

DOSSIER

Intervención psicosocial con personas mayores: Los talleres de ocio como recurso para incrementar su apoyo social y control percibidos

Psychosocial intervention for older persons: Leisure activities workshops to improve social support and perceived control

Miguel Angel GARCÍA MARTÍN*
María Isabel HOMBRADOS MENDIETA*

RESUMEN

Este estudio analiza los efectos que los talleres de actividades de ocio desarrollados en un Centro de Día para Mayores tienen sobre el apoyo social, el control percibido y la salud de sus usuarios. Sobre una muestra de 122 personas (edad media = 67,6) repartidas en cinco grupos -gimnasia, manualidades, informática, dibujo-pintura y control-, utilizando un diseño cuasiexperimental pre-test/post-test, se analizan dichas variables, sometiendo a prueba el modelo de Buffer de Coleman e Iso-Ahola (1993). Los resultados hallados confirman parcialmente este modelo: Las actividades de ocio aumentan los niveles de apoyo social, control percibido y autoeficacia social entre sus usuarios. Estos efectos se mantienen al menos tres meses después de que las actividades han concluido. La actividad de gimnasia resultó ser la más efectiva.

PALABRAS CLAVE

Actividades de Ocio. Envejecimiento. Servicios Sociales. Apoyo Social. Control Percibido. Salud.

ABSTRACT

This study analyses leisure activities workshops set up in a Daily Care Center. The effects on social support, perceived control and health on the users are studied, with a sample composed by 122 persons from 50 to 82 years old (average = 67,6), divided in five groups -aero-

* Departamento de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. España. Telf.: 952 13 29 92. Fax: 952 13 11 00. E-mail: magarcia@uma.es

bic, handcrafts, computing, painting and control-, using a pre-test/post-test method, the variables were analysed testing the Buffer model of Coleman e Iso-Ahola (1993). Results confirm partially this model: Leisure activities increase the levels of social support, perceived control and social self-efficacy among their users. These effects remain three months after workshops have finished. The aerobic workshop was the most effective activity.

KEY WORDS

Leisure-Activities. Ageing. Social-Services. Social-Support. Perceived-Control. Health.

Probablemente, una de las razones de más peso a la hora de justificar el abordaje del ocio como área de interés para la psicología, sea el hecho de que es una de las mayores fuentes de bienestar para las personas. Son muchos los estudios que así lo demuestran. En este sentido, son varias las medidas a través de las cuales se ha analizado la repercusión del ocio sobre aspectos muy vinculados al bienestar subjetivo tales como: satisfacción vital (Alfonso, Allison y Rader, 1996; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961); felicidad (Argyle, 1999; Bradburn, 1969; Lane, 2000), o estado de ánimo (Argyle, 1999; Cassidy, 1996).

En los vínculos entre actividades de ocio y bienestar subjetivo participan variables como autodeterminación, control percibido o apoyo social (Bisconti y Bergeman, 1999; Herzog, Franks, Markus y Holmberg, 1998; Iso-Ahola y Park, 1996). Han sido numerosas las aproximaciones teóricas psicosociales que se han postulado para tratar de explicar esta relación entre las actividades de ocio desarrolladas y el bienestar subjetivo. Mannell y Kleiber (1997) hacen una interesante revisión de estas tentativas explicativas. Estos autores utilizan el término "teoría" en un sentido laxo, tomándolo más bien como ideas que no han llegado a estable-

cerse formalmente como un corpus teórico científicamente estructurado. Dentro de éstas aproximaciones se encuentran las siguientes:

- Teoría de mantener las manos ocupadas *-keeping idle hands busy theory-*. Probablemente sea la explicación más básica de todas. Así, el propio sentido común nos advierte que se está más feliz, o al menos mentalmente más sano, mientras se está ocupado, es decir, cuando se tiene algo que hacer. Desde este punto de vista, el ocio es importante para el bienestar personal en tanto en cuanto permite mantener esas manos ociosas *-idle hands-* ocupadas. Este planteamiento está muy próximo a las premisas de la moral cristiana que condenan la ociosidad y el envejecimiento personal que de ella se deriva.
- Hedonismo: teorías de la diversión, el placer y el relax *-pleasure-relaxation-fun theories-*. El hedonismo como teoría psicológica destaca el hecho de que el comportamiento humano se mueve orientado por la búsqueda del placer y la evitación del dolor. Según esta perspectiva, los breves y pasajeros placeres aportados por las experiencias de ocio incrementarían el

bienestar personal a más largo plazo. En este sentido, Larsen, Diener y Cropanzano (1987) consideran que para el mantenimiento del bienestar personal son más relevantes todos esos momentos de diversión que los episodios más infrecuentes de placer más intenso.

- Teoría de la compensación de necesidades *-need-compensation theory-*. Según la cual el ocio contribuye al bienestar personal a través de la satisfacción de necesidades. Un ejemplo de ello lo encontramos en Tinsley y Kass (1978) y Tinsley, Barrett y Kass (1977), quienes establecieron inicialmente más de cuarenta necesidades satisfechas en mayor o menor medida través de las actividades de ocio.
- Teorías del crecimiento personal. Con base en la noción de autoactualización de Maslow (1968), desde esta perspectiva las actividades de ocio representan una oportunidad estu-penda para que las personas adquieran una imagen de ellos mismos, de sus defectos y de sus virtudes. En este contexto, las personas pueden llegar a ser la clase de persona que les gustaría ser y, de esta manera, sentirse mejor con ellos mismos. Este continuo proceso de autoactualización les lleva a realizarse en la consecución de esa meta. Conceptos como el de grado de compromiso *-commitment-* (Ha-worth, 1984), ocio serio *-serious leisure-* (Stebbins, 1997), experiencia de flujo *-flow-* (Csikszent-mihalyi, 1990), se encuentran dentro de esta orientación teórica. Según estos autores, las personas que experimentan altos niveles de bienestar personal y satisfacción vital están más implicados en actividades libremente elegidas que suponen un reto para sus capacidades y que les requieren un esfuerzo.
- Teoría de la formación y afirmación de la identidad *-identity formation and affirmation theory-*. Según la cual, los seres humanos creamos una imagen de nosotros mismos de acuerdo con las reacciones que encontramos en los demás como respuesta a nuestros comportamientos. De acuerdo con esto, Shamir (1992) propone que las actividades de ocio y los procesos de identidad que generan son importantes para la generación del autoconcepto porque: proporcionan un reconocimiento social, reafirman valores e intereses personales y sirven para expresar las capacidades de la persona.
- Teoría de amortiguación y facilitación del afrontamiento *-buffer and coping theory-*. Según la cual el ocio influye indirectamente en la salud y el bienestar personal gracias a su capacidad para facilitar comportamientos de afrontamiento en respuesta a los eventos estresantes y transiciones que ocurren durante la vida, reduciendo su impacto negativo sobre la persona. (Coleman, 1993; Coleman e Iso-Ahola, 1993; Iso-Ahola, 1980; Iso-Ahola y Park, 1996) (Ver Figura 1). Este modelo aunque más reducido en cuanto al número de variables que lo componen guarda grandes similitudes con el modelo causal de Herzog, Franks, Markus y Holmber (1998) que vincula la realización de actividades de ocio con el bienestar personal de las personas mayores al incrementar su percepción como agente causal.

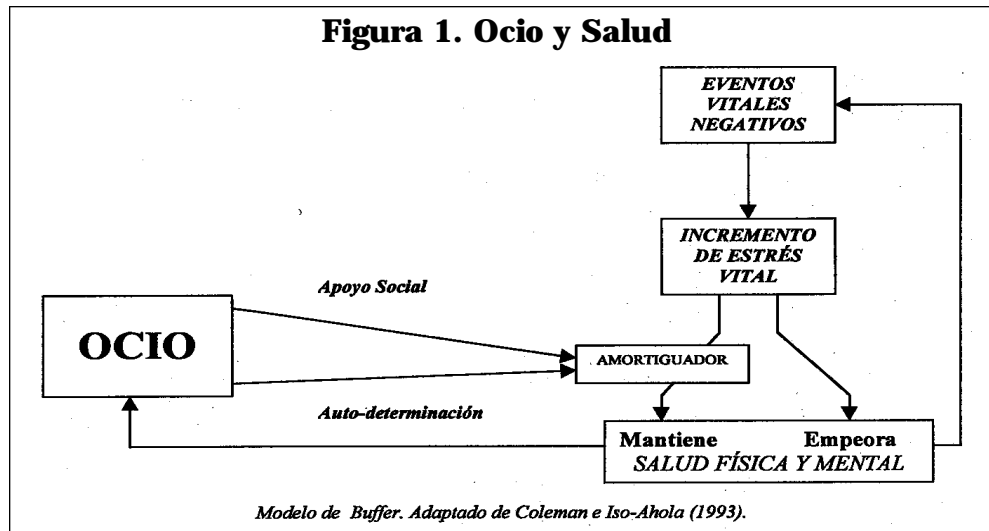
Si se tiene en cuenta el proceso de envejecimiento y los acontecimientos vitales estresantes que lo acompañan (pérdida de roles laborales activos, declive físico, pérdida de seres queridos, reducción de la red de apoyo familiar, etc.), el ocio se convierte en una potencial

fuerza para el mantenimiento de la salud física y mental; son numerosos los estudios que así lo demuestran (Bevil, O'Connor, y Mattoon, 1993; Dupuis y Smale, 1995; Hersch, 1990; Kelly, Steinkamp y Kelly, 1987; Riquelme y Buendía, 1996; Searle, Mahon, Iso-Ahola y Sdrolas, 1995). Así mismo, se han ofrecido evidencias que indican que si bien la propia naturaleza del proceso de envejecimiento puede afectar a la estructura y funciones de la red de apoyo, ésta no ha de verse necesariamente empobrecida. Al igual que en el resto de cambios y adaptaciones que se producen a lo largo de la vida, procesos como los de compensación o sustitución permiten mantener e incluso fortalecer la funcionalidad del apoyo recibido. Esto ocurre con el apoyo del grupo de iguales que, al igual que en otras fases del desarrollo humano, como es la infancia, juega un importante papel. En este sentido, por ejemplo, la integración social, la reafirmación personal o la superación de dificultades vitales, se ven claramente favorecidas a través de la interacción del mayor con sus amigos y compañeros en las actividades cotidianas. Todo esto justifica la necesidad de potenciar todas aquellas acciones que

supongan incrementar el contacto del mayor con su grupo de iguales como estrategia para intensificar las consecuencias positivas que se derivan de estos lazos sociales. El ocio proporciona en ese sentido un contexto extraordinario para la provisión de estos contactos sociales tan beneficiosos para el mayor.

De acuerdo con el modelo de Coleman e Iso-Ahola (1993), la participación en actividades de ocio facilitaría el afrontamiento de estos eventos vitales estresantes a través de dos vías. La primera consistiría en el alivio producido por la percepción de que cuentan con apoyo social. De esta manera, la compañía de las personas mayores que participan en ellas les haría sentirse menos vulnerables. Por otra parte, la motivación que presentan para tomar parte en estas actividades, así como la percepción de libertad y competencia que les transmiten, hacen que las personas mayores perciban un mayor control sobre sus vidas. Este segundo proceso contribuiría con el anterior al mantenimiento de su salud tanto física como psíquica.

Es en este marco teórico donde surge el presente estudio, en el que se aborda



la repercusión que los talleres de ocio dirigidos a las personas mayores tienen sobre el apoyo social y la percepción de control entre sus usuarios. Asimismo, se trata de comprobar si ayudan al mantenimiento de la salud psíquica y física del mayor. De este modo se intenta conocer mejor los efectos de un tipo de intervención cada vez más frecuente en los Servicios Sociales dirigidos a este colectivo, analizando las variables sobre las que recae su acción terapéutica. Esto permitirá abandonar prácticas inadecuadas y llevar a cabo una intervención psicosocial basada en un conocimiento más riguroso de la realidad que se aborda así como de los procesos y variables sobre los que se actúa. Consideramos particularmente conveniente este conocimiento en el campo de la intervención psicogerontológica. Donde, en muchas ocasiones, la única justificación que encuentran las actuaciones sociales se basa en el sentido común cuando no simplemente, y es aún más lamentable, en la inercia continuista de prácticas anteriores sin ningún respaldo teórico. En este sentido, los talleres de ocio representan un claro ejemplo de una práctica muy extendida en los Centros Gerontológicos españoles -Hogares, Clubes, Centros de Día o Residencias- que no encuentra su reflejo en la literatura científica. Basta para ello realizar una consulta a las bases de datos nacionales -ISOC, IME o SENIOR, entre otras- para comprobar el escaso número de registros que resultan al hacer una búsqueda combinada utilizando descriptores como envejecimiento y ocio. Es cuando menos paradójico que en una sociedad del bienestar como es la nuestra, en la que el ocio representa una conquista social para todos los sectores de la población, y especialmente para el cada vez más numeroso colectivo de las personas mayores, ambas realidades sociales no encuentren su eco entre las ciencias sociales en general y en la Psicología en particular.

MÉTODO

Participantes

Las personas que han tomado parte en este estudio son socios del Centro de Día para las Personas Mayores "Málaga-Trinidad" que participaron en los talleres de actividades organizados durante el período 1998-1999. La muestra inicial se componía de 122 participantes cuyo único requisito, además de superar los cincuenta años, era haber solicitado integrarse en alguna de las actividades desarrolladas en el Centro. De la muestra original se desprendieron veinticuatro sujetos por causas como: negativa a completar la evaluación final, baja por no asistir regularmente al taller, o imposibilidad de contactar con ellos una vez concluida su participación. En cuanto al grupo control, algunos de sus miembros fueron llamados a participar en alguno de los talleres por ellos solicitados, por lo que necesariamente se tuvo que dejar de contar con los mismos. La reducción muestral no afectó significativamente a su configuración de partida. En este sentido, las características de la muestra aparecen recogidas en la tabla 1.

La muestra incluía tanto personas que participaban por primera vez en los talleres como otras que lo habían hecho el año anterior. De esta forma se podía disponer de medidas directas sobre el mantenimiento temporal de los resultados obtenidos anteriormente con las mismas actividades.

Instrumentos de evaluación

En este estudio se analizaron las siguientes variables: apoyo social (percibido y objetivo), control percibido, autoeficacia social percibida, salud física y psíquica autoinformada y deterioro cognitivo. Para la evaluación del apoyo social percibido se utilizó la escala de DÚKE-UNC. Este cuestionario, adaptado a la población española

TABLA 1
Composición de la muestra

N	98 personas
EDAD	Media = 67,6 ; D.T. = 6,9 ; rango: 50-82 años.
SEXO	Porcentajes: Mujeres: 69,4 ; Hombres: 30,6
ESTADO CIVIL	Porcentajes: soltero/a: 6,1 ; casado: 59,2 ; viudo/a: 31,6 ; separado/a- divorciado/a: 3,1.
NIVEL DE ESTUDIOS	Porcentajes: No sabe leer: 5,1 ; E. Primarios incompletos: 43,9 ; Es. Primarios: 27,6; F.P./E. medias: 18,3 ; E. universitarios: 5,1.

por De la Revilla, Bailón, Luna y Delgado (1991) (alfa de Cronbach = .82; de la Revilla y otros, 1991), mide dos dimensiones de apoyo social percibido: confidencial y afectivo. Para la evaluación del apoyo social objetivo, se empleó la Escala de Recursos Sociales OARS de Fillenbaum (1978) (rango de valores del alfa de Cronbach = .62 to .89; Bowling, 1997), adaptada al castellano por Montorio (1990).

En la valoración del control percibido, se ha utilizado la versión reducida de la Escala de Lugar de Control Deseado de Reid, Haas, y Hawkings (1977) (alfa de Cronbach = .67; Reid, Haas y Hawkings, 1977). La escala arroja tres puntuaciones: deseo de control, expectativa de control y control percibido total. A través de esta puntuación se obtenía una media de la dimensión más genérica del componente denominado autodeterminación en el modelo de Coleman e Iso-Ahola (1993). La autoeficacia social fue medida a través de la subescala de Autoeficacia Social de la Escala de Autoeficacia de Sherer y Adams (1985) (Fernández-Ballesteros, 1987) (alfa de Cronbach = .71, Bowling, 1997). Con esta medida se conseguía tener un componente más preciso de la dimensión autodeterminación, delimitándola a la percepción de control que tenía la persona mayor para desenvolverse en situaciones

que implicaban contactos sociales.

En la evaluación de la salud se han tenido en cuenta cuatro aspectos: salud física autoinformada durante el último año y en las dos últimas semanas, salud psíquica autoinformada y salud autopercibida. Para ello se utilizó un cuestionario sobre calidad de vida adaptado a la población española (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993; Fernández-Ballesteros, Mazarrón y Maciá, 1996), desarrollado específicamente para su uso con personas mayores (alfa de Cronbach = .84; Fernández-Ballesteros, Mazarrón y Maciá, 1996). Junto con estos cuatro indicadores, y de acuerdo con esta estructura unifactorial, confirmada en el presente estudio (67,56 % de la varianza explicada), se calculó un índice global de salud a partir de puntuación factorial.

En la valoración del posible deterioro cognitivo de los participantes, se empleó el cuestionario SPMSQ (Pfeiffer, 1975). Este instrumento consta de diez elementos en los que se evalúa la orientación temporal y espacial, así como el grado de conocimiento o información sobre aspectos cotidianos de su vida.

En la evaluación de las actividades realizadas por la persona durante el día, lo que se conoce como actividad no formal,

se tuvo en cuenta tanto la frecuencia con la que las llevaba a cabo como el grado de satisfacción que le reportaban. Para ello se utilizaron treinta y uno de los ítems del cuestionario de calidad de vida (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993). Junto con estos instrumentos, se confeccionó una breve escala compuesta por ocho cuestiones en las que el sujeto expresada el grado de satisfacción con los aspectos organizativos y los beneficios personales que habían obtenidos a través de su participación en el taller. A estas preguntas se añadía un apartado donde los participantes podían indicar las observaciones que estimaran oportunas.

Procedimiento

Se eligieron cuatro actividades representativas entre las desarrolladas en los variados talleres del Centro -bailes regionales y de salón, música, alfabetización, telares, etc.-. Las actividades elegidas se correspondían con los cuatro grupos experimentales, a saber: gimnasia, informática, manualidades y dibujo-pintura. El quinto grupo, el de control, lo integraban aquellas personas que debido al cupo de participantes por taller, no pudieron entrar inicialmente en ninguna actividad, por lo que se encontraban en lista de espera aguardando que se produjera alguna baja entre los participantes. La participación semanal dependía de cada taller, e iba desde las dos horas y media hasta las cuatro horas. En cuanto al número de sesiones por semana, salvo en el caso del taller de gimnasia, en el que la propia naturaleza de la actividad requería distribuirla en varios días, la concentración de sesiones en otros talleres respondía a motivos de disponibilidad de recursos económicos y de espacio. Las actividades de gimnasia, manualidades y dibujo y pintura tuvieron una duración de ocho meses, mientras que la del taller de informática se redujo a dos meses.

Se empleó un diseño pre-post, la eva-

luación inicial tuvo lugar en los meses de septiembre y octubre de 1998, justo antes del comienzo de cada taller. La medición final se completó una vez finalizada cada actividad, en diciembre de 1998 en el caso de informática y en junio de 1999 en los restantes talleres. Salvo en el caso de la variable deterioro cognitivo y autoeficacia social, que se evaluaron a través de entrevista, el resto de pruebas se administraron en formato de autoinforme. Del total de la muestra sólo hubo doce personas a las que bien por dificultades visuales o por analfabetismo, se las tuvo que evaluar individualmente únicamente a través de entrevista.

Resultados

En el análisis de las puntuaciones obtenidas se utilizó la versión 8.0 del paquete estadístico S.P.S.S. Se emplearon pruebas no paramétricas, pues tanto el carácter nominal u ordinal de las variables como la ausencia de certeza sobre su distribución normal, limitaban el uso de estadísticos paramétricos. En el caso de las comparaciones intragrupo se empleó la prueba W de Wilcoxon. Para adecuar el contraste de los valores arrojados por este estadístico, se empleó la prueba exacta de Monte Carlo, la cual permite estar más seguro acerca de la significación estadística de los contrastes realizados (N.C. = 99%). Los resultados que aparecen en la Tabla 2 muestran una repercusión de la participación en los talleres sobre el apoyo social, el control percibido y la autoeficacia social de sus usuarios. Así, si se atiende a las diferencias en los grupos experimentales entre el comienzo y la finalización de los talleres (Ver columna nº 5), son significativas ($p < .01$) tanto para el apoyo afectivo como para el confidencial.

En lo relativo al apoyo social objetivo, los resultados de los análisis realizados sobre las diferencias observadas en los ítems de la escala OARS no permiten confirmar la hipótesis de incremento en esta

Tabla 2: Comparaciones de los valores iniciales y finales de las variables analizadas en los grupos experimentales y control.

VARIABLE	MEDIAS				DIFERENCIAS													
	Grupos Experimentales (Talleres) Columna 1		Grupo Control (Reserva) Columna 2		Gr. Exper. - Gr. Cont. (Inicio) Columna 3			Gr. Exper. - Gr. Cont. (Final) Columna 4			Gr. Exper. - Gr. Exper. (Inicio) Columna 5			Gr. Cont. - Gr. Cont. (Final) Columna 6				
	n	Inicio	Final	n	Inicio	Final	Z (1)	Sig.	n	Z (1)	Sig.	n	Z (2)	Sig.	n	Z (2)	Sig.	
Apoyo Social Percibido	77	36.84	42.84	20	36.35	33.15	122	-36	.262	97	-4.30	.000**	77	-6.15	.000**	20	-2.75	.004*
Apoyo Afectivo	78	19.79	23.34	20	21.00	18.15	122	-1.14	.722	98	-3.94	.000**	78	-5.82	.000**	20	-2.81	.004*
Apoyo Confidencial	78	16.97	19.42	20	15.35	15.00	122	-2.27	.021*	97	-4.09	.000**	77	-5.04	.000**	20	-7.3	.490
Control Percibido	78	31.24	37.56	20	31.35	27.35	122	-0.2	.989	98	-3.34	.001**	78	-4.75	.000**	20	-1.96	.025
Deseo de Control	78	15.62	16.97	20	15.30	13.30	122	-3.0	.759	98	-4.28	.000**	78	-2.79	.003**	20	-2.39	.015*
Creencia de Control	78	13.51	15.11	20	13.80	14.20	122	-1.1	.913	98	-9.7	.333	78	-4.75	.000**	20	-8.5	.427
Autoeficacia Social	78	20.08	21.34	20	20.20	18.75	122	-8.1	.416	98	-1.85	.064	78	-2.462	.013*	20	-1.164	.262
Salud autoinformada																		
Salud física último año	77	33.76	33.77	20	33.40	33.20	121	-0.7	.951	98	-1.06	.920	77	-2.7	.798	20	-3.7	.725
Salud física últimas semanas	76	71.67	71.17	20	69.95	69.40	122	-6.2	.534	96	-5.5	.589	76	-1.11	.275	20	-3.2	.762
Salud Psíquica	78	38.65	39.80	20	39.65	39.25	122	-1.4	.895	98	-1.5	.885	78	-1.98	.048*	20	-3.9	.706
Salud Percibida	78	9.56	10.01	20	9.10	8.75	122	-2.1	.834	98	-2.48	.013*	78	-1.82	.069	20	-1.05	.325
Salud Total (Análisis Factor.)	75	49.93	50.78	20	48.96	47.82	121	-1.5	.911	96	-9.2	.367	75	-5.7	.579	20	-9.3	.373
Deterioro Cognitivo	74	0.19	0.16	20	0.25	0.40	118	-0.2	1.00	98	-2.20	.032*	74	-5.0	.811	20	-9.0	.565

(1) Estadístico de contraste U de Mann Whitney a través de la prueba exacta de Monte Carlo, basada en 10.000 muestras calculadas a partir de la muestra original (nivel de confianza 99%)
 (2) Valor Z del estadístico W de Wilcoxon a través de la prueba exacta de Monte Carlo, basada en 10.000 muestras calculadas a partir de la muestra original (nivel de confianza 99%)
 (*) Estadísticamente significativo con un $\alpha = 0,05$ bilateral
 (**) Estadísticamente significativo con un $\alpha = 0,01$ bilateral

variable. Aunque se confirma que los participantes de los talleres de actividades cuentan con más personas de confianza tras su paso por los talleres, así como que significativamente autoinforman de sentirse con menor frecuencia solos, no se observan diferencias significativas en el resto de ítems que componen este cuestionario.

Las puntuaciones en control percibido sí que acusaron diferencias significativas ($p < .01$) tanto en el deseo como en la creencia de control. La variable autoeficacia también muestra un incremento destacable aunque con un nivel de significación algo inferior ($p < .05$).

En cuanto a la salud, se observó una mejoría significativa ($p < .05$) en la subescala de salud psíquica. Junto con los cuatro indicadores, se calculó un índice global de salud a partir de puntuación factorial (método de componentes principales). Los resultados obtenidos permitían apoyar la existencia de una estructura unifactorial subyacente que explicaba el 67,56 % de la varianza de las puntuaciones originales. Los pesos factoriales de cada una de las medidas iniciales son los siguientes: Salud física en el último año (.837), salud física en las dos últimas semanas (.883), salud psíquica (.852) y salud auto-percibida (.704). Si bien la puntuación factorial experimentó un ligero incremento en los grupos de talleres, esta diferencia no llegó a alcanzar la significación estadística. Lo mismo ocurrió con la variable deterioro cognitivo. No obstante, hay que decir que los valores iniciales de esta variable estaban próximos a cero, por lo que realmente se hacía prácticamente imposible alcanzar una mejoría significativa. Esta diferencia sí aparece cuando se comparan las puntuaciones finales de los grupos experimentales y control mediante a prueba U de Mann-Whitney ($p < .05$) (Ver columna 4).

Esta mejoría en los grupos de talleres se ve reafirmada cuando se observan los

cambios acontecidos en las mismas variables en el grupo control (Ver columna nº 6). En éste no sólo no se observaron mejoras en las variables anteriormente comentadas sino que las puntuaciones en apoyo social afectivo y en deseo de control manifestaron un descenso significativo ($p < .05$).

Los contrastes realizados entre los valores iniciales de los grupos experimentales y control utilizando el estadístico U de Mann-Whitney (Ver columna nº 3) muestran la similitud entre ambos en todas las medidas. Únicamente aparece una diferencia significativa ($p < .05$) en el componente confidencial del apoyo social.

La Tabla 3 contiene los resultados de las comparaciones realizadas a fin de comprobar el mantenimiento temporal de los efectos anteriormente expuestos. Como se indicaba en la descripción de la muestra, en el estudio participaron personas con y sin experiencia en los talleres de ocio, lo que permitía comprobar tanto si existían diferencias iniciales entre ambos grupos como ver si estas diferencias desaparecían tras el paso conjunto por los talleres. En lo relativo a las primeras, se puede apreciar que aparecen diferencias iniciales a favor de los usuarios que habían participado el año anterior tanto en la variable apoyo social como en el control percibido. Es el componente confidencial, es decir, el apoyo social percibido procedente de los amigos y compañeros el que establece una diferencia inicial significativa entre ambos grupos ($p < .05$). Igualmente, es precisamente la creencia de control la que también es mayor en el grupo con experiencia, y la que afecta a las diferencias globales en control percibido ($p < .05$). No aparecen diferencias iniciales en lo referente a la autoeficacia social ni en la salud global. Sólo aparece una diferencia significativa en la salud física autoinformada durante el último año ($p < .05$). Si ahora observamos la columna tres de la misma tabla, podremos apreciar que tales diferencias han

Tabla 3. Comparaciones de los valores iniciales y finales de las variables analizadas en los grupos experimentales atendiendo a la experiencia previa de participación de los usuarios.

VARIABLE	MEDIAS				DIFERENCIAS						
	Grupo con experiencia anterior (GCE) Columna 1		Grupo sin experiencia anterior (GSE) Columna 2		GCE - GSE (Inicio) Columna 3		GCE - GSE (Final) Columna 4				
	n	Inicio	Final	n	Inicio	Final	Z	Sig.			
Apoyo Social Percibido	25	39.76	45.96	53	35.28	41.35	-2.21	.027*	77	-0.784	.436
Apoyo Afectivo	25	21.44	24.84	53	19.15	22.64	-1.91	.056	78	-0.951	.350
Apoyo Confidencial	25	18.61	21.12	53	16.13	18.61	-2.52	.011*	77	-1.115	.917
Control Percibido	25	33.72	42.16	53	30.07	35.40	-2.25	.025*	78	-0.391	.704
Deseo de Control	25	16.04	17.8	53	13.02	16.58	-1.42	.160	78	-1	.317
Creencia de Control	25	14.56	16.48	53	13.02	14.47	-2.23	.026*	78	-0.232	.825
Autoeficacia Social	25	20.96	21.96	53	19.68	21.06	-1.62	.107	78	-0.064	.950
Salud Autoinformada	24	36.08	35.2	53	32.72	32.92	-2.15	.030*	77	-2.26	.027*
Salud física último año	25	73.08	73.12	53	71.00	70.27	-0.785	.439	77	-1.14	.262
Salud física últimas semanas	25	39.76	40.88	53	38.13	39.30	-1.07	.282	78	-0.274	.781
Salud Psíquica	25	9.52	10.32	53	9.58	9.86	-0.282	.620	78	-0.607	.547
Salud Percibida	23	52.67	53.80	52	48.72	49.44	-1.101	.280	76	-1.11	.278
Salud Total (Anal. Factorial)	23	0.22	0.12	53	0.18	0.21	-1.118	1.00	76	-0.246	1
Deterioro Cognitivo											

(1) Estadístico de contraste U de Mann Whitney a través de la prueba exacta de Monte Carlo, basada en 10.000 muestras calculadas a partir de la muestra original (nivel de confianza 99%)
 (*) Estadísticamente significativo con un $\alpha = 0,05$ bilateral
 (**) Estadísticamente significativo con un $\alpha = 0,01$ bilateral

desaparecido. De acuerdo con lo que cabría esperar tras el paso por los talleres, el grupo novel alcanzó el nivel que presentaba el grupo con experiencia al inicio de la actividad. La única diferencia significativa que continuaba existiendo es la relativa a la salud física del último año ($p < .05$); lo que confirma la equiparación entre ambos grupos una vez concluido el período de actividades. Por tanto se puede afirmar que los efectos sobre el apoyo social, el control percibido y la autoeficacia social ejercidos por estas actividades perduran pasados tres meses. Tiempo transcurrido entre la finalización de los talleres de ocio en que participaron los usuarios con experiencia y el comienzo de los aquí analizados.

En cuanto a los efectos diferenciales ejercidos por los diferentes talleres, en la tabla 4 se resumen las medias iniciales y finales de las variables analizadas en cada una de las distintas actividades.

Como se observa en los resultados del contraste, se puede apreciar que la única actividad que estadísticamente no ejerció una influencia significativa sobre sus usuarios fue la de dibujo y pintura. Si bien se vieron incrementadas las puntuaciones globales en apoyo social y control percibido, estas diferencias no fueron significativas. Salvo en este taller, en los restantes sí se produjeron incrementos de este tipo en apoyo social y control percibido. En el caso de informática también se observaron cambios destacables en la variable autoeficacia social ($p < .05$). En sólo una de las actividades se manifestó esto mismo en los indicadores de salud, concretamente en la salud psíquica y la salud percibida, que aumentaron en el taller de gimnasia ($p < .05$).

Conclusiones

Con las limitaciones de generalización que conlleva cualquier estudio de naturaleza cuasiexperimental realizado en un

contexto aplicado, los resultados hallados confirman parcialmente el Modelo de *Buffer* de Coleman e Iso-Ahola (1993). Se observa una clara repercusión de los talleres de ocio sobre el apoyo social y el control percibidos de sus usuarios, que también se ven así mismos más competentes en situaciones de interacción social. El incremento en las puntuaciones de control percibido y autoeficacia social encuentra reflejo igualmente en el modelo causal propuesto por Herzog y otros (1998), según el cual las actividades de ocio durante el envejecimiento ayudan a aumentar el bienestar subjetivo a través de su repercusión sobre el autoconcepto del mayor afectando a su percepción como agente causal y a su identidad social.

Es de destacar que es precisamente en la percepción de apoyo social, y no en el apoyo social objetivo, donde se manifiestan estas diferencias, lo que va en consonancia con la primera vía de actuación de los talleres teorizada por estos autores. Es decir, los participantes se ven a sí mismos con más posibilidades de recibir ayuda proveniente de los demás, lo que en principio reduciría la repercusión negativa que los avatares de la vida cotidiana tienen sobre su salud. Igualmente, en el presente trabajo no se observaron esos cambios sobre las medidas de salud empleadas, únicamente como ocurrió con el apoyo social, aparecieron diferencias entre los grupos de talleres y el de reserva en la variable salud percibida. Consideramos que esta influencia no deja de ser importante para la adaptación del mayor, porque la salud subjetiva presenta una importante relación con el bienestar personal. Relación que supera según algunos autores (Argyle, 1996; Diener, 1984; Zautra y Hempel, 1984) a la que se establece con la salud objetiva.

Obtiene también una respuesta positiva la cuestión sobre la perdurabilidad de estos efectos positivos. El diseño utilizado permite afirmar que éstos al menos siguen

Tabla 4. Comparaciones de los valores iniciales y finales de las variables analizadas en cada uno de los grupos de talleres

VARIABLE	TALLERES															
	GIMNASIA				MANUALIDADES				DIBUJO Y PINTURA				INFORMÁTICA			
	n	Media Inicial	Media Final	Z	n	Media Inicial	Media Final	Z	n	Media Inicial	Media Final	Z	n	Media Inicial	Media Final	Z
Apoyo Social Percibido	22	36.5	42.9	-3.40 .001**	15	34.1	42.2	-3.0 .001**	8	34.3	38.6	-1.61 .121	20	37.7	42.3	-2.82 .003**
Apoyo Afectivo	23	19.4	23.3	-3.81 .000**	15	19.1	23.1	-2.39 .013*	8	18.4	21.3	-1.12 .299	20	20.3	23.3	-2.81 .004**
Apoyo Confidencial	22	16.8	19.3	-2.33 .000**	15	15	19.1	-3.08 .001**	8	15.9	17.4	-1.36 .203	20	17.4	19	-2.06 .040*
Control Percibido	23	30.4	36.5	-2.42 .014*	15	32	39.1	-2.17 .030*	8	30.6	31.7	-.42 .744	20	30.3	37.2	-2.73 .004**
Deseo de Control	23	16.3	16.8	-.55 .593	15	15.1	17.3	-1.88 .063	8	16.5	16.1	-.43 .734	20	15	16.8	-1.95 .057
Creencia de Control	23	12.7	14.7	-2.84 .003**	15	14.3	15.5	-1.23 .243	8	12.4	13.4	-.85 .435	20	13.5	15.2	-2.40 .014*
Autoeficacia Social	23	20.2	20	-.01 .991	15	20.2	22.2	-1.92 .055	8	17.8	17.6	-.256 .837	20	19.8	22.4	-2.34 .017*
Salud Autoinformada	22	34.3	33.8	-.37 .722	15	32.1	33.6	-.819 .428	8	33.3	32	-1.06 .407	20	35.1	35.1	0.00 1.00
Salud física último año	23	71.3	68.9	-1.40 .167	14	66.9	69.7	-3.46 .760	7	69.7	66.6	-1.26 .248	20	75.2	75	-.20 .873
Salud física últ. Semanas	23	35.8	37.9	-2.05 .038*	15	37.5	38.5	-.597 .573	8	37.8	37.4	-.632 .593	20	43.2	43	-.35 .747
Salud Psíquica	23	8.9	9.7	-2.18 .028*	14	9.8	10.3	-.558 .632	8	8.6	9.8	-1.66 .188	20	10.4	10.1	-1.04 .335
Salud Percibida	23	48.27	49.04	-.400 .710	14	47.3	49.8	-.408 .715	7	46.9	46.3	-1.85 .467	20	54.6	52.3	0.00 1.00
Salud Total (Anal. Fact.)	22	0.18	0.14	-.45 1.00	14	29	.07	-1.73 .258	7	.14	.43	-1.00 1.00	20	.10	.15	-.58 1.00
Deterioro Cognitivo																

(1) Valor Z del estadístico W de Wilcoxon a través de la prueba exacta de Monte Carlo, basada en 10.000 muestras calculadas a partir de la muestra original (nivel de confianza 99%)

(*) Estadísticamente significativo con un $\alpha = 0,05$ bilateral

(**) Estadísticamente significativo con un $\alpha = 0,01$ bilateral

estando presentes tres meses después de que los Centros hayan concluido las actividades de sus talleres de ocio. Ofrecer una conclusión similar sobre la actividad o actividades que resultan más beneficiosas no es tan fácil. En este sentido, el reducido número de participantes en algunos talleres, concretamente en el de dibujo y pintura, podría explicar los pobres resultados obtenidos con relación al resto. No obstante, si se obvia esta circunstancia, tomados los resultados en conjunto, la

jerarquización de las actividades en orden a su influencia sobre las variables analizadas sería la siguiente: gimnasia, informática, manualidades y dibujo y pintura.

Todos estos resultados, junto con la gran satisfacción que muestran los usuarios con el desarrollo de estas actividades, justifican y alientan la promoción de los talleres de ocio como estrategia de intervención social en el colectivo de personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfonso, V.C., Allison, D.B. y Rader, D.E. (1996). The Extended Satisfaction With Life Scale: Development and psychometric properties. *Social Indicators Research*, 38(3), 275-301.
- Argyle, M. (1996). *The Social Psychology of Leisure*. Londres: Penguin Books.
- Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. En D. Kahneman y E. Diener (Eds.), *Well-being: The foundation of hedonic psychology* (pp. 353-373). Nueva York, NY: Russell Sage Foundation.
- Bevil, C.A., O'Connor, P.C. y Mattoon, P.M. (1993). Leisure activity, life satisfaction, and perceived health status in older adults. *Gerontology and Geriatrics Education*, 14(2), 3-19.
- Bisconti, T.L. y Bergeman, C.S. (1999). Perceived Social Control as a Mediator of the Relationships Among Social Support, Psychological Well-Being, and Perceived Health. *The Gerontologist*, 39(1), 94-103.
- Bowling, A. (1997). *Measuring Health: A review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.
- Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago, IL: Aldine Publishing.
- Cassidy, T. (1996). All work and no play: A focus on leisure time as a means for promoting health. *Counselling Psychology Quarterly*, 9(1), 77-90.
- Coleman, D. (1993). Leisure based social support, leisure dispositions and health. *Journal of Leisure Research*, 25, 350-361.
- Coleman, D. e Iso-Ahola, S.E. (1993). Leisure and health: The role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research*, 25, 111-128.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. Nueva York: Harper Perennial.
- De la Revilla, L., Bailón, E., Luna, J.D. y Delgado, A. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 6(8), 688-670.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-76.
- Dupuis, S.L. y Smale, B.J. (1995). An examination of relationship between psychological well-being and depression and leisure activity participation among older adults. *Society and Leisure*, 18(1), 67-92.
- Fernández-Ballesteros, R. (1987). *El ambiente: Un análisis Psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. y Maciá, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención social*, 5, 77-94.
- Fernandez-Ballesteros, R., Mazarrón y Maciá (1996). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: INSERSO.
- Fillenbaum, G.G. (1978). *Multidimensional functional assessment: The OARS Methodology - A Manual*. Durham: Center for the Study of Aging and Human Development, Duke University.

- Haworth, J.T. (1984). The perceived nature of meaningful pursuits and the social psychology of commitment. *Society and Leisure*, 7, 197-216.
- Hersch, G. (1990). Leisure and aging. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 9(2), 55-78.
- Herzog, A.R., Franks, M.M., Markus, H.R., y Holmberg, D. (1998). Activities and Well-Being in Older Age: Effects of Self-Concept and Educational Attainment. *Psychology and Aging*, 13(2), 179-185.
- Iso-Ahola, S.E. (1980). *The social psychology of leisure and recreation*. Dubuque, IA: Brown Company Publishers.
- Iso-Ahola, S.E. y Park, C.J. (1996). Leisure-related social support and self-determination as buffers of stress-illness relationship. *Journal of Leisure Research*, 28(3), 169-187.
- Kelly, J.R., Steinkamp, M.W. y Kelly, J. (1987). Later-life satisfaction: Does leisure contribute? *Leisure Sciences*, 9, 189-200.
- Lane, R.E. (2000). Diminishing returns to income, companionship and happiness. *Journal of Happiness Studies*, 1(1), 103-119.
- Larsen, R.J., Diener, E. y Cropanzano, R.S. (1987). Cognitive operations associated with individual differences in affect intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 767-774.
- Mannell, R.C. y Kleiber, D. A. (1997). *A Social Psychology of Leisure*. State College: Venture Publishing.
- Maslow, A.H. (1968). *Toward a psychology of being*. Toronto, ON: Van Nos Reinhold.
- Montorio, I. (1990). *Evaluación psicológica en la vejez: Instrumentación desde un enfoque multidimensional*. Tesis doctoral no publicada: Universidad Autónoma de Madrid.
- Neugarten, B.L., Havighurst, R.J. y Tobin, S.S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Pfeiffer, E. (1975). A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23, 433-441.
- Reid, D.W., Haas, G. y Hawkings, D. (1977). Locus of Desired Control and Positive Self-Concept of the Elderly. *Journal of Gerontology*, 32 (4), 441-450.
- Riquelme, A. y Buendía, J. (1996). Apoyo social, autoeficacia y depresión en ancianos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 31(2), 83-88.
- Searle, M.S., Mahon, M.J., Iso Ahola, S.E. y Sdrolias, H.A. (1995). Enhancing a sense of independence and psychological well-being among the elderly: A field experiment. *Journal of Leisure Research*, 27(2): 107-124.
- Shamir, B. (1992). Some correlates of leisure identity salience: Three exploratory studies. *Journal of Leisure Research*, 24, 301-323.
- Sherer, M. y Adams, C.H. (1983). Construct validation of the Self-efficacy Scale. *Psychological Reports*, 53, 899-902.
- Stebbins, R.A. (1997). Serious leisure and quality of life. En J.T. Haworth (Ed.), *Work, leisure and well-being* (pp. 117-130). Nueva York: Greenwood Press.
- Tinsley, H.E. y Kass, R.A. (1978). Leisures activities and need satisfaction: A replication and extension. *Journal of Leisure Research*, 10, 191-202.
- Tinsley, H.E., Barrett, T.C. y Kass, R.A. (1977). Leisure activities and need satisfaction. *Journal of Leisure Research*, 9, 110-120.
- Zautra, A. y Hempel, A. (1984). Subjective Well-Being and Physical Health: A Narrative Literature Review with Suggestions for Future Research. *International Journal of Aging and Human Development*, 19(2), 95-110.