

Lorenzo, Trinidad; Millán-Calenti, José Carlos; Lorenzo-López, Laura; Maseda, Ana (2013). Efectos del programa educativo Gero-Health sobre el nivel de interiorización de conocimientos de prevención y promoción de la salud en personas mayores. *Revista de Investigación Educativa*, 31 (2), 501-516.
<http://dx.doi.org/10.6018/rie.31.2.163391>

EFFECTOS DEL PROGRAMA EDUCATIVO GERO-HEALTH SOBRE EL NIVEL DE INTERIORIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PERSONAS MAYORES

Trinidad Lorenzo, José Carlos Millán-Calenti, Laura Lorenzo-López y Ana Maseda
Universidad de A Coruña

RESUMEN

El objetivo de este artículo fue evaluar la dimensión teórico-práctica de los conocimientos adquiridos por personas mayores de 65 años, en función del sexo y el nivel educativo, durante un programa de educación para la salud. Se realizó un estudio de tipo cuasi-experimental, transversal, sobre una muestra de 73 mayores, que fueron evaluados al comienzo y al final del programa mediante un cuestionario que determinaba el nivel de interiorización del conocimiento adquirido. Los resultados mostraron que, tras la realización del programa, los sujetos incrementaron significativamente sus conocimientos sobre salud, siendo este efecto mayor en las mujeres, y en los sujetos con menor nivel educativo. El programa se revela, por tanto, como eficaz en la promoción del envejecimiento activo, además de compaginar otros elementos psico-sociales relevantes en la vejez como las relaciones intergeneracionales y los procesos de empoderamiento.

Palabras clave: *Personas mayores; aprendizaje permanente; envejecimiento activo; voluntariado intergeneracional.*

Correspondencia:

Dr. José C. Millán Calenti. Grupo de Investigación en Gerontología, Departamento de Medicina, Universidad de A Coruña. Facultad de Ciencias de la Salud, Campus de Oza, s/n. 15006 A Coruña. Tel.: 981 167000, ext: 5865. Fax: 981 167 120. jcmillan@udc.es

E-mail autores:

Trinidad Lorenzo (trini.sociologia@centrolamilagos.org), Laura Lorenzo-López (laura.lorenzo.lopez@udc.es), Ana Maseda (amaseda@udc.es)

EFFECTS OF THE GERO-HEALTH EDUCATION PROGRAM ON THE ASSIMILATION OF INFORMATION ON PREVENTION AND HEALTH PROMOTION BY SENIOR CITIZENS

ABSTRACT

The aim of this paper was to assess the theoretical-practical dimension of the knowledge acquired by 65-year-olds and over according to sex and educational level during a health education program. A cross-sectional quasi-experimental design study was conducted with a sample of 73 senior citizens who completed a questionnaire at the beginning and at the end of the program. The questionnaire measured the level of assimilation of acquired knowledge. The results showed that participants' knowledge of health issues significantly increased upon completion of the program, particularly in women and in participants with the lowest educational level. The program proved to be effective in promoting active aging, and combined relevant aging-related psychosocial issues such as intergenerational relationships and empowerment processes.

Keywords: senior citizens; lifelong learning; active aging; intergenerational volunteering.

INTRODUCCIÓN

Un nuevo contexto político está emergiendo al vincular salud con políticas de aprendizaje permanente. En los últimos dos decenios, el concepto de "salud para todos" se ha empezado a utilizar con fuerza en organizaciones multilaterales (Comisión Europea, 2004; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005), y encuentra una legitimidad creciente en el posicionamiento de la salud como un aspecto clave del desarrollo humano. En 2000, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas aprobó una resolución que reconoce el derecho a la salud, entendida como el estado de bienestar físico y mental, como esencial para el ejercicio de otros derechos (Bélanger & Robitaille, 2010).

Investigaciones recientes arrojan luz sobre la educación para la salud, y más concretamente sobre la evaluación directa de competencias básicas y conocimientos relacionados con la salud. En este sentido, se ha demostrado la relación entre los conocimientos del ámbito de la salud, entendidos como la capacidad para acceder y utilizar la información necesaria para tomar decisiones adecuadas sobre salud y, por tanto, mantenerla en buen estado, y los aspectos educativos y económicos (Murray, Rudd, Kirsh, Yamamoto & Grenier, 2007). Existen estudios (Bélanger & Robitaille, 2010) que demuestran que entre un tercio y la mitad de los adultos en las sociedades postindustriales presentan bajos niveles de educación para la salud, un porcentaje que es mucho más alto en la población mayor de 65 años por presentar mayor dificultad para comprender y actuar en relación a la información sobre salud disponible actualmente.

La educación a lo largo de la vida, y concretamente la educación para la salud, tiene como objetivo la promoción de la salud y prevención de la dependencia. El fomento de la autonomía y los valores en salud son parte fundamental de la atención integral del Estado de Bienestar, por lo que en la atención a la dependencia resulta indispensable incrementar el control sobre la salud para poder mejorarla (OMS, 1986). La aparición

del concepto “lifelong learning”, o aprendizaje permanente, entendido como un proceso ininterrumpido a lo largo de la vida (Agencia Nacional de Educación, 2000), ha propiciado el nacimiento de nuevas propuestas educativas que abarcan aspectos psicosociales y funcionales de la persona mayor. En general, los programas de aprendizaje permanente permiten establecer asociaciones sólidas entre los programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad en personas mayores que viven en la comunidad (Gustafsson, Edberg, Johansson & Dahlin-Ivanoff, 2009; Simone & Cesena, 2010).

Desde el punto de vista psico-social, se ha demostrado una preferencia de las personas mayores por actividades de aprendizaje que impliquen la reflexión, observación, trabajo conversacional en grupo e interacción personal (Martín-García, 2003). Se ha sugerido que los programas de promoción de la salud mejoran la calidad de vida y el desarrollo social, proporcionando oportunidades para el crecimiento personal de la autoestima, satisfacción vital e incluso, participación grupal (Fernández, 2003; Jarrot & Bruno, 2007; Lamb & Brady, 2005; Rey, Canales & Táboas, 2011).

Desde el punto de vista de la salud física, diversos programas sobre salud organizados en universidades españolas para mayores de 55 años, han mostrado efectos muy positivos sobre salud y nivel funcional, produciendo un alto grado de bienestar e independencia, y mejorando incluso el estado cognitivo (orientación y memoria) (Montoro, Pinazo & Tortosa, 2007).

En población española se ha observado una correlación positiva entre los programas universitarios dirigidos a la salud y el hecho de vivir una jubilación satisfactoria y gozar de buena calidad de vida (Vilaplana, 2010). Además, se ha comprobado que los programas de aprendizaje en personas mayores, fomentan el intercambio de experiencias inter e intrageneracionales (Alonso, Antó & Moreno, 1990), y la satisfacción vital, incluso en personas con demencia de grado medio y moderado (George, 2011).

Dentro de este planteamiento, se ha establecido que los adultos mayores que fomentan sus relaciones interpersonales a través de programas de voluntariado intergeneracional experimentan beneficios específicos en su estado de salud y bienestar (de Souza, 2003; Fried et al., 2004), mejoran su capacidad cognitiva (George, 2011), incrementan sus relaciones sociales (de Souza, 2003), aumentan su autoestima (Jarrott & Bruno, 2007) y capital social (Gigliotti, Morris, Smock, Jarrott & Graham, 2005), y presentan un mejor funcionamiento psicológico (de Souza & Grundy, 2007).

Aunque la cultura, valores e infraestructura de las diferentes comunidades son variables, se han descrito tres efectos del aprendizaje intergeneracional para el capital social que pueden proporcionar cohesión programática y permitir la aplicación global (Newman & Hatton-Yeo, 2008):

- Beneficios: Se refieren a los efectos positivos inmediatos o a largo plazo obtenidos de dicho aprendizaje, tanto por parte de los jóvenes como de los mayores participantes y que pueden ser complementarios y compartidos.
- Reciprocidad: Se refiere al intercambio de conocimientos y habilidades entre generaciones. Para el estudiante joven supone una transferencia de tradiciones, valores y habilidades culturales. Para la persona mayor supone una transferencia de nuevos valores y puntos de vista acerca de las tradiciones, el cambio de las estructuras sociales y las nuevas tecnologías.

- Empoderamiento: Es un proceso intencional, contextualizado en la comunidad local, de participación y respeto mutuo, así como de reflexión crítica, a través del cual las personas que carecen de una parte de los recursos obtienen un mayor acceso a estos (Lawrence-Jacobson, 2006).

Diversos estudios (Chung, 2009; Davies & MacDonald, 1998) han considerado el proceso de capacitación o empoderamiento como un modo adecuado de mejorar el conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Otras investigaciones (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999; Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud, 2000) han demostrado las ventajas del estudio para evitar el aislamiento social, al mismo tiempo que se mejoraría la vida en la comunidad, un importante elemento para la promoción del bienestar físico y psicológico del mayor.

En este proceso de empoderamiento, los modelos de educación inter-pares resultarían adecuados para proporcionar información sobre salud y bienestar social, ya que las transferencias de conocimiento tendrán lugar en el contexto de los comportamientos y actitudes compartidas por personas con características similares o experiencias vitales semejantes (Nancey & Warburton, 2009).

Aunque son los grupos más jóvenes los que más se involucran en este tipo de procesos educativos, cada vez hay más participación de los mayores como educadores inter-pares (Quine & Chan, 1998).

Estos tres objetivos de partida: aprendizaje permanente; relaciones intergeneracionales y empoderamiento a partir de la formación inter-pares, se han contextualizado en la teoría del aprendizaje social (Bandura, Adams & Beyer, 1977) como la base de las iniciativas de educación inter-pares que tienen como objetivo cambiar los comportamientos (Hatton-Yeo, 2007). La teoría establece que los predictores clave de éxito en el cambio de comportamiento son debidos a la confianza o auto-eficacia en la capacidad para llevar a cabo una acción, así como en la expectativa previa de que una meta en particular es alcanzable (expectativa de resultados). El modelo parece tener la ventaja de romper las barreras de comunicación, llegando a los grupos diana, e influyendo en el comportamiento a través de modelos de roles positivos.

En base a lo expuesto, en el presente trabajo se evalúa la eficacia de un programa de prevención y promoción de la salud que, dirigido a las personas mayores, actúa a nivel socio-sanitario y funcional, y que hemos denominado Gero-Health. A diferencia de los programas tradicionales, éste pretende obtener una red de formación especializada en la atención a personas mayores a través de un proceso de capacitación de estas, mejorando su calidad de vida y fomentando así una imagen positiva del envejecimiento. Además, a través de las relaciones intergeneracionales jóvenes-mayores, se pretende tener un efecto positivo sobre la autoestima y el bienestar subjetivo de los sujetos evaluados.

Partimos, por tanto, de la hipótesis de que el aprendizaje permanente y la formación específica en el ámbito de la salud dirigida a las personas mayores, mejora la autopercepción de la misma e incrementa las condiciones de vida saludables y la autonomía funcional, retrasando la dependencia.

OBJETIVOS

El objetivo general del trabajo es evaluar la dimensión teórico-práctica de los conocimientos adquiridos por las personas mayores de 65 años que participaron en un programa educativo denominado Gero-Health, entendiendo como dimensión teórico-práctica la interiorización del valor de la educación para la salud y la capacidad para su puesta en práctica en la vida cotidiana.

Siendo otros objetivos más específicos:

- Determinar las posibles diferencias en función del sexo en el nivel de interiorización de los conocimientos sobre salud
- Determinar el efecto del nivel educativo en el nivel de interiorización de los conocimientos sobre salud

METODOLOGÍA

I. Descripción del programa educativo Gero-Health

La relevancia científica del programa Gero-Health se fundamenta en un método de formación específico, basado en un proceso de capacitación o empoderamiento de personas mayores y asociaciones, y en una cultura de aprendizaje permanente, que incluye aspectos relacionados con la prevención y promoción de la salud y la autonomía personal. Su objetivo es la mejora de la calidad de vida en general y desarrollo social en particular, proporcionando oportunidades para el crecimiento personal y la participación en la sociedad de los mayores de 65 años, además de fomentar el intercambio de experiencias inter e intrageneracionales.

El programa se desarrolló en el marco de un proyecto de 36 meses de duración cuyos principales hitos fueron:

- La obtención de una red de formación especializada con un efecto multiplicativo, interesada en la prevención y promoción de la salud. Esta red estuvo formada por 8 asociaciones coruñesas que comparten una serie de actividades y documentos relacionados con la salud, y que están en condiciones de crear cursos para cuidadores de personas mayores con dependencia y/o personas mayores de 65 años.
- La mejora de las relaciones intergeneracionales y la disminución de los estereotipos por edad entre los participantes.

Respecto a la red de asociaciones de formación especializada, sus principales transferencias incluyeron:

- La creación de nuevas relaciones con otras entidades de similar naturaleza para poder establecer posibles colaboraciones en el futuro, principalmente en materia de formación a sus asociados.
- El diseño y creación de materiales docentes para poder ofrecer a sus asociados una formación adecuada en materia de promoción de la salud.
- Colaboración con el promotor del proyecto para impartir cursos de formación a cuidadores profesionales en el ámbito de la gerontología.

La colaboración se centraba en la elaboración de material docente (vídeos, manuales de estudio...) por profesionales de la gerontología, que impartían dicho material a profesionales de las asociaciones. Por su parte, las asociaciones aportaron los locales y materiales (pupitres, ordenadores, cañón, etc.) necesarios para la docencia, y se encargaron de la difusión del programa entre sus asociados. El beneficio para las asociaciones se centraba en la posibilidad de darse a conocer como entidades prestadoras de formación especializada, así como la de ofertar nuevas actividades entre los asociados.

El programa educativo Gero-Health se compuso de 13 sesiones de formación, impartidas por diferentes expertos del campo de la gerontología y la geriatría, cada una referida a un tema relacionado con la salud. La elaboración de los contenidos específicos a tratar fue resultado de las propuestas realizadas por 12 profesionales y expertos del sector mediante la técnica Delphi. A estas sesiones iniciales de formación de formadores asistía al menos un representante de las asociaciones participantes, así como estudiantes universitarios, que actuaron como voluntarios de acompañamiento en las tareas realizadas. Tras la finalización de este primer ciclo formativo, se organizaron parejas intergeneracionales persona mayor-estudiante universitario, a las que se les proporcionaba documentación de un tema relacionado con la salud que debían preparar. A continuación, y bajo la tutela de expertos, debían impartir dicho tema en cada una de las asociaciones participantes, generándose así un efecto multiplicativo en el que las propias personas mayores pasaron de ser sujetos pasivos a verdaderos actores y formadores.

2. Selección de la muestra: diseño, instrumentos y procedimiento

Para difundir el programa educativo y lograr la adhesión de los sujetos, se hizo publicidad en medios de comunicación, carteles, correo electrónico a asociaciones afines y centros cívicos municipales, y jornadas informativas en dichas entidades. Siendo, por tanto, la población general de la que se obtuvo la muestra definitiva, la población mayor de A Coruña con acceso a esta información.

Se definieron los siguientes criterios de inclusión para el grupo de personas mayores, edad ≥ 65 años, residir en la ciudad de A Coruña, asistir como mínimo al 85% del total de sesiones de formación (once de trece totales) y firmar el consentimiento informado una vez fueron informados acerca de las características del programa.

Una vez aplicados dichos criterios, la muestra resultante, intencionada y de carácter no aleatorio, estuvo formada por 73 mayores pertenecientes a 8 entidades (media de edad $72,38 \pm 8,9$ años; 80,3% mujeres). Según el sexo, la media de edad de las mujeres fue de $73,12 \pm 8,1$ años y la de los hombres de $69,36 \pm 11,8$ años. En cuanto al nivel educativo, el 15,6% de la muestra total sabía leer y escribir, el 38% tenía estudios primarios, el 23,9% secundarios y el 22,5% universitarios. Desglosando según el sexo, el 14,0% de las mujeres sabía leer y escribir, el 36,8% tenía estudios primarios, el 24,6% secundarios, y el 24,6% restante universitarios. Por su parte, el 21,4% de los hombres sabía leer y escribir, el 42,9% tenía estudios primarios, el 21,4% secundarios, y el 14,3% había cursado estudios universitarios.

Se utilizó un diseño cuasi-experimental transversal, mediante la puesta en marcha de un programa de formación permanente en el ámbito de la prevención y promoción

de la salud dirigido a un grupo de personas mayores no institucionalizadas y con una duración de 24 meses. El programa incluyó los siguientes instrumentos seleccionados a partir de la revisión de la literatura científica al respecto:

- Técnica Delphi en 2 fases. Herramienta dirigida a profesionales/expertos del sector de los mayores, que aportaron su visión y conocimientos sobre el tema, así como sus juicios y propuestas de actuación y formación referidas a los contenidos del programa educativo a desarrollar.
- Cuestionario "ad hoc" sobre el incremento de los conocimientos en materia de prevención y promoción de la salud. Las preguntas del cuestionario actúan como variables que permiten objetivar el incremento de conocimientos adquiridos en general, y en particular el nivel de interiorización del valor de la educación para la salud y su puesta en práctica en la vida cotidiana.
- Cuestionario "ad hoc" de calidad y satisfacción con el programa.
- Perfil de Salud de Nottingham (Alonso et al., 1990).
- Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE) (Sánchez, 2004).

En el presente trabajo se muestran, específicamente, los resultados relativos al nivel de interiorización o incremento de conocimientos en materia de prevención y promoción de la salud, centrándonos en los resultados obtenidos con el segundo instrumento de los anteriormente citados. Dicho cuestionario incluía los siguientes ítems acerca de los conocimientos sobre la prevención y promoción de la salud de los participantes en el programa educativo: Ítem 1 ¿Cree usted que su nivel de conocimiento teórico sobre dicho tema es...?; Ítem 2 ¿Cree usted que su nivel de aplicación práctica de sus conocimientos es...?; Ítem 3 ¿Cree usted que su grado de familiaridad con los conceptos del tema a tratar es...?; Ítem 4 ¿A qué nivel considera que conoce la terminología en relación con los hábitos saludables?; Ítem 5 ¿A qué nivel cree Vd. que sigue las pautas de los hábitos saludables, en su vida cotidiana?; Ítem 6 En general, ¿cree usted que seguir las pautas, mejoraría su estado de salud?; Ítem 7 ¿A priori, considera Vd. que este programa le será útil para prevenir problemas de salud y promocionar ésta?

Los participantes debían valorar la respuesta a cada ítem del cuestionario en una escala de Likert que iba de 1 (nada) a 5 (mucho).

3. Análisis de datos

Se realizó un estudio comparativo pre-post para determinar la posible modificación del conocimiento adquirido por las personas mayores sobre los aspectos contemplados en el programa de formación. Para ello, los participantes fueron evaluados al inicio y al final del programa con el cuestionario ad hoc sobre el incremento de los conocimientos en materia de prevención y promoción de la salud.

A fin de analizar estadísticamente si existían diferencias significativas entre las evaluaciones pre y post en lo que se refiere a la eficacia del programa y la adquisición de conocimientos en función del sexo y el nivel educativo, se utilizó la prueba estadística paramétrica t de Student para muestras relacionadas, mediante el paquete estadístico SPSS/PC+ (versión 18.0).

RESULTADOS

Para determinar la eficacia del programa Gero-Health en la adquisición de conocimientos y el nivel de interiorización de los mismos, presentamos a continuación los resultados de la comparación entre la evaluación inicial y la final, en función del sexo (tablas 1) y del nivel educativo (tabla 2) de los participantes.

En la tabla 1 se pone de manifiesto que en las mujeres la participación en el programa educativo mejoró de manera significativa su formación teórico-práctica en materia de salud, con la única excepción del ítem 7 del cuestionario referido a la utilidad del programa para prevenir problemas y promocionar la salud, en el que no se observaron diferencias significativas ni en mujeres ni en hombres. Además, en el caso de estos últimos, hubo menos respuestas con diferencias significativas pre-post (ítems 2, 3 y 6), centrándose las principales diferencias en aspectos conceptuales y prácticos en la vida cotidiana, así como en el seguimiento de pautas de salud.

TABLA 1
COMPARACIÓN ENTRE VALORACIÓN PRE Y POST PROGRAMA EDUCATIVO EN
FUNCIÓN DE LA VARIABLE SEXO

		Pre	Post	t(gl)	valor p
Mujeres	Ítem 1	2,93	3,68	-5,570(56)	0,0001*
	Ítem 2	3,09	3,93	-6,625(56)	0,0001*
	Ítem 3	3,32	3,81	-3,410(56)	0,001*
	Ítem 4	3,02	3,67	-4,127(56)	0,0001*
	Ítem 5	3,46	3,88	-2,767(56)	0,008*
	Ítem 6	3,96	4,70	-6,069(56)	0,0001*
	Ítem 7	4,25	4,26	-0,127(56)	0,899
Hombres	Ítem 1	3,36	3,79	-1,194(13)	0,254
	Ítem 2	3,14	3,93	-2,797(13)	0,015*
	Ítem 3	3,14	3,93	-3,667(13)	0,003*
	Ítem 4	3,29	3,86	-1,847(13)	0,088
	Ítem 5	3,21	3,86	-2,090(13)	0,057
	Ítem 6	3,29	4,79	-5,967(13)	0,0001*
	Ítem 7	3,64	4,21	-1,472(13)	0,165

gl: grados de libertad; *nivel de significación $p \leq 0,05$)

Los resultados en cuanto al nivel educativo (tabla 2) confirmaron también la eficacia del programa en la gran mayoría de las cuestiones planteadas, exceptuando aquellas referidas a la terminología (ítem 4, en los usuarios con estudios secundarios y universitarios), a seguimiento de pautas saludables aprendidas en el programa (ítem 5, en los usuarios que saben leer y escribir, y en aquellos con estudios primarios o universitarios), y, en la variable referida a la utilidad del programa para prevenir problemas de salud y promocionar ésta (ítem 7), en todos los niveles educativos.

TABLA 2
COMPARACIÓN ENTRE VALORACIÓN PRE Y POST PROGRAMA EDUCATIVO EN
FUNCIÓN DE LA VARIABLE NIVEL EDUCATIVO

		Pre	Post	t(gl)	valor p
Leer y escribir	Ítem 1	2,82	4,00	-2,665(10)	0,024*
	Ítem 2	2,91	4,18	-3,545(10)	0,005*
	Ítem 3	3,18	4,00	-2,516(10)	0,031*
	Ítem 4	2,73	4,09	-4,038(10)	0,002*
	Ítem 5	3,45	4,09	-1,884(10)	0,089
	Ítem 6	4,27	4,91	-3,130(10)	0,011*
	Ítem 7	4,55	4,45	0,430(10)	0,676
Primarios	Ítem 1	2,85	3,63	-4,149(26)	0,0001*
	Ítem 2	3,00	3,81	-4,228(26)	0,0001*
	Ítem 3	3,15	3,63	-2,301(26)	0,030*
	Ítem 4	2,74	3,56	-3,594(26)	0,001*
	Ítem 5	3,37	3,93	-2,500(26)	0,019*
	Ítem 6	3,63	4,74	-5,701(26)	0,0001*
	Ítem 7	4,04	4,26	-0,901(26)	0,376
Secundarios	Ítem 1	3,29	3,65	-1,376(16)	0,188
	Ítem 2	3,06	3,82	-3,792(16)	0,002*
	Ítem 3	3,41	3,94	-2,496(16)	0,024*
	Ítem 4	3,41	3,65	-0,846(16)	0,410
	Ítem 5	3,24	3,82	-1,898(16)	0,076
	Ítem 6	3,71	4,53	-3,347(16)	0,004*
	Ítem 7	4,18	4,35	-0,899(16)	0,382
Universitarios	Ítem 1	3,13	3,69	-2,334(15)	0,034*
	Ítem 2	3,44	4,06	-2,825(15)	0,013*
	Ítem 3	3,44	3,94	-1,732(15)	0,104
	Ítem 4	3,50	3,75	-1,000(15)	0,333
	Ítem 5	3,63	3,69	-0,251(15)	0,806
	Ítem 6	4,00	4,75	-3,000(15)	0,009*
	Ítem 7	3,94	4,00	-0,169(15)	0,868

gl: grados de libertad; *nivel de significación $p \leq 0,05$)

DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos, entendemos que el programa educativo Gero-Health ha resultado efectivo en la adquisición de conocimientos sobre salud en las personas mayores, lo que contribuye a la promoción del envejecimiento saludable. Hemos

considerado relevante que fuesen los propios participantes los que evaluaran desde su punto de vista la consecución de los objetivos, aunándose así el aspecto subjetivo de la valoración post-programa con el aspecto referido al empoderamiento de las personas mayores de 65 años en el cuidado de su salud y en la promoción de su autonomía.

La eficacia de este programa podría explicarse, como contextualizábamos anteriormente, a través de la teoría del aprendizaje social (Bandura et al., 1977). Como señalan investigaciones previas (Nancye & Warburton, 2009), utilizar voluntarios mayores de 65 años para formar a sus pares sobre temas relacionados con la salud y la promoción del envejecimiento parece una estrategia adecuada.

Los voluntarios además, desempeñan un papel clave en la base de los servicios sanitarios y comunitarios, y las personas mayores debido a su inactividad laboral, se consideran voluntarios comprometidos que donan más tiempo que cualquier otro grupo de edad, además de proporcionar su experiencia vital (Lyons & Hocking, 2000). Diversos estudios (Healy et al., 2008; Robson, Edwards, Gallagher & Baker, 2003) sobre programas de este tipo muestran como la teoría del aprendizaje social (Bandura et al., 1977) promueve la auto-eficacia y la gestión de riesgos para la salud, en concreto, en un tema donde la confianza y la gestión del riesgo son vitales, como es la prevención de caídas.

Es difícil, sin embargo, concluir qué modelo de educación, y concretamente de educación inter-pares, es el más eficaz en el área de la promoción de la salud, siendo necesarias más investigaciones para observar otros modelos de educación para las personas mayores en la temática socio-sanitaria.

El análisis estadístico de los datos mostró que el programa Gero-Health resultó más efectivo en mujeres que en hombres. A este respecto, debemos tener presente, en primer lugar, el mayor grado de participación e involucración de las mujeres en actividades de todo tipo, principalmente en las enfocadas a la solidaridad y el conocimiento (Instituto Nacional de Estadística, 2007; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011), así como, en segundo lugar, la posible interferencia de la “feminización del cuidado” (Arber & Ginn, 1995) que podría explicar el elevado interés de las mujeres por el aprovechamiento de este tipo de programas. En tercer y último lugar, el conocimiento popular de la hipótesis que defiende que las mujeres, aunque más longevas, presentan peor calidad de vida, podría predisponer a las mujeres mayores a acudir a programas que fomenten el envejecimiento activo. Esta hipótesis se ve corroborada además, por estudios en población española tanto desde el punto de vista funcional (Millán et al., 2010) como psicológico (deterioro cognitivo y la depresión) (Millán et al., 2011). Sin embargo, creemos que serían necesarios más estudios para profundizar en la influencia del sexo sobre los beneficios derivados de los programas educativos en personas mayores, y más específicamente en programas de carácter intergeneracional, sería necesario tener en cuenta la posible influencia del sexo del joven que actuaba de voluntario/a.

Respecto al nivel educativo, es habitual encontrar en la literatura referencias a la importancia que tiene dicho nivel en la formación permanente, y en general en la participación en actividades socio-educativas (Martín-García, 2003). Es importante destacar la alta motivación y predisposición de los mayores a la participación social, cultural y educativa en la medida que la oferta se adecue a sus necesidades, lo que pone de

manifiesto la necesidad de que los programas y servicios dirigidos a ellos partan del estudio en profundidad de sus propias necesidades y demandas (Miñano & Martínez de Miguel, 2011).

Como sucede en otros estudios (Wister, Malloy-Weir, Rootman & Desjardins, 2010), se evidencia la relación entre nivel educativo y alfabetización en temas de salud. En esta línea, el nivel educativo parece conferir una ventaja a lo largo de la vida para el envejecimiento saludable (Meeks y & Murrell, 2001). En nuestro estudio, la eficacia del programa se manifestó a través de la evidencia estadística de que los participantes incrementaron de manera significativa sus conocimientos teórico-prácticos, su grado de familiaridad con los conceptos y el hecho de que consideraran que seguir unas pautas saludables mejoraría su estado de salud. En suma, se podría entender que los años de experiencia académica reglada previa tienen un efecto positivo sobre los conocimientos adquiridos tras la formación.

Siguiendo con el nivel educativo, dos aspectos a considerar son, en primer lugar, la relación entre niveles educativos más bajos (saber leer y escribir y tener estudios primarios) y mayor conocimiento de términos relacionados con el tema tras el programa, asociación que no se observa en los niveles más altos (estudios secundarios y universitarios). Este hallazgo podría explicarse por la presencia de un mayor conocimiento previo de dicha terminología en los niveles educativos más altos. A este respecto, serían necesarios más estudios para observar otras posibles relaciones entre la eficacia del programa Gero-Health y el nivel educativo. Y en segundo lugar, es importante mencionar el hecho de que, en el ítem referido a la utilidad del programa para prevenir problemas de salud y promocionar ésta, los participantes percibiesen desde un primer momento la utilidad y beneficios de este tipo de programas, no modificándose esta valoración en la fase post-programa. Este hallazgo, nos podría indicar tanto la eficacia del programa para llegar a la población diana como su viabilidad como recurso socio-sanitario en la promoción de la salud y el envejecimiento activo, claves en la prevención socio-sanitaria.

Señalar que el presente trabajo presenta al menos una limitación relevante que podría afectar a la evaluación de la eficacia del programa educativo, y que sería la ausencia de un grupo control. No se podría concluir, por tanto, de manera definitiva que las mejoras significativas en los conocimientos teórico-prácticos observadas tras el programa sean debidas en su totalidad a la participación en las sesiones formativas.

De todos modos, como hemos señalado, sí se observa eficacia al incrementarse significativamente los conocimientos en los temas socio-sanitarios abordados, no pudiendo demostrarse que se deban exclusivamente al programa.

La principal novedad de Gero-Health con respecto a otros programas educativos (algunos no vigentes en la actualidad: proyecto PPI- Public Points for Introducing to the Internet and @dult Education, CABLE-Community Action Based Learning for Empowerment, EMMA- European Network for Motivational Mathematics for Adults), es la posibilidad de combinar la promoción de la salud desde un punto de vista teórico con aspectos que, al mismo tiempo, potencian el envejecimiento activo, como son las relaciones intergeneracionales y el empoderamiento de personas mayores de 65 años, que actuarían como educadores de otros mayores.

Con la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006) se hace imprescindible diseñar y gestionar programas que promuevan la autonomía personal incluyendo la prevención. Para conseguir un envejecimiento activo es pues, necesario reducir o retrasar la llegada de la incapacidad y de la dependencia, mediante programas de desarrollo y prevención, así como mediante políticas que permitan que las personas mayores optimicen sus potencialidades para la independencia, la salud, la educación o la participación social entre otros (Lorenzo, Maseda, & Millán-Calenti, 2008; Miñano & Martínez de Miguel, 2011).

Es necesaria pues, la puesta en marcha de programas educativos para la prevención y promoción de la autonomía personal que puedan mejorar la calidad de vida de las personas mayores, aunándose la mejora en otros aspectos socio-económicos, como la reducción y la racionalización del gasto socio-sanitario. Los programas y políticas que fomenten los recursos educativos a lo largo de la vida y las prácticas saludables son, por tanto, muy necesarios para un envejecimiento de calidad.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados discutidos se puede concluir que el programa educativo Gero-Health resulta efectivo en la adquisición de conocimientos sobre salud en personas mayores, lo que contribuiría a la promoción del envejecimiento saludable. En concreto, los resultados mostraron que, tras la realización del programa, los mayores incrementaron significativamente sus conocimientos teórico-prácticos sobre salud, su grado de familiaridad con los conceptos y el hecho de que consideraran que seguir unas pautas saludables mejoraría su estado general de salud, siendo estos efectos mayores en las mujeres, y en los sujetos con menor nivel educativo. Cabe destacar el hecho de que sean las propias personas mayores las que actúen como formadores y el carácter intergeneracional de la formación, que puede haber contribuido al éxito del programa educativo.

AGRADECIMIENTOS

A los participantes y voluntarios del Programa Gero-Health. Al Ministerio de Economía y Competitividad que ha financiado el proyecto de Investigación fundamental no orientada, con título "Programa de prevención y promoción de la salud dirigido a personas mayores: Gero-Health" y referencia CSO2008-02168.

REFERENCIAS

- Agencia Nacional de Educación. (2000). *Lifelong learning and lifewide learning*. Estocolmo: Agencia Nacional de Educación.
- Alonso, J., Antó, J. M., & Moreno, C. (1990). The Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health, 80*(6), 704-708. doi: 10.2105/AJPH.80.6.704

- Arber, S., & Ginn, J. (1995). Gender differences in the relationship between paid employment and informal care. *Work, Employment & Society*, 9, 445-471. doi: 10.1177/095001709593002
- Bandura, A., Adams, N. E., & Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 125-139. doi: 10.1037//0022-3514.35.3.125
- Bélanger, P., & Robitaille, M. (2010). Health and adult learning. En A. Peterson, E. Baker, & B. McGaw (Eds.), *International encyclopedia of education* (pp. 211-216). Oxford: Elsevier.
- Chung, J. C. (2009). An intergenerational reminiscence programme for older adults with early dementia and youth volunteers: Values and challenges. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 259-264. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00615.x
- Comisión Europea. (2004). *Enabling Good Health for All*. Bruselas: Comisión Europea. Recuperado de http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/byrne_reflection_en.pdf
- Davies, J. K., & MacDonald, G. (1998). *Quality, evidence and effectiveness in health promotion*. Londres: Routledge.
- De Souza, E. M. (2003). Intergenerational interaction in health promotion: A qualitative study in Brazil. *Revista de Salud Pública*, 37(4), 463-469. doi: 10.1590/S0034-89102003000400011
- De Souza, E. M., & Grundy, E. (2007). Intergenerational interaction social capital and health: Results from a randomised controlled trial in Brazil. *Social Science & Medicine*, 65(7), 1397-1409. doi: S1413-81232011000300010
- Fernández, C. (2003). Estereotipos sobre la vejez y niveles de dependencia. *Geriátrika*, 19(9-10), 32-38. Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/17736/1/Estereotipos%20sobre%20la%20vejez%20y%20niveles%20de%20dependencia.pdf>
- Fried, L. P., Carlson, M. C., Freedman, M., Frick, K. D., Glass, T. A., Hill, J., ... Zeger, S. (2004). A social model for health promotion for an aging population: Initial evidence on the experience corps model. *Journal of Urban Health*, 81(1), 64-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth094>
- George, D. R. (2011). Intergenerational volunteering and quality of life: mixed methods evaluation of a randomized control trial involving persons with mild to moderate dementia. *Quality of Life Research*, 20(7), 987-995. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181f17f20
- Gigliotti, C., Morris, M., Smock, S., Jarrott, S. E., & Graham, B. (2005). An intergenerational summer program involving persons with dementia and preschool children. *Educational Gerontology*, 31(6), 425-441. doi: 10.1080/03601270590928161
- Gustafsson, S., Edberg, A. K., Johansson, B., & Dahlin-Ivanoff, S. (2009). Multi-component health promotion and disease prevention for community-dwelling frail elderly persons: A systematic review. *European Journal of Ageing*, 6(4), 315-329. doi: 10.1007/s10433-009-0132-x
- Hatton-Yeo, A. (2007). Programas intergeneracionales, solidaridad intergeneracional y cohesión social. En M. Sánchez (Dir.), *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades* (pp. 123-140). Barcelona: Fundación La Caixa. Recuperado de http://www.fundacion.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/b1d9d404d98e6110VgnVCM1000000e8cf10aRCRD/es/es23_c5_esp.pdf

- Healy, T. C., Peng, C., Haynes, M. S., McMahon, E., Botler, J., & Gross, L. (2008). The feasibility and effectiveness of translating a matter of balance into a volunteer lay leader model. *Journal of Applied Gerontology*, 27, 34-51. doi: 10.1177/0733464807308620
- Instituto Nacional de Estadística. (2007). *Encuesta sobre la Participación de la Población Adulta en las Actividades de Aprendizaje (EADA)*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft13%2Fp459&file=inebase&L=0>
- Jarrott, S., & Bruno, K. (2007). Shared site intergenerational programs: A case study. *Journal of Applied Gerontology*, 26(3), 239-257. doi: 10.1177/0733464807300225
- Lamb, R., & Brady, E. M. (2005). Participation in lifelong learning institutes: What turns members on? *Educational Gerontology*, 31(3), 207-224. doi: 10.1080/03601270590900936
- Lawrence-Jacobson, A. R. (2006). Intergenerational Community Action and Youth Empowerment. *Journal of Intergenerational Relationships*, 5(1), 137-147. doi: 10.1300/J194v04n01_15
- Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de *Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, BOE núm. 299 de 15 de diciembre de 2006. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
- Lorenzo, T., Maseda, A., & Millán-Calenti, J.C. (2008). *La dependencia en las personas mayores: Necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat*. A Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.
- Lyons, M., & Hocking, S. (2000). Australia's highly committed volunteers. En J. Warburton, & M. Oppenheimer (Eds.), *Volunteers and volunteering* (pp. 44-55). Sydney: The Federation Press.
- Martín-García, A. V. (2003). Estilos de aprendizaje en la vejez. Un estudio a la luz de la teoría del aprendizaje experiencial. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(5), 258-265. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/boletin/2003/numero-09/art-03-12-01.pdf>
- Meeks, S., & Murrell, S. A. (2001). Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative affect. *Journal of Aging and Health*, 13(1), 92-119. doi: 10.1177/089826430101300105
- Millán-Calenti, J. C., Tubío, J., Pita-Fernández, S., González-Abraldes, I., Lorenzo, T., Fernández-Arruty, T., & Maseda, A. (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 306-310. doi:10.1016/j.archger.2009.04.017
- Millán-Calenti, J. C., Maseda, A., Rochette, S., Vázquez, G. A., Sánchez, A., & Lorenzo, T. (2011). Mental and psychological conditions, medical comorbidity and functional limitation: differential associations in older adults with cognitive impairment, depressive symptoms and co-existence of bot. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 1071-1079. doi: 10.1002/gps.2646
- Miñano, L., & Martínez de Miguel, S. (2011). El asociacionismo y las necesidades socioeducativas en los centros de mayores del municipio de Murcia. *Revista de Investigación Educativa*, 29(2), 325-340. doi: 978-84-693-2866-8
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1999). *Promoción de la Salud: Glosario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de <http://www.educacion.gob.es/dctm/>

- ministerio/educacion/universidades/educacion-superior-universitaria/universidades-saludables/glosario.pdf?documentId=0901e72b81238071
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Informe sobre las mujeres mayores en España*. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mspsi-mujeres-borrador-01.pdf>
- Montoro, J., Pinazo, S., & Tortosa, M. A. (2007). University seniors programs: Reasons for joining and expectations among persons older than 55 years. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(3), 158-166. doi: 10.1016/S0211-139X(07)73542-4
- Murray, S., Rudd, R., Kirsh, I., Yamamoto, K., & Grenier, S. (2007). *Health literacy in Canada. Initial results from NALS*. Ottawa: Consejo Canadiense de Aprendizaje Permanente. Recuperado de <http://www.ccl-cca.ca/pdfs/HealthLiteracy/HealthLiteracyinCanada.pdf>
- Nancye, M. P., & Warburton, J. (2009). Using senior volunteers as peer educators: What is the evidence of effectiveness in falls prevention? *Australasian Journal on Ageing*, 28(1), 7-11. doi: 10.1111/j.1741-6612.2008.00320.x
- Newman, S., & Hatton-Yeo, A. (2008). Intergenerational learning and the contributions of older people. *Ageing Horizons*, 8, 31-39. Recuperado de http://www.ageing.ox.ac.uk/files/ageing_horizons_8_newmanetal_ll.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Declaración de Ottawa sobre promoción de la salud*. Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Health for all: The policy framework for the WHO European Region*. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98387/E87861.pdf
- Quine, S., & Chan, Y. F. (1998). Role for older volunteers in the health care system? Views of health professionals. *Education and Ageing*, 13, 229-240.
- Rey, A., Canales, I., & Táboas, M. I. (2011). Calidad de vida percibida por las personas mayores. Consecuencias de un programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad «Memoria en movimiento». *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46(2), 74-80. doi:10.1016/j.regg.2010.08.005
- Robson, E., Edwards, J., Gallagher, E., & Baker, D. (2003). Steady As You Go (SAYGO): A falls-prevention program for seniors living in the community. *Canadian Journal on Aging*, 22, 207-216. doi:10.1017/S0714980800004529
- Sánchez, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas* (Tesis inédita de doctorado). Málaga: Servicio de Publicaciones-Universidad de Málaga. Recuperado de <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/2667/16704046.pdf?sequence=1>
- Simone, P. M., & Cesena, J. (2010). Student Demographics, satisfaction and cognitive demand in two lifelong learning programs. *Educational Gerontology*, 36(5), 425-434. doi: 10.1080/03601270903493001
- Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud. *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud*, 2000. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/EHP_part2_ESP.pdf
- Vilaplana, C. (2010). Relación entre los programas universitarios para mayores, la satisfacción durante la jubilación y la calidad de vida. *Revista de Investigación Educativa*,

28(1), 195-216. Recuperado de <http://revistas.um.es/rie/article/view/97891>Wister, A. V., Malloy-Weir, L. J., Rootman, I., & Desjardins, R. (2010). Lifelong educational practices and resources in enabling health literacy among older adults. *Journal of Aging and Health*, 22(6), 827-854. doi: 10.1177/0898264310373502

Fecha de recepción: 23 de noviembre de 2012.

Fecha de revisión: 24 de noviembre de 2012.

Fecha de aceptación: 20 de marzo de 2013.