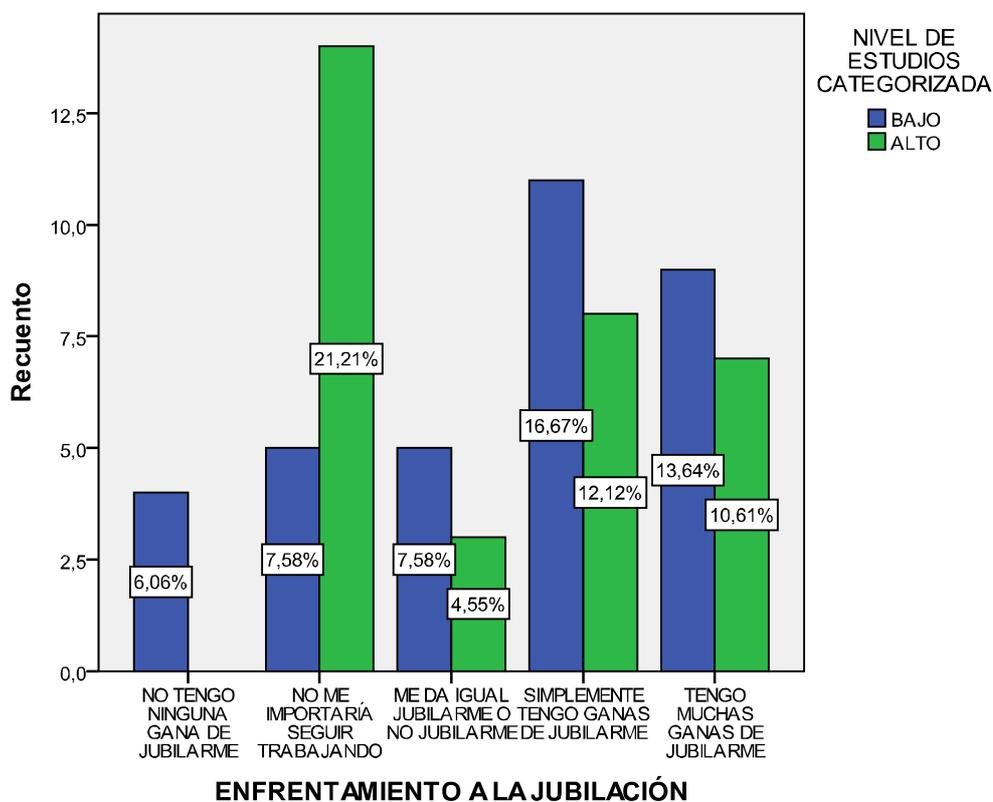


Gráfico 10. Distribución de frecuencias en cuanto al enfrentamiento a la jubilación según el nivel de estudios.

En cuanto a la percepción de las oportunidades en la jubilación no se encontraron diferencias significativas en base al nivel académico ($\chi^2=2.45$, $p=.29$), de manera que el nivel académico no parece relacionarse con la percepción de oportunidades en la jubilación.

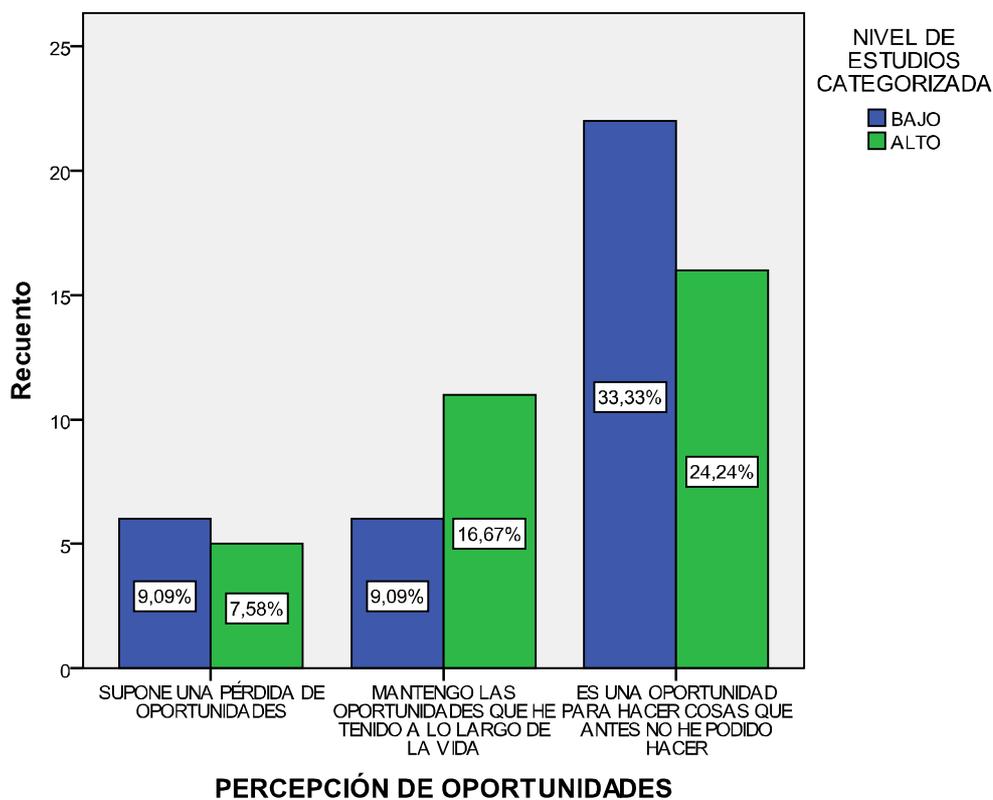


Gráfico 11. Distribución de frecuencias en la percepción de oportunidades según el nivel de estudios.

En cuanto a la percepción del estatus en la jubilación no se encontraron diferencias significativas en base al nivel académico ($\chi^2=0.10$, $p=.95$), de manera que el nivel académico no parece relacionarse con la percepción del estatus en la jubilación.

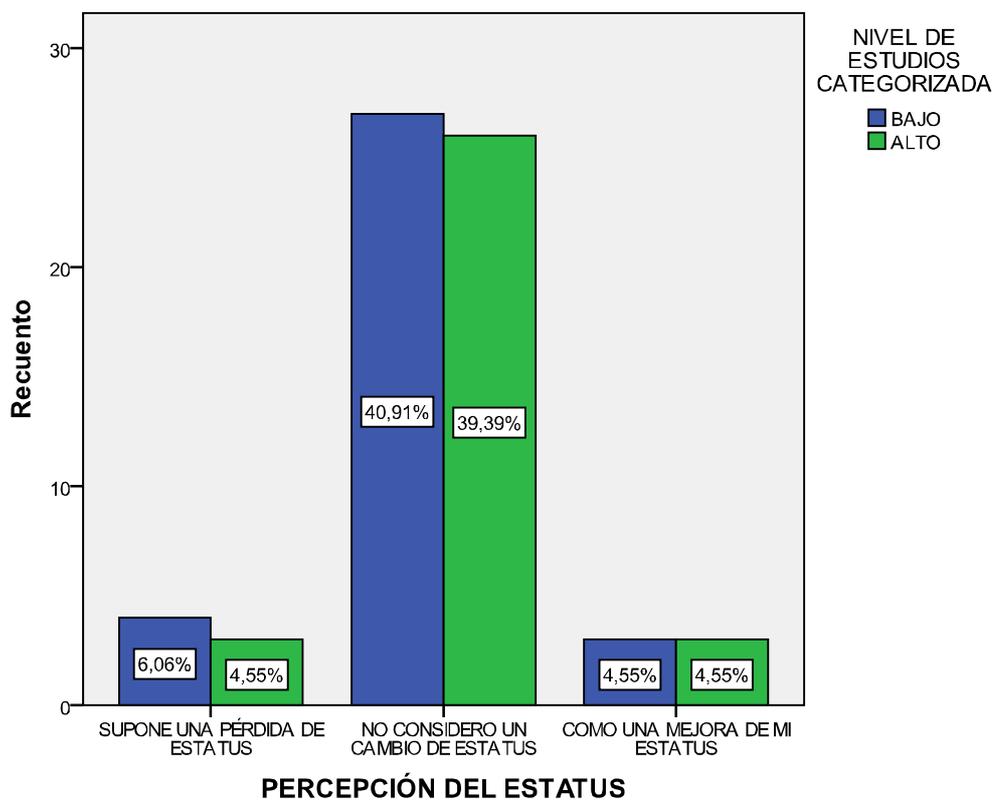


Gráfico 12. Distribución de frecuencias en cuanto a la percepción del estatus según el nivel de estudios.

En cuanto a la percepción de sí mismo en la jubilación no se encontraron diferencias significativas en base al nivel académico ($\chi^2=1.34$, $p=.51$), de manera que el nivel académico no parece relacionarse con la percepción de sí mismo en la jubilación.

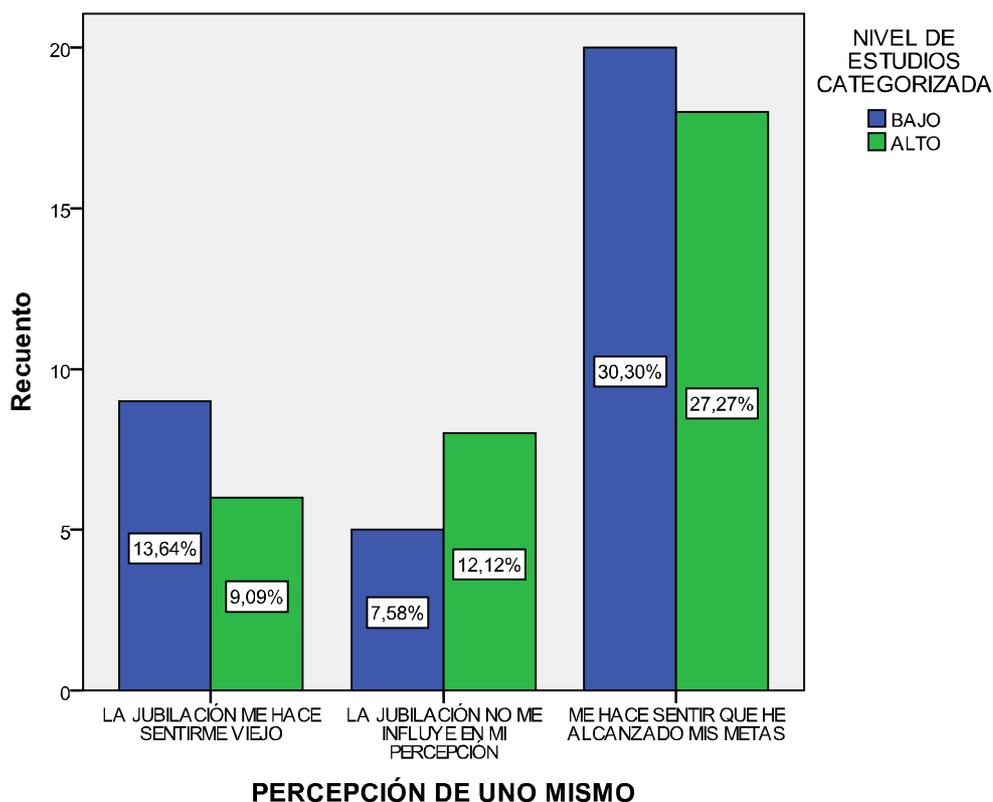


Gráfico 13. Distribución de frecuencias en cuanto a la percepción de uno mismo según el nivel de estudios.

- Comprobar si son necesarios servicios de orientación sobre la utilización del tiempo libre previos a la jubilación

Del 30% de la población estudiada que sí que pretende hacer actividades tras la jubilación, un 16,7% se muestra interesado en asesorarse sobre actividades existentes y un 54,5% piensa realizar las actividades que le surjan en el momento, con lo que creemos que les sería útil la existencia de un servicio que les informe sobre actividades u opciones disponibles cuando decidan realizar alguna.



8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se han alcanzado los objetivos propuestos y comprobado que se cumplen las hipótesis planteadas. A continuación se explican los datos obtenidos teniendo en cuenta los estudios analizados en el marco teórico.

En cuanto a la primera hipótesis vemos que se confirma, ya que podemos encontrar niveles adecuados de calidad de vida en todas las subescalas analizadas. La salud física efectivamente muestra los niveles más bajos, respecto al resto de subescalas, aunque sigue siendo adecuada cuando se compara con el baremo poblacional.

Tal y como se ha explicado en el marco teórico, cada persona tiene una percepción propia de su estado de salud, que se ve influida por diversos factores, algunos, como dice Bowling (1997) no biológicos.

La calidad de vida de la que hablamos tiene que ver con que se vean cubiertos una serie de factores que componen el bienestar personal como los que marca Verdugo (2006), es decir, bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, derechos e inclusión social. En vista de los resultados obtenidos podemos determinar que las personas próximas a la jubilación tienen una buena percepción de su calidad de vida en cuanto a estos factores.

Además, en este momento de su ciclo vital aún conservan las condiciones de autonomía personal e independencia adecuadas para desarrollar sus actividades de la vida diaria.

La segunda hipótesis del trabajo se centraba en la planificación que las personas cercanas a la jubilación pueden tener de su tiempo libre.

Hemos comprobado que efectivamente se confirma la hipótesis ya que la gran mayoría de las personas entrevistadas afirma que tienen planificado este momento vital.

Parece que las actividades culturales, viajar y actividades sociales son las más elegidas para realizar en el tiempo libre por las personas cercanas a la jubilación, y en menor medida las deportivas y de tipo formativo.

En cuanto a esta hipótesis, los resultados de nuestro estudio rebaten la teoría de Cumming y Henry (1961) de que el individuo se desvincula de la sociedad y centra su



interés en sí mismo. Considero que actualmente la teoría de la desvinculación no se corresponde en la actualidad con las personas próximas a la jubilación, ya que para ratificarla debería haber encontrado en mis datos una puntuación baja en la subescala de salud social.

Por el contrario, los datos obtenidos nos demuestran que se cumple la teoría de la continuidad de Atchley (1971), en la que explica tras la llegada de la jubilación las personas mantienen la capacidad de aprender y desarrollar habilidades nuevas, y que si mantienen actividades ya realizadas o se dedican a otras nuevas tendrán una vejez más satisfactoria.

En consonancia con esta teoría, hemos visto que casi el 70% de nuestra muestra se plantean desarrollar actividades tras la jubilación, lo que les facilitará un envejecimiento activo.

Nos planteamos también una hipótesis relacionada con el tipo de enfrentamiento que mostraban las personas cercanas a la jubilación, así como la percepción que estas tenían sobre las oportunidades y el estatus que acompañan a la jubilación, además de la percepción sobre sí mismos cuando llega este momento. También vemos confirmada esta hipótesis ya que la mayoría mostraba una percepción positiva hacia las oportunidades que la jubilación les ofrece, el estatus que alcanzan y la percepción sobre sí mismos. En cuanto al tipo de enfrentamiento, aproximadamente la mitad de la muestra mostraba actitudes muy favorables hacia la jubilación, mientras que la mitad restante se mostraba ambivalente ante la misma.

Está claro que los cambios sociales relacionados con la jubilación que muestra nuestro marco teórico, donde algunos autores consideran la jubilación como una pérdida de oportunidades y de rol (Cutler (1972), Kalish (1983), Arago (1980)), no parecen afectar a las personas que van a jubilarse de la manera negativa en la que se ha considerado. Más bien se reafirma la postura de Ward (1979), que plantea la rápida adaptación a la jubilación de las personas y los escasos efectos negativos que esta les reporta en su autoestima, depresión, soledad y ansiedad.



Respecto a la cuarta hipótesis, que contempla que las mujeres y las personas con mayor nivel académico presentan disposición más positiva hacia la jubilación, nuestros datos la corroboran.

En el caso de las mujeres, puede tratarse de que la edad de jubilación coincide con la sensación de “nido vacío” que plantea Rosow (1967) en su teoría de los roles, y piensen ocupar su tiempo además de en realizar otras actividades, en volcarse a cuidar se sus nietos u otros familiares.

En cuanto a las personas con mayor nivel académico podemos relacionarlo con la teoría de Atchley (1977) que dice que la jubilación se trata de un proceso de paso de un rol en el que la persona se siente sometida a las normas del trabajo el de guiarse por sus propias normas, puede deberse a que las personas con mayor nivel académico han alcanzado un estatus profesional en el que no se ven tan “sometidos” a las normas de su puesto laboral, sino que su situación profesional les permite cierta libertad a la hora de tomar decisiones en el ámbito en el que desempeñan su cargo, y por tanto están más preparados a la hora de establecer sus propias normas, sin estar sujetos a las que les marca su trabajo.

Planteamos una quinta hipótesis en la que afirmamos que las personas con una disposición más positiva hacia la jubilación presentan una mejor calidad de vida y una mayor planificación de esta etapa vital, afirmación que se ve ratificada en base a nuestros datos.

Por lo que hemos podido comprobar en nuestro estudio, se vuelve a rebatir la teoría de la desvinculación de Cummings y Henry (1961), que explica que las personas según se van haciendo mayores van disminuyendo su interés por las actividades y los acontecimientos sociales. Según los resultados del estudio, vemos que un grupo importante de personas se plantean continuar integradas en la comunidad, y planifican cómo lo van a llevar a cabo.

Podemos observar que tal y como señala Havighurts (1968), el envejecimiento afecta a las personas de diferente manera y las personas que están integradas en su entorno, con energía vital y una buena calidad de vida, mantienen aquellas actividades que les proporcionan satisfacción personal, por lo que más que una disminución de



actividades, transforman su actividad hacia estas actividades que les resultan positivas. Es decir, aunque abandonen la actividad laboral, buscan actividades de tiempo libre (viajar, cultura, deporte, etc.) que les sigan reportando satisfacción. Se cumple por tanto el proceso de “desvinculación-vinculación selectiva” que evidencia el autor.

En la última hipótesis hablamos sobre la necesidad de un servicio de orientación sobre actividades de ocio y tiempo libre para personas próximas a la jubilación. En base a los datos obtenidos, consideramos que sería positiva la derivación de las personas próximas a jubilarse hacia un servicio de orientación socioeducativa para las personas que no tienen planificado su tiempo libre tras la jubilación, ya que puede ser que en muchos casos no se planifique ante el desconocimiento de la oferta o las oportunidades que pueden plantearse.

Tras realizar nuestro estudio, hemos llegado a la conclusión de que sería interesante profundizar en este tema, por lo que añadiríamos dos propuestas para posteriores estudios:

- Realizar estudios longitudinales donde se analice si efectivamente la planificación y realización de actividades durante la jubilación influyen en su calidad de vida.

- Estudiar el perfil de las personas que no planifican su tiempo libre tras la jubilación para conocer el porqué y si existen consecuencias negativas en su calidad de vida y salud.



REFERENCIAS

- Atcheley, R. (1971, 1972). Retirement and Work orientation. *Gerontologist*. (Vol 11), 29-36.
- Retirement and Peisure participation: Continuity or crisis. *Gerontologist*, (Vol 11), 13-17.
- Bermejo, L. (2006) Promoción del envejecimiento activo. Programas de preparación a la jubilación.
- Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo* / coord. por Joaquín Giró Miranda, 2006, págs. 65-88
- Bowling, A. (1997). *Measuring Health. A Review of Quality of Life Measurement Scales*. (2nd ed.). Buckingham-Philadelphia: Open University Press.
- Brocklehursts, J.C (1979) *Text-book of Geriatric Medicine and Gerontology*. Ed. Churchill-Livingstone. Edimburgo.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 1 (2), 57-65.
- Fernández-Ballesteros, R. y Maciá, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención social*, 5 (2), 77-94.
- Frolkis, V. (1979). *Topycs in Gerontollogy*. Ed. Karger. Nueva York.
- Kaplan, B.H. (1975). An epilogue: toward further research and health, in Kaplan and J.C. Cassel (Eds.) *Family and Health: An Epidemiological Approach*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina, Institute for Research and Social Science.
- Kalish, R.A. (1983) *La vejez, perspectivas sobre el desarrollo humano*. Ediciones Pirámides, Madrid.
- Lamb, K.L., Brodie, D.A. y Roberts, K. (1988). Physical fitness and health-related fitness as indicators of a positive health state. *Health Promotion*, 3, 171-182.
- Lerner, M. (1973). Conceptualization of health and well-being. *Health Services Research*, 8, 6-12.
- Ley de protección de menores, Ley 75, 1980, 8 L.P.R.A., Sec. 401-437. (Supl. 1990).
- Ley sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad, 27/2011. Art. 4, 5 y 6.
- Lucas, R. (1996). WHOQOL-BREF Versión Barcelona. División de salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Mishara, B.L.y Riedel, R.G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Ediciones Morata, S.A. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Gerontol* (Nº 37(S2), 74-105



Pinedo González, R. (2008) Características psicosociales, calidad de vida y necesidades de las personas que ejercen prostitución. (Tesis doctoral, Universidad de Salamanca). Recuperado de

http://gedos.usal.es/jspui/bitstream/10366/22536/1/DPEE_Caracteristicas%20psicosociales%20calidad%20de%20vida.pdf (Consulta: marzo de 2014)

Serra, E., Dato, C. y Leal, C. (1988). Jubilación y nido vacío: Principio o fin. Editorial: Nau llibres. Valencia

Sirgy, J. M. (2002). Psychology of quality of life. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Verdugo, M.A. (2006). Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación. Salamanca: Amarú Ediciones.

WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. International Journal of Mental Health. 23, 24-56.

WHOQOL Group (1995). Measuring quality of life: the development of the world Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneva: World Health Organization.



ANEXOS

- Anexo 1: Entrevista Calidad de vida y ocupación del tiempo libre en la jubilación.
- Anexo 2: Interpretación WHOQoL-BREF

Calidad de vida y ocupación del tiempo libre en la jubilación

En esta encuesta queremos estudiar la calidad de vida de las personas próximas a la jubilación (hasta dos años previos a la misma o jubilados en el último año), así como sus perspectivas tras la jubilación en cuanto a la ocupación del ocio y el tiempo libre en el ámbito de Castilla y León. Si se encuentra en ese grupo, me gustaría mucho contar con su opinión. Muchas gracias por su participación

***Obligatorio**

Edad *

Género *

- Hombre
 Mujer

Estado Civil *

- Soltero/a
 Casado/a
 Separado/a o Divorciado/a
 Viudo/a

Sector en el que ha desarrollado su vida laboral *

¿Dónde desarrolla su actividad laboral? *

- Ámbito urbano
 Ámbito rural

¿Cuánto tiempo le queda para la jubilación? *

- Menos de un año
 Menos de dos años
 Recién jubilado (menos de un año)

Nacionalidad *

- Española
 Extranjera

Nivel de estudios *

- Sin estudios
 Primaria
 Secundaria o equivalente
 Formación Profesional o equivalente

- Estudios Universitarios

Calidad de vida

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro/a sobre qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida en las dos últimas semanas.

Puntúe sus respuestas en función de los siguientes números:

1-Muy mal 2- Poco 3- Lo normal 4- Bastante bien 5- Muy bien

¿Cómo puntuaría su calidad de vida? *

- 1 Muy mal
- 2 Mal
- 3 Normal
- 4 Bastante bien
- 5 Muy bien

¿Cómo está de satisfecho/a con su salud? *

- 1 Nada satisfecho/a
- 2 Poco satisfecho/a
- 3 Lo normal
- 4 Bastante satisfecho/a
- 5 Muy satisfecho/a

¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? *

- 1 Me impide totalmente
- 2 Me impide bastante
- 3 Lo normal
- 4 Me impide poco
- 5 No me impide nada

¿Cuánto necesita cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? *

- 1 Mucho
- 2 Bastante
- 3 Lo normal
- 4 Poco
- 5 Nada

¿Cuánto disfruta de la vida? (Felicidad, paz y satisfacción con la vida) *

- 1 Nada
- 2 Poco
- 3 Lo normal

- 4 Bastante
- 5 Mucho

¿En qué medida siente que su vida tiene sentido? *

- 1 No tiene sentido
- 2 Poco sentido
- 3 Lo normal
- 4 Bastante sentido
- 5 Mucho sentido

¿Cuál es su capacidad de concentración? (Pensamiento, memoria, concentración y aprendizaje) *

- 1 Muy mala
- 2 Poca
- 3 La normal
- 4 Bastante
- 5 Mucha

¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria? (libertad y seguridad física y grado de recursos para proteger tu seguridad) *

- 1 Ninguna
- 2 Poca
- 3 La normal
- 4 Bastante
- 5 Mucha

¿Cómo es de saludable el ambiente físico de su alrededor? (Calidad del ambiente del hogar, del vecindario y del trabajo) *

- 1 Nada
- 2 Poco
- 3 Lo normal
- 4 Bastante
- 5 Mucho

¿Tiene energía suficiente para la vida diaria? *

- 1 Ninguna
- 2 Poca
- 3 Lo normal
- 4 Bastante
- 5 Mucha

¿Es capaz de aceptar su apariencia física? *

- 1 Muy mal
- 2 Poco
- 3 Lo normal

- 4 Bastante bien
- 5 Muy bien

Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? *

- 1 Muy poco
- 2 Poco
- 3 Lo normal
- 4 Bastante
- 5 Mucho

¿Tiene disponible la información que necesita para su vida diaria?(adquirir conocimientos y tener noticias) *

- 1 Muy mal
- 2 Poco
- 3 Lo normal
- 4 Bastante bien
- 5 Muy bien

¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio? *

- 1 Muy mal
- 2 Poco
- 3 Lo normal
- 4 Bastante bien
- 5 Muy bien

Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? (Capacidad para desplazarse de un sitio a otro independientemente de los medios que utilice) *

- 1 Muy mal
- 2 Poco
- 3 Lo normal
- 4 Bastante bien
- 5 Muy bien

¿Cómo está de satisfecho/a con su sueño? (Cantidad y calidad de su sueño) *

- 1 Muy mal
- 2 Poco
- 3 Lo normal
- 4 Bastante bien
- 5 Muy bien

¿Cómo está de satisfecho/a con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? (cuidado propio y de la propiedad adecuado) *

- 1 Muy mal
- 2 Poco
- 3 Lo normal

- 4 Bastante bien
- 5 Muy bien

¿Cómo está de satisfecho/a con su capacidad de trabajo? (Con la energía y la motivación para el trabajo) *

- 1 Muy mal
- 2 Poco
- 3 Lo normal
- 4 Bastante bien
- 5 Muy bien

¿Cómo está de satisfecho/a consigo mismo/a? (Con su forma de relacionarse, su educación, su valía, su dignidad) *

- 1 Muy mal
- 2 Poco
- 3 Lo normal
- 4 Bastante bien
- 5 Muy bien

¿Cómo está de satisfecho/a con sus relaciones personales? (Contacto social y capacidad de comunicación) *

- 1 Muy mal
- 2 Poco
- 3 Lo normal
- 4 Bastante bien
- 5 Muy bien

¿Cómo está de satisfecho/a con su vida sexual? (Necesidad y deseo por mantener relaciones sexuales) *

- 1 Muy mal
- 2 Poco
- 3 Lo normal
- 4 Bastante bien
- 5 Muy bien

¿Cómo está de satisfecho/a con el apoyo de sus amigos/as? (Amistad, compromiso y apoyo de amigos/as) *

- 1 Muy mal
- 2 Poco
- 3 Lo normal
- 4 Bastante bien
- 5 Muy bien

¿Cómo está de satisfecho/a con las condiciones del lugar donde vive? *

- 1 Muy mal
- 2 Poco

- 3 Lo normal
- 4 Bastante bien
- 5 Muy bien

¿Cómo está de satisfecho/a con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?(Accesibilidad a SS Sanitarios y SS) *

- 1 Muy mal
- 2 Poco
- 3 Lo normal
- 4 Bastante bien
- 5 Muy bien

¿Cómo está de satisfecho/a con su forma de transporte? (Facilidad para usar un medio de transporte, sea el que sea) *

- 1 Muy mal
- 2 Poco
- 3 Lo normal
- 4 Bastante bien
- 5 Muy bien

¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión? *

- 1 Continuamente
- 2 Bastante
- 3 Lo normal
- 4 Raramente
- 5 Nunca

Percepción hacia la jubilación

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca del momento de la jubilación y el tiempo posterior a ella. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro/a sobre qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

A continuación le vamos a plantear una serie de cuestiones, marque la afirmación con la que se sienta más identificado/a:

¿Cómo se enfrenta a la jubilación? *

- 1. No tengo ninguna gana de jubilarme
- 2. No me importaría seguir trabajando
- 3. Me da igual jubilarme o no jubilarme
- 4. Simplemente tengo ganas de jubilarme
- 5. Tengo muchas ganas de jubilarme

¿Cómo percibe su nueva situación? (Oportunidades) *

- 1. Supone una pérdida de oportunidades

- 2. Mantengo las oportunidad es que he tenido a lo largo de la vida
- 3. Como una oportunidad para hacer cosas que antes no he podido hacer

¿Cómo percibe su nueva situación? (Estatus social y familiar) *

- 1. Como una pérdida de estatus
- 2. No considero un cambio en el estatus
- 3. Como una mejora en mi estatus

Percepción de uno mismo *

- 1. La jubilación me hace sentirme viejo
- 2. La jubilación no me influye en mi percepción
- 3. La jubilación me hace pensar que he alcanzado mis metas, me hace sentirme satisfecho

Planificación del tiempo libre tras la jubilación

¿Tiene planificado en qué va a emplear su tiempo cuando se jubile? (ya ha decidido la actividad concreta, dónde, etc) *

- Sí
- No

Si tiene planificado su tiempo libre tras la jubilación, ¿qué tipo de actividad/es planea realizar? Puede elegir más de una opción

- Culturales (Ej. Teatro, música, lectura...)
- Sociales (Ej. Voluntariado, Club de los 60, centros de día...)
- Deportivas (Ej. Ir al gimnasio, natación, yoga, etc.)
- Formación (Ej. Universidad, Universidad de la experiencia, cursos...)
- Viajar
- Otro:

Si no sabe en qué va a emplear su tiempo libre tras su jubilación

- 1. No quiero realizar actividades de ocio y tiempo libre tras la jubilación
- 2. Quiero dedicarme a descansar
- 3. Me limitaré a invertir mi tiempo en cuidar de mis familiares (hijos, nietos...)
- 4. Realizaré las actividades que surjan en el momento
- 5. Me asesoraré sobre las opciones posibles en centros cívicos, asociaciones, etc.

Enviar

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Interpretacion WHOQoL-BREF

De Enfermeriaudec

Extracto y traducción no oficial del Documento:

WHOQoL BREF - Introduction. Administration ,scoring and generic version of the assessment.

Traducción y adaptación: **Marcelo Mendoza**

Nota: esta es una versión no oficial, no debe utilizarse para propósitos estadísticos.

Documento original: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

Tabla de contenidos

- 1 Definición de calidad de vida según World Health Organisation (WHO u OMS)
- 2 Dominio y las Facetas incorporadas en los dominios
 - 2.1 Salud física
 - 2.2 Psicológico
 - 2.3 Relaciones interpersonales
 - 2.4 Entorno
- 3 Historia de la versión
- 4 Cálculo del puntaje
- 5 Links relacionados

Definición de calidad de vida según World Health Organisation (WHO u OMS)

Quality of life is defined as individuals' perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.

La calidad de vida se define como la percepción de un individuo de su posición de vida en un contexto cultural y sistemas valóricos en los cuales viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

Esta definición refleja un punto de vista en el cual la calidad de vida se refiere a la evaluación subjetiva, que se sumerge en un contexto de entorno, cultural y social. Debido a que esta definición de calidad de vida se enfoca bajo el término de calidad de vida “percibida”, no se puede esperar que logremos medir síntomas, enfermedades o condiciones detalladamente, pero sí los efectos que ejercen éstos en la calidad de vida. Del mismo modo, la C. de V. no puede ser equiparada con los términos “estado de salud”, “estilo de vida”, “satisfacción de vida”, “estado mental” o “estar bien”. El reconocimiento de la naturaleza multidimensional de la c. de v. se refleja en el instrumento WHOQoL-100.

Durante el desarrollo del instrumento, se analizó esta naturaleza multidimensional que se pretende investigar, llamados dominios. Se propuso bajo el modo de trabajo inicial del proyecto que 24 facetas relacionadas con la C. de V. se agruparan en 6 dominios. El WHOQoL-BREF (Versión del instrumento de 26 preguntas) se basa sólo en una estructura de cuatro dominios, que se pueden ver en la siguiente tabla.

Dominio y las Facetas incorporadas en los dominios

Salud física

1. Actividades de la vida diaria
2. Dependencia de medicamentos y ayuda médica
3. Energía y fatiga
4. Movilidad
5. Dolor y disconformidad
6. Sueño y descanso
7. Capacidad de trabajo

Psicológico

1. Imagen y apariencia física
2. Sentimientos negativos
3. Sentimientos positivos
4. Autoestima
5. Creencias personales, religiosas y espirituales
6. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

Relaciones interpersonales

1. Relaciones personales
2. Apoyo social
3. Actividad sexual

Entorno

1. Recursos económicos
2. Libertad y seguridad física
3. Accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales
4. Entorno en el hogar
5. Oportunidades de adquirir nueva información y habilidades
6. Participación y oportunidades de recreación y ocio
7. Entorno físico (Polución, ruido, tráfico, clima)
8. Transporte

Historia de la versión

La versión WHOQoL-BREF fue desarrollado para proveer un formulario de evaluación de la c. de v. resumida, utilizando datos del proyecto oficial WHOQoL-100, conteniendo en total 26 preguntas. Para proveer una evaluación comprensiva, cada ítem de las 24 facetas contenidas en el WHOQoL-100 ha sido incluida en esta versión, y además 2 ítems de la calidad de vida en general y faceta de salud general han sido incluidas.

El WHOQoL-BREF produce una visión de c. de v., y se puede separar en puntajes de cuatro dominios. Existen dos ítems que se examinan de forma separada: el ítem numero 1 pregunta por la percepción individual de su calidad de vida, y el ítem numero 2 pregunta acerca de la percepción individual de su salud. La separación en cuatro dominios separa 4 grupos de percepción individual de calidad de vida relacionado con ese dominio. El puntaje en cada ítem se expone en dirección positiva (es decir mayor puntaje equivale a mayor calidad de vida). El puntaje de cada ítem se agrupa con las del mismo dominio para calcular el puntaje total del dominio. Los resultados se multiplican por 4 para equipararlos a la interpretación que se realiza con el WHOQoL-100.

Cálculo del puntaje

Para calcular, se debe seguir el siguiente algoritmo:

1. Chequear los 26 ítems de la evaluación, que tienen un puntaje de 1 a 5

2. Revertir 3 preguntas evaluadas negativamente: P3, P4 y P26 (Si Resp=1, entonces Resp=5; si R=2 > R=4 y si R=3 > R=3)
3. Calcular puntajes por dominio:
 - **DOM1** = SUM (P3, P4, P10, P15, P16, P17, P18)*4
 - **DOM2** = SUM (P5, P6, P7, P11, P19, P26)*4
 - **DOM3** = SUM (P20, P21, P22)*4
 - **DOM4** = SUM (P8, P9, P12, P13, P14, P23, P24, P25)*4

(SUM = Sumatoria)

- Los dominios corresponden a:
 1. Salud física
 2. Psicologico
 3. Relaciones interpersonales
 4. Entorno
- Realizar la equivalencia con la tabla de equivalencias de puntaje bruto a puntajes transformados. (http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf, tabla numero 4)

Links relacionados

- Cuestionario WHOQoL-BREF

Obtenido de "http://enfermeriaudec.a.wiki-site.com/index.php/Interpretacion_WHOQoL-BREF"

Categorías: Calidad de vida | Definiciones

-
- Esta página fue modificada por última vez el 18:10 27 may 2007.
 - Esta página ha sido visitada 2.586 veces.
 - Política de protección de datos
 - Acerca de Enfermeriaudec
 - Aviso legal

Sponsors links:

ניהול קשרי לקוחות דומין בעברית, CRM, דומיין בעברית דומיין תוכנה לניהול קשרי לקוחות פורומים ספרדית גיבוי



INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas:

- Tabla 1. Principios básicos en la conceptualización, medida y aplicación del concepto de calidad de vida (Verdugo, 2006, p.31).
- Tabla 2. Dimensiones de calidad de vida e indicadores de calidad (Verdugo, 2006, p.34)
- Tabla 3. Estadísticos de las subescalas de Calidad de Vida (Salud Física, Psicológica, Social y Ambiental) y baremos de la escala.
- Tabla 4. Media y desviación típica en las subescalas de calidad de vida en función del género.
- Tabla 5. Diferencias existentes en los niveles de calidad de vida.

Gráficos:

- Gráfico 1. Distribución de frecuencias de aquellas personas que no saben en lo que van a emplear su tiempo de jubilación.
- Gráfico 2. Distribución de frecuencias sobre el enfrentamiento a la jubilación.
- Gráfico 3. Distribución de frecuencias en relación a la percepción de oportunidades durante la jubilación
- Gráfico 4. Distribución de frecuencias en relación a la percepción de estatus durante la jubilación.
- Gráfico 5. Distribución de frecuencias en relación a la percepción de uno mismo durante la jubilación.
- Gráfico 6. Distribución de frecuencias en relación al enfrentamiento a la jubilación según el género.
- Gráfico 7. Distribución de frecuencias en relación a la percepción de las oportunidades en la jubilación según el género.
- Gráfico 8. Distribución de frecuencias en relación a la percepción del estatus en la jubilación según el género.
- Gráfico 9. Distribución de frecuencias en relación a la percepción de uno mismo en la jubilación según el género.



- Gráfico 10. Distribución de frecuencias en cuanto al enfrentamiento a la jubilación según el nivel de estudios.
- Gráfico 11. Distribución de frecuencias en la percepción de oportunidades según el nivel de estudios.
- Gráfico 12. Distribución de frecuencias en cuanto a la percepción del estatus según el nivel de estudios.
- Gráfico 13. Distribución de frecuencias en cuanto a la percepción de uno mismo según el nivel de estudios.