

Percepción de la salud y acceso de las personas mayores en Galicia a los recursos sanitarios, sociales y de ocio¹

Este trabajo aborda la percepción que presentan las personas mayores no institucionalizadas sobre su salud y el acceso que tienen a los recursos sanitarios, sociales y de ocio. Se trata de un estudio basado en el análisis de un cuestionario en el que participaron 407 sujetos. Como resultados y conclusiones se puede destacar que la percepción sobre su estado de salud es aceptable y resulta ligeramente preocupante el sentimiento de soledad y dependencia que les invade; entre los recursos que les son más cercanos está la iglesia, el centro de salud y la farmacia. Son asiduos a la televisión y a la radio.

Palabras clave: calidad de vida, educación gerontológica, recursos socio-sanitarios, recursos de ocio.

Perception of Health and Access of Old People to Health, Social and Leisure Resources in Galicia

In this paper the perception of non-institutionalized elderly persons about their health and access to health, social and leisure resources is dealt with. We approached this study based on the analysis of a questionnaire in which 407 subjects took part. With regards to the conclusions reached, the health of the participants is acceptable while their feelings of loneliness and dependence turn out to be a bit worrying. The closest resources they have are the church, the health centre and the pharmacist. They are used to watching TV and listening to the radio.

Nd017

M^a Carmen
Ricoy Lorenzo

Profesora Contratada
Doctora
Facultad de Ciencias de la
Educación
Universidad de Vigo
cricoy@uvigo.es

Margarita Pino
Juste

Profesora Titular
Facultad de Ciencias de la
Educación y del Deporte
Universidad de Vigo
mpino@uvigo.es

¹ El trabajo aquí presentado procede del desarrollo de un proyecto de investigación, ref.: HP2005-0086 (subvencionado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología español), centrado en el diseño y desarrollo de programas de educación gerontológica y sociocultural, con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas mayores no institucionalizadas.

NOTAS

M^a CARMEN RICOY
LORENZO Y
MARGARITA PINO JUSTE

Keywords: quality of life, education of the elderly, public health resources, leisure resources.

1. Introducción

En Galicia, como en el resto de España, la situación poblacional se modificó enormemente en las últimas décadas y la estructura social también se encuentra fuertemente afectada. Entre otros aspectos cabe resaltar el incremento de los hogares unipersonales, la permanencia de los hijos/as en la vivienda familiar hasta bien entrados los treinta años y, sobre todo, la incorporación de la mujer al mundo laboral con la consiguiente disminución de la disponibilidad para continuar cumpliendo su tradicional rol de cuidadora de las personas mayores en situación de dependencia.

A pesar de que definir la 'vejez' resulta complejo, como manifiestan los expertos, partimos de que lo que se tiene que evaluar y analizar al investigar sobre la misma son los efectos que produce el paso del tiempo en el sujeto y las modificaciones que ello conlleva, tanto desde una perspectiva individual (a través de un enfoque biológico, psicológico y sociocultural de la vejez), como colectiva: el envejecimiento de la población y sus consecuencias económicas, sanitarias y sociales (Malagón, 1995).

El proceso de envejecimiento afecta a la persona que lo vive y a sus allegados (Pérez Melero, 2000). El peso demográfico de los mayores en las sociedades industrializadas con la desaparición progresiva de sus cuidadoras tradicionales, la desestructuración familiar o el incremento de síndromes y trastornos que originan dependencia, hacen que el envejecimiento se convierta en una *cuestión social*, con consecuencias sobradamente conocidas: mayor dependencia y fragilidad (Abate et al., 2006; Ahmed, Mandel y Fain, 2007), menos redes sociales (Rosa, Benício, Alves y Lebrão, 2007) y escaso poder adquisitivo. Todo esto genera enormes dificultades en las condiciones de vida de las personas con edad avanzada.

Las situaciones carenciales en la vejez se incrementan debido al estado de necesidad y vulnerabilidad de las personas mayores que afecta a toda la comunidad y se traduce en nuevas demandas (mayoritariamente de servicios socio-sanitarios especializados), suscitando la exigencia de afrontar dignamente la 'vejez' desde sus diferentes problemas (Brandes y Walter, 2007; Görre y Martin, 2004).

Diferentes investigaciones (Eurostat, 2006; Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2006) reflejan que los problemas que manifiestan los mayores de 65 años en España tienen que ver con la

NOTASPERCEPCIÓN DE LA SALUD
Y ACCESO DE LAS
PERSONAS MAYORES EN
GALICIA A LOS RECURSOS
SANITARIOS, SOCIALES Y DE
OCIO

economía, la salud, la soledad y el desarraigo o rechazo familiar. El *Informe de la Subcomisión de la Familia al Congreso de los Diputados* (Boletín Oficial de las Cortes Generales, 1997), recoge como grandes ‘problemas’ las situaciones de mayor dependencia, vulnerabilidad, soledad y menor poder adquisitivo, así como, en muchos casos, viviendas deficientes. Problemáticas que de forma similar también afectan a la población gallega.

La meta de la sociedad debe ser lograr un envejecimiento activo tal como lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS), entendido como el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, psicológico y social durante toda la existencia (Organización Mundial de la Salud, 2001); ello con el objetivo de ampliar la esperanza de vida, así como la productividad y calidad de esta etapa.

Para alcanzar las referidas metas, los recursos sociales se centran especialmente en favorecer hábitos saludables y actitudes positivas hacia el envejecimiento, estimular la participación e integración del mayor en la comunidad, posibilitar su formación permanente, promocionar su relación social y canalizar oportunamente sus actividades de ocio en el tiempo libre.

En la revisión de la literatura existente sobre la relación medioambiente y vejez, Fernández Ballesteros y Corraliza (2000) indican que a la persona la guía su interacción con el ambiente en función de planes específicos. Una de las conceptualizaciones de este proceso se basa en el análisis de la compatibilidad, entendiendo que ésta existe cuando se registra coincidencia entre las personas (sus necesidades y/o intenciones) y el ambiente (sus oportunidades y/o demandas de acción). La incompatibilidad tiene su origen tanto en el funcionamiento inadecuado del ambiente (capacidad restrictiva del mismo, pobreza informativa de éste, repetitividad, etc.), como en las disposiciones inadecuadas por parte de las personas (conflictos internos, falta de interés y de recursos personales para planear u organizar su propia acción).

En la actualidad los asuntos sobre calidad y estilos de vida, entre otros, generan una cada vez mayor preocupación y van ganando espacio en las discusiones facultativas, políticas, psicológicas, sociales y educativas (Kran y Martins, 2006). El concepto calidad de vida es difícil de definir (Velarde y Ávila-Figueroa, 2002), de hecho hay muchas definiciones globales y abstractas. Por ello, algunos autores (Patrick y Ericsson, 1993) sugirieron utilizar el término calidad de vida relacionado con la salud, conceptualizándolo como los niveles

de bienestar y satisfacción asociados con los acontecimientos que una persona puede padecer como consecuencia de una enfermedad o de su tratamiento.

En consecuencia, partimos de que es necesario reorganizar los recursos sanitarios, socioculturales y de ocio ofreciendo soluciones adecuadas a las necesidades que la población demanda (Rosa, Benício, Alves y Lebrão, 2007). Con esta investigación, se pretende determinar cual es la percepción que poseen sobre su salud las personas mayores no institucionalizadas en Galicia, así como las posibilidades que tienen de acceso a los recursos socio-sanitarios y de ocio. Ello, como punto de partida para diseñar e implementar programas de animación sociocultural y educación gerontológica para las personas mayores, optimizando, en lo posible, su calidad de vida.

2. Metodología

El diseño de investigación utilizado es de corte transversal y de una sola célula, se trata por tanto de un estudio extensivo. Esta investigación fue abordada desde un estudio de caso en la Comunidad Autónoma Gallega, con el que se pretende comprender la situación del contexto analizado. De hecho, sus resultados y conclusiones contribuyen al conocimiento de esta realidad y, aunque el alcance de la investigación es limitado, cuenta con referentes valiosos susceptibles de consideración desde una perspectiva más amplia (Stake, 1998).

Este trabajo supone un pilar importante dentro del proyecto de investigación que hemos desarrollado, en la medida en que nos acerca a la percepción que posee de su salud el colectivo estudiado y el acceso que tiene a los recursos sanitarios, sociales y de ocio (Best, 1970).

2.1. Instrumento y procedimientos de análisis de datos

El cuestionario aplicado fue diseñado *ad hoc* para conocer la percepción sobre la salud y evaluar el acceso que tienen a los recursos sanitarios, sociales y de ocio las personas mayores. Para determinar cómo percibe su salud el colectivo estudiado, se incluyeron cuatro ítems (utilizando una escala de cuatro rangos) referidos a: la percepción sobre la salud, el grado de éxito en el envejecimiento, el sentimiento de soledad y la dependencia.

Los recursos sociales y de ocio son medidos normalmente por la frecuencia de interacción social y tamaño de la red social que facilitan (Roberts, Dunkle y Haug, 1994). Nosotras estimamos, para la elaboración del cuestionario, el último referente.

La validez de contenido del cuestionario, elaborado para esta investigación, se llevó a cabo mediante el juicio de expertos (entre el personal psico-socio-sanitario de los centros de salud y los educadores sociales que intervienen en el entorno) con el objeto de validar el instrumento. Estos profesionales nos asesoraron sobre la pertinencia del contenido de las variables dependientes, atendiendo al grupo diana estudiado (Fox, 1987).

El estudio empírico amplio fue precedido de una prueba piloto en un centro de salud con 52 personas mayores de 65 años, con el fin de comprobar el tiempo de duración de la misma y su adecuación al colectivo.

Los pacientes que participaron en el estudio respondieron a las preguntas formuladas en el cuestionario después de terminar su consulta médica. Para la recogida de esta información, se ha utilizado, bajo la autorización del centro de salud, una sala próxima al lugar donde se pasaba consulta médica a los pacientes.

Durante la aplicación del cuestionario, se informó a las personas mayores sobre la finalidad del estudio y se solicitó su consentimiento informado. El periodo de recogida de datos abarcó desde octubre de 2006 a febrero de 2007.

A los ítems cerrados del cuestionario, se le aplicó el paquete de análisis estadístico para las Ciencias Sociales SPSS (versión 14), presentando en este trabajo los resultados descriptivos derivados de los estadísticos de la media aritmética y la desviación estándar. Además, se exponen los resultados del contraste de hipótesis, a los que se arribó a través de la prueba de Ji cuadrado (χ^2), entre las variables referidas a la percepción que tienen sobre su salud, grado de éxito en el envejecimiento, sentimiento de soledad y dependencia. La significatividad estadística se ha establecido en un valor de $p=0,05$, para un nivel de confianza del 95% y, solamente se han estudiado las relaciones entre las variables que han resultado significativas.

En el análisis de las preguntas abiertas del cuestionario hemos tenido en consideración, para la categorización de la información, una investigación del IMSERSO (2006) sobre *Las personas mayores en España*, que, en su informe, clasifica las actividades de tiempo libre en: religiosas, vida social, cultural y espectáculos, ocio pasivo (descanso), deportes y ejercicio físico, aficiones artísticas, juegos y otros pasatiempos, actividades con ordenador, lectura de libros y otras, así como audiencia de televisión. A la información recogida con las preguntas abiertas del cuestionario, aglutinada en torno a la categoría sobre el acceso a los *recursos socio-sanitarios y de ocio*, se le

NOTAS

PERCEPCIÓN DE LA SALUD
Y ACCESO DE LAS
PERSONAS MAYORES EN
GALICIA A LOS RECURSOS
SANITARIOS, SOCIALES Y DE
OCIO

aplicó un análisis de contenido, extrayendo también recuentos de porcentaje. Esto permite conocer el grado de predominio o singularidad que presentan los mismos, así como ahondar en el análisis de forma complementaria y comparativa.

2.2. Muestra

Hemos contado con la participación de 407 personas con edad comprendida entre los 65 y 91 años que demandaron consulta médica en los centros de salud de atención primaria. El 42,1% vive en la ciudad de Vigo, Pontevedra y Ourense y el resto (57,9%) en sus zonas rurales.

El 39,5% de los encuestados son varones mientras que el 60,5% son mujeres, y su media de edad es de 75,76 años. Con respecto a su estado civil el 45,7% de los encuestados están todavía casados, el 44,7 % son viudos, el 6,9% son solteros y el 2,5 % se encuentran separados.

En cuanto a su nivel de escolaridad, destaca el número de personas sin estudios (44,6%) y con estudios primarios terminados (44,1%), mientras que son pocos los mayores que cuentan con la educación secundaria (5,9%), formación profesional (2,2 %) o estudios universitarios (2,5%).

La mayoría de las mujeres (56%) son amas de casa y los hombres han trabajado fundamentalmente como agricultores o ganaderos (45%), en el sector naval (6%) o en los servicios (el resto).

La investigación fue realizada con las personas mayores que acudían a centros de salud de Atención Primaria. Estos centros fueron seleccionados al azar teniendo en cuenta que estuvieran presentes sujetos del contexto rural y del urbano. Los pacientes se eligieron de entre el listado de citas del médico de cabecera que había consentido participar en el estudio.

3. Resultados

3.1. Percepción de la salud

La mayoría de las personas mayores encuestadas opinan que su salud es aceptable, manifestando una percepción ligeramente superior sobre su grado de éxito en el envejecimiento, que baja levemente en su sentimiento de soledad y nivel de dependencia (Tabla 1).

Tabla 1.

Valoraciones sobre su estado

Variables	Media aritmética	Desviación estándar
Qué percepción tiene de su salud	2,56	0,786
Señale su grado de éxito en el envejecimiento	2,73	0,744
Se siente usted solo/a	2,14	1,075
Indique su nivel de dependencia	2,06	1,081

NOTAS

PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y ACCESO DE LAS PERSONAS MAYORES EN GALICIA A LOS RECURSOS SANITARIOS, SOCIALES Y DE OCIO

Al realizar un análisis inferencial entre estas variables dependientes y las referidas a los medios del entorno, se evidencian diferencias significativas cuando las personas mayores: sienten soledad, utilizan diferentes recursos, si existen asociaciones vecinales a menos de diez kilómetros de su domicilio, si viven con su esposo o con los hijos y si residen solos.

Tabla 2.

Grado de significatividad (χ^2) entre variables

Variables	χ^2
Sentimiento de soledad	
Recursos a menos de diez Km.	0,004
Vive con su esposo/a	0,000
Vive con sus hijos/as	0,003
Reside solo/a	0,000
Nivel de dependencia	
Lee la prensa	0,022
Escucha la radio	0,026
Vive con su esposo/a	0,001
Tiene alguna afición o pasatiempo	0,001
Percepción de la salud	
Lee la prensa	0,013
Va al cine	0,004
Tiene alguna afición o pasatiempo	0,007

Aunque la existencia de significatividad (χ^2) no nos permite saber entre que grupos existen diferencias, cabe suponer por la tendencia de las frecuencias que cuantas menos asociaciones (vecinales o culturales) frecuenten las personas, mayor sea el sentimiento de soledad. Esta emoción aumenta también si viven solos y disminuye, como es lógico, si conviven con familiares.

Además, se han encontrado diferencias significativas al correlacionar las variables de nivel de dependencia de las personas mayores (Tabla 2): si leen la prensa, escuchan la radio, viven con su esposo y si tienen alguna afición o pasatiempo. Los resultados de sus frecuencias nos ayudan a inferir que, si la persona mayor sufre alguna dependencia, sus aficiones son más sedentarias (leer la prensa o escuchar la radio). Por otro lado, si sufre algún tipo de dependencia, lo normal es que conviva con otra persona, por ejemplo, con su pareja.

Con respecto a la percepción sobre la salud, las diferencias significativas se dan entre esta variable y la lectura de la prensa, ir al cine y si tienen alguna afición o pasatiempo.

Las personas mayores que consideran su estado de salud como malo o muy malo tienen aficiones más sedentarias como leer la prensa, no acuden nunca al cine y cuentan con muy pocas aficiones.

No se ha encontrado ninguna relación significativa con respecto al grado de éxito en el envejecimiento.

3.2. Recursos socio-sanitarios y de ocio

En lo que respecta a la disponibilidad de vivienda y a su equipamiento, como recursos sociales nucleares y de supervivencia, casi la totalidad de los encuestados vive en una casa en propiedad en la que disponen de medios básicos: electricidad, agua caliente, nevera, baño completo y lavadora (Tabla 3). Con todo, existe un pequeño grupo que no cuenta con los referidos recursos y las comodidades que éstos permiten, consideradas primordiales en nuestro país.

Tabla 3.

Recursos de los que disponen

Variables	Porcentaje
Recursos básicos	
Corriente eléctrica	99,7
Agua caliente	99
Nevera	98,2
Baño completo	97,7
Lavadora	95,9
Casa propia	81,2
Medios de Comunicación	
Ver la TV	95,6
Escuchar la radio	63,1
Leer el periódico	44
Leer folletos divulgativos	18
Ir al cine	5,9
Leer revistas	3
Utilizar Internet	2,2
Recursos del entorno	
Servicios religiosos/ Iglesia	96,6
Centro de salud	91,4
Farmacia	88,7
Servicios sociales	76,4
Centro cultural	65,8
Asociaciones vecinales	60,1
Centros de día	39,8

NOTAS

PERCEPCIÓN DE LA SALUD
Y ACCESO DE LAS
PERSONAS MAYORES EN
GALICIA A LOS RECURSOS
SANITARIOS, SOCIALES Y DE
OCIO

En relación al uso semanal que hacen las personas mayores de los medios de comunicación, lo más habitual es que vean la televisión y escuchen la radio. Detectamos que leen poco la prensa y todavía presentan menor afición por ir al cine o utilizar Internet.

En relación con los recursos, encontramos que la mayoría de las personas tienen un centro de salud a menos de diez kilómetros de su casa y servicios religiosos cercanos (Tabla 3). Solamente en casos excepcionales, situados en el medio rural más despoblado y cuando sus domicilios están alejados de los núcleos de población, estos servicios se encuentran a una distancia superior a la decena de kilómetros.

Llama la atención que un número importante de personas encuestadas no conozcan la existencia de los servicios sociales, el centro cultural, las asociaciones vecinales o los centros de día, sobre todo dada la trascendencia asistencial de estos últimos.

El tipo de convivencia que manifiestan tener las personas mayores es, en mayor medida, con su esposo y resulta notoriamente inferior la mantenida con otros familiares directos (tabla 4). Con todo, en Galicia como en el resto de España, la familia continúa siendo el principal soporte social de nuestros mayores. En general, estas personas viven en sus propios domicilios, salvo cuando sus condiciones de salud o económicas les obligan a abandonarlos. Los mayores que se encuentran enfermos o tienen necesidad de ayuda acuden a su familia y principalmente reciben apoyo en su hogar o en el de sus hijos.

Tabla 4.

Tipo de convivencia que mantienen

Variables	Porcentaje
Vive con su esposo/a	43,0
Con sus hijos	21,1
Solo/a	19,6
Con hijos+nietos	18,1
Pareja+hermano+sobrino	13,1
En un centro residencial	3,9

Además, nuestros mayores reciben semanalmente visitas y mantienen relación con amigos o familiares prácticamente de forma generalizada y la mayoría cuenta con alguna afición o pasatiempo para ocupar su tiempo libre.

Las actividades de ocio de las personas mayores se centran básicamente en ver la televisión, escuchar la radio y música. Para los mayores, ver la televisión también es una forma de compañía, de contacto con el mundo o de evasión. Un pequeño grupo de encuestados viaja, hace manualidades o pintura, realiza algún tipo de ejercicio físico, mantiene contacto con los animales o con el campo y en escasa medida cuenta con alguna otra afición: juegos de mesa o azar, lectura, caza o pesca, baile de salón y jardinería.

Tabla 5.

Aficiones de las personas mayores

Variables	Porcentaje
Ver la TV, escuchar la radio o música	90,6
Viajar	34,4
Hacer manualidades/pintar	34,3
Ir a la piscina/gimnasia/fútbol/pasear	14,6
Cuidado de aves/ animales/ colombofilia/ huerto	11,6
Juegos de mesa/azar	8,2
Leer	4,9
Cazar /pescar	3,3
Bailar	2,1
Jardinería	1,5

NOTAS

PERCEPCIÓN DE LA SALUD
Y ACCESO DE LAS
PERSONAS MAYORES EN
GALICIA A LOS RECURSOS
SANITARIOS, SOCIALES Y DE
OCIO

Constatamos que existe una falta de hábito bastante generalizada de ocupar activamente el tiempo libre y que las personas mayores tienden a rutinizarse las actividades de ocio, sin escoger alternativas novedosas. De ahí que sus pasatiempos se centren principalmente en ver la televisión o escuchar la radio.

4. Conclusiones y discusión

En este estudio se encuentran evidencias que ponen de manifiesto la percepción de la salud, las posibilidades y limitaciones de acceso a los recursos sanitarios, sociales y de ocio que tienen las personas mayores no institucionalizadas en la Comunidad Autónoma Gallega. Estas conclusiones y discusión conciernen al contexto de estudio referido, pudiendo resultar ilustrativas para otros, desde su propia complejidad y con una mirada crítica (Stenhouse, 1987; Brown y Yule, 1998).

Como conclusiones y elementos de discusión ofrecemos las siguientes:

Las personas mayores están en condiciones de continuar la vida de forma activa y con la suficiente calidad. De hecho, nuestros mayores consideran que su estado de salud es normal y también su grado de éxito en el envejecimiento. Una pequeña parte no conoce la existencia de los servicios sociales, la asociación cultural y/o vecinal de su entorno y la presencia de los centros de día.

Un modo de potenciar, desde las instituciones públicas y privadas, el uso pertinente y equilibrado de los recursos sanitarios, sociales y de ocio es apostando por intervenciones integradoras de tipo sociocultural y educativo. En todo caso, esto se hará concretando oportunamente las necesidades vitales, sociales y culturales que presenta el colectivo de personas adultas (Ricoy y Feliz, 2006). En esta línea, es conveniente abordar el diseño y desarrollo de programas de educación gerontológica, reforzando paulatinamente la cooperación entre la diversidad de profesionales implicados en este campo de acción (médicos, trabajadores sociales, psicólogos, pedagogos, educadores sociales, etc.).

De hecho, se ha puesto de manifiesto la importancia del estudio de necesidades para diseñar e implementar programas gerontológicos integrales con el objeto de mejorar la calidad de vida de los mayores (Majeski, Damond y Stover, 2007), máxime cuando este tipo de iniciativas continúan siendo aisladas o puntuales, a pesar de su conveniencia (Coogle, Parham, Cotter, Welleford y Netting, 2005).

En la actualidad en Galicia gran parte de las personas mayores vive con su cónyuge y en menor medida con otros familiares directos. Sin embargo, la solidaridad familiar no se limita a la forma de convivencia y co-residencia, sino que se confirma en otros tipos de protección y relación ligada a la proximidad y el contacto familiar; de hecho, la fórmula de 'la intimidad a distancia' es la preferida por la población mayor española (Abellán, Puga y Sancho, 2006). Que la mayoría de las personas mayores convivan con algún familiar resulta muy positivo, porque su papel y el de los amigos son vitales para un buen soporte social.

Encontramos que las personas mayores, a pesar de estar acompañadas habitualmente por familiares o amigos, se sienten bastante solas. A esto, hemos de añadir que presentan un mayor grado de dependencia y soledad el colectivo de mujeres. El sentimiento de soledad de los mayores se ve influenciado cada vez más, en nuestra sociedad, por el empobrecimiento de la calidad de las relaciones sociales. Este hecho resulta ser un factor importante de la vulnerabilidad –y posible exclusión social– que vive un numeroso grupo de personas mayores a las que, además, por su 'expulsión' de la participación social, raramente se las 'escuchará' debido a la fragilidad en que se encuentran y el silenciamiento social al que se sienten sometidas (Ranhoff et al., 2006; Rockwood, Abeysundera y Mitnitski, 2007).

NOTASPERCEPCIÓN DE LA SALUD
Y ACCESO DE LAS
PERSONAS MAYORES EN
GALICIA A LOS RECURSOS
SANITARIOS, SOCIALES Y DE
OCIO

En los ancianos se acentúa constantemente la sensación de aislamiento, desarraigo, falta de autonomía y el sentimiento de prescindibilidad (Glasby, 2000). Por ello, es importante informarles sobre la existencia y variedad de recursos disponibles y de las actividades de ocio que ofertan para mantener y desarrollar una mejor integración comunitaria.

La participación social es considerada como una necesidad vital, indispensable para la autorrealización personal de las personas mayores. Asimismo, esta implicación en las actividades sociales con interacciones significativas permitirá el desarrollo de las potencialidades con las que cuenta el colectivo (Monchietti y Krzemien, 2002).

Las investigaciones en este campo han demostrado que las personas mayores que participan en grupos sociales mantienen una calidad de vida superior a la de las que están socialmente aisladas (Krzemien, 2007). Para Rowe y Kahn (1997), un compromiso activo y productivo con la sociedad es un componente central de una vejez exitosa.

El apoyo a las personas mayores, a través de los recursos sociosanitarios y de ocio, tiene efectos beneficiosos sobre la prevención en general, retraso de la discapacidad y de la depresión (Jang, Haley, Small y Mortimer, 2002). Por ello es importante informar en mayor medida de la existencia de los diferentes servicios sociosanitarios, asociaciones culturales y/o vecinales y centros de día disponibles en el entorno, además de promover un uso satisfactorio y enriquecedor en el tiempo libre brindando nuevas alternativas, como por ejemplo el yoga, gerontogimnasia, talleres de memoria, juegos intergeneracionales, participación en coros, teatro, etc.

Como hemos detectado, el modelo de atención a personas mayores dependientes en Galicia continúa siendo el familiar. Con todo, hemos de alertar de que su fortaleza se debilitará previsiblemente en las próximas décadas, tal como ya señaló algún autor (Abellán y Puga, 2002). De ahí que también se indique que la extensión y gravedad de la dependencia exige un cambio en el modelo de atención: la instauración de un patrón universal de protección, limitado según gravedad y necesidad. Con todo, para este y otros aspectos, coincidimos con Ortiz de Landázuri (2005) en que la familia continúa concibiéndose como el núcleo primordial de interrelación recíproca.

También hemos constatado que las actividades de ocio desarrolladas por los mayores se agrupan primordialmente en torno

a tres áreas: relaciones sociales, deportes y ocio activo; medios de comunicación, y lectura (Del Barrio Truchado, 2007; Ricoy y Pino, 2008). En general, sus pasatiempos son fruto de una oferta limitada del entorno, las costumbres y hábitos culturales. Un estudio de Bueno Martínez y Buz Delgado (2006) indica que esta influencia está determinada por factores generacionales y sociales. Hay que señalar también que la educación recibida, la diferenciación social de la actividad para hombres y mujeres, las condiciones de salud derivadas de sus hábitos comportamentales o los estereotipos sociales de este colectivo son elementos de peso en la elección.■

Fecha de recepción del original: 5 de agosto de 2008

Fecha de recepción de la versión definitiva: 23 de septiembre de 2009

Referencias

- Abate, M., Di Dorio, A., Di Renzo, D., Paganelli, R., Saggini, R. y Abate, G. (2006). Frailty in the elderly: The physical dimension. *Europa Medicophysica*, 43(3), 407-415.
- Abellán, A. y Puga, M. D. (2002). Una estimación de la dependencia en España. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14(5), 301-303.
- Abellán, A., Puga, M. y Sancho, M. (2006). Mayores y familia en la sociedad actual. Informe España 2006. Una interpretación de su realidad. Madrid: Fundación Encuentro.
- Ahmed, N., Mandel, N. y Fain, M. J. (2007). Frailty: An emerging geriatric syndrome. *The American Journal of Medicine*, 120(9), 748-753.
- Best, J. W. (1970). *Research in education*. New Jersey: Prentice Hall.
- Boletín Oficial de las Cortes Generales (1997). Informe de la Subcomisión de la Familia al Congreso de los Diputados, 204, 6-9. Extraído, el 28 de febrero de 2008, de http://www.congreso.es/public_oficiales/L6/CONG/BOCG/D/D_204.PDF
- Brandes, I. y Walter, U. (2007). Health in older age: Cost of ions and cost-effectiveness of prevention. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 40(4), 217-225.
- Brown, G. y Yule, G. (1998). *Discourse analysis*. Cambridge: University Press.
- Bueno Martínez, B. y Buz Delgado, J. (2006). Jubilación y tiempo libre en la vejez. *Portal Mayore*, 65. Extraído, el 24 de febrero de 2008, de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/bueno-jubilacion-01.pdf>
- Coogle, C. L., Parham, I. A., Cotter, J. J., Welleford, E. A. y Netting, F. E. (2005). A professional development program in geriatric interdisciplinary teamwork: Implications for managed care and quality of care. *Journal of Applied Gerontology*, 24(2), 142-159.
- Del Barrio Truchado, E. (2007). Uso del tiempo entre las personas mayores. Boletín sobre el envejecimiento. *Perfiles y Tendencias del Observatorio de Personas Mayores*, 27, 1-40. Extraído, el 28 de febrero de 2008, de <http://www.seg-social.es/imserso/masinfo/boletinopm27.pdf>
- Eurostat. (2006). A statistical view of the life of women and men in the EU25. *The Statistical Office of the European*. Extraído, el 28 de febrero de 2008, de http://epp.eurostat.cec.eu.int/pls/portal/docs/PAGE/PGP_PRD_CAT_PREREL/PGE_CAT_PREREL_YEAR_2006/PGE_CAT_PREEL_YEAR_2006_MONTH_03/3-06032006-EN-BP1.PDF
- Fernández-Ballesteros, R. y Corraliza, J. A. (2000). Ambiente y vejez. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología social* (pp. 229-239). Madrid: Pirámide.
- Fox, D. J. (1987). *El proceso de investigación en educación*. Pamplona: Eunsa.
- Glasby, J. (2000). Innovation and involvement: 100 years of community work with older people. *Education and Ageing*, 15(1), 85-97.
- Görre, S. y Martin, S. (2004). Healthcare of the elderly: Results of health services research and implications for nursing practice. *Zeitschrift Für Ärztliche Fortbildung Und Qualitätssicherung*, 98 (9-10), 751-757.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2006). 2006 Report. Older people in Spain (Vol. I). Extraído, el 24 de febrero de 2008, de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/opm-older-01.pdf>

NOTAS

PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y ACCESO DE LAS PERSONAS MAYORES EN GALICIA A LOS RECURSOS SANITARIOS, SOCIALES Y DE OCIO

NOTAS

M^A CARMEN RICOY
LORENZO Y
MARGARITA PINO JUSTE

- Jang, Y., Haley, W. E., Small, B. J. y Mortimer, J. A. (2002). The role of mastery and social resources in the associations between disability and depression in later life. *The gerontologist*, 42(6), 807-813.
- Kran, F. y Martins, F. P. (2006). Qualidade de vida na cidade de Palmas-TO: uma análise através de indicadores habitacionais e ambientais urbanos. *Ambiente & Sociedade*, 9(2), 123-141.
- Krzemien, D. (2007). Estilos de personalidad y afrontamiento situacional frente al envejecimiento en la mujer. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 139-150.
- Majeski, R.A., Damond, M. y Stover, M. (2007). Assessment of gerontology programs: A comprehensive, strategic approach. *Educational Gerontology*, 33(7), 543-560.
- Malagón, J. L. (1995). *La atención socioeducativa con personas mayores: reflexión desde los servicios sociales de Andalucía*. Sevilla: Padilla Libros Editores y Libreros.
- Monchietti, A. y Krzemien, D. (2002). *Envejecimiento femenino: participación social significativa y salud*. *Psiquiatría*, 6(1). Extraído el 28 de abril de 2009, de <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/73/7347/?++interactivo>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Salud y envejecimiento. Un documento para el debate. *Perfiles y tendencias del Observatorio de Personas Mayores*, 4-5. Extraído, el 24 de febrero de 2008, de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/registro.jsp?id=1478>
- Ortiz de Landázuri, C. (2005). El debate educativo sobre los modelos alternativos de familia: ¿Modelos autárquicos, normalizados o interrelacionados?. *Estudios sobre Educación*, 9, 31-49.
- Patrick, D. L. y Ericsson, P. (1993). *Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press.
- Pérez Melero, A. (2000). *Guía de cuidados de personas mayores*. Madrid: Síntesis.
- Ranhoff, A. H., Rozzini, R., Sabatini, T., Cassinadri, A., Boffelli, S., Ferri, M., Travaglini, N., Ricci, A., Morando, A. y Trabichi, M. (2006). Subintensive care unit for the elderly: A new model of care for critically ill frail elderly medical patients. *Internal and Emergency Medicine*, 1(3), 197-203.
- Ricoy, M. C. y Feliz, T. (2006). Análisis de la práctica educativa del ámbito de intervención de la formación básica de jóvenes y adultos: más allá de lo meramente académico. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 17(2), 225-238.
- Ricoy, M. C. y Pino, M. (2008). Percepción de la calidad de vida y utilización de los recursos sociosanitarios por personas mayores no institucionalizadas. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(6), 362-365.
- Roberts, B. L., Dunkle, R. y Haug, M. (1994). Physical, psychological and social resources as moderators of the relationship of stress to mental health of the very old. *Journal of Gerontology*, 49(1), 35-43.
- Rockwood, K., Abeysondera, M.J. y Mitnitski, A. (2007). How should we grade frailty in nursing home patients? *Journal of the American Radical Directors Association*, 8(9), 595-603.
- Rosa, T. E., Benício, M. H., Alves, M. C. y Lebrão, M. L. (2007). Structural and functional aspects of social support for the elderly in the city of São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(12), 2982-2992.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Stake, R. E. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.

■ Stenhouse, L. (1987). *La investigación como base de la enseñanza*. Madrid: Morata.

■ Velarde, E. y Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349-361.

NOTAS

PERCEPCIÓN DE LA SALUD
Y ACCESO DE LAS
PERSONAS MAYORES EN
GALICIA A LOS RECURSOS
SANITARIOS, SOCIALES Y DE
OCIO