

NIVELES DE ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS

JOSÉ LUIS VEGA VEGA
JOSÉ BUZ DELGADO
BELÉN BUENO MARTÍNEZ

RESUMEN

Este artículo presenta diversas estrategias educativas para la ocupación del tiempo libre de las personas mayores. Estas estrategias tratan de promover la participación social de los mayores y lograr cambios en el tipo de actividades que realizan. Se analiza la relación entre variables como la salud, el funcionamiento cognitivo y los estados emocionales con la participación social y el tipo de actividad. Los datos a partir de los cuales se realizan las reflexiones y orientaciones educativas proceden de un estudio realizado en Salamanca con población mayor de 60 años.

ABSTRACT

In this article several educative strategies to be employed with older people in their free time are put forward. Such strategies are intended to promote the social participation of older people and bring about changes in the type of activities they carry out. The relationship between variables such as health, cognitive functions and emotional states, and social participation and the type of activity carried out is analysed. All reflections and educative guidelines are based on data from a study carried out in Salamanca, Spain, on a population sample made up of people over 60.

PALABRAS CLAVE

Participación social, Actividad, Mayores, Tiempo libre, Salud.

KEYWORDS

Social participation, Activity, Older people, Free time, Health.

El verbo «participar» procede del latín *participare*. Su significado es «tener parte» o «comunicar». Ambas acepciones tienen como origen común el término *communis*. Así, la raíz última de «participar» es «común», término estrechamente vinculado con «comunidad». Se puede afirmar, por tanto, que la participación es una dimensión esencial de la comunidad.

Desde el punto de vista educativo, es interesante saber qué dimensiones hay que tener en cuenta cuando hablamos de la participación social. Sobre ellas se podrán poner en marcha

estrategias educativas de acción. Algunas de las dimensiones que pueden considerarse básicas en los individuos son: las actitudes y valores, ya que muestran disposiciones para *hacer o no hacer*, el estado de salud objetivo y subjetivo, el estado de conocimiento y las habilidades cognitivas y comportamentales.

Las acciones educativas a nivel social requieren de análisis de la realidad que proporcionen las claves para intervenir con mayores garantías de éxito. Esto facilita la satisfacción de las necesidades reales de los mayores. Para ello es importante tener en cuenta información sobre variables relacionadas con su ocupación del tiempo libre. Tras la desvinculación de mundo laboral con la jubilación, la disponibilidad de este tiempo representa uno de los bienes más preciados.

Los datos presentados en este artículo proceden de un estudio realizado en 1999 con las personas mayores de 60 años de la ciudad de Salamanca. En él se realiza un estudio descriptivo en el que se tienen en cuenta, entre otras, variables como: las actividades que realizan, los programas y servicios que utilizan, su frecuencia de uso, su vinculación formal e informal con otros grupos de personas, su imagen social, su conocimiento de los servicios socio-sanitarios y su red social y el apoyo que ésta proporciona.

La obtención y valoración de los datos obtenidos sobre estas variables permite diseñar planes de acción ajustados a las características, a la situación personal y social y a las demandas de este grupo de población. El estudio realizado nos ha permitido conocer mejor las necesidades de la población mayor salmantina y obtener datos muy valiosos para la intervención social. Esto supone un importante paso hacia la igualdad y la integración de los mayores en la sociedad.

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LAS ACTIVIDADES DE LOS MAYORES

Recomendaciones de organizaciones nacionales e internacionales

La reciente II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento¹, promovida por la ONU, destaca entre sus líneas de trabajo y preocupaciones el análisis de la participación social de los mayores y el mantenimiento de su calidad de vida. En dicha Asamblea se revisan las estrategias de acción propuestas sobre estas temáticas hace ya 20 años en Viena.

En el contexto de esta Asamblea se celebran otras reuniones que analizan desde otras perspectivas la situación actual de los mayores en el mundo. Un ejemplo de esto lo constituye el I Congreso Científico Internacional Valencia Forum². Este congreso, promovido por la Asociación Internacional de Gerontología, moviliza la investigación, educación y provisión de conocimiento científico sobre el que apoyar las iniciativas políticas. En algunos de sus seminarios de trabajo se han estudiado los aspectos sociales del envejecimiento y las estrategias educativas para la población que envejece.

Relacionado con estas iniciativas, el I Foro Mundial ONG sobre Envejecimiento³ tiene entre sus objetivos prioritarios favorecer la participación de la sociedad en el «Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento» elaborado por la ONU. Entre los temas de debate planteado se encuentran la cultura, la formación, la participación social y el ocio. En este foro se analiza la capacitación de las personas mayores para ser agentes activos en la vida social y política, así como las ofertas de oportunidades para el desarrollo individual y la autorealización a través del aprendizaje continuo. Esto no hace más que resaltar la importancia de la educación a lo largo de toda la vida.

Algunos precedentes sociales de este interés por la situación de la población que envejece se encuentran en el I y II Congreso Estatal de Personas Mayores⁴. Ambos congresos, organizados por numerosas asociaciones y organizaciones de mayores, sirvieron como foro de debate sobre la participación social y las necesidades y retos de futuro de la población anciana. Algunas de las conclusiones más interesantes se centraban en la necesidad de un esfuerzo recíproco por parte de los mayores y de las entidades administrativas para potenciar y participar en asociaciones de diversa índole, organizaciones de voluntariado y en la reivindicación de los mayores sobre sus derechos a tomar decisiones en temas de actualidad como la eutanasia, la conservación del medio, la clonación, etc.

Aspectos psicológicos de la participación y la actividad

La disponibilidad de tiempo libre suele aumentar de forma significativa a partir de la jubilación (o de la emancipación de los hijos en el caso de la mujer que no trabaje). Desde la perspectiva de la psicología evolutiva del ciclo vital, la jubilación es vista como una oportunidad para el desarrollo de una nueva identidad y para la implicación en diversos tipos de actividades. Por ejemplo, la participación en organizaciones de voluntariado puede servir para que la persona pueda reemplazar satisfactoriamente el tiempo que empleaba trabajando. Según, Moen, Fields, Quick y Hofmeister (2000), la participación social ayuda a los mayores en el proceso de transición desde la vida laboral a la jubilación y a su desarrollo personal e integración social.

Desde el punto de vista de la investigación, la *participación social* ha sido conceptualizada de diferentes modos. Con este término se engloban, en ocasiones, actividades tales como: ir a lugares públicos, viajar o hacer cualquier tipo de actividad fuera del hogar (Connidis y McMullin, 1992). Otros autores (McDonald, 1996) consideran que la participación social puede definirse mejor desde tres dimensiones: a) el vecindario, b) la implicación en actividades organizadas o de asociaciones y c) la amistad. Menos compartida es la concepción de Li, Seltzer y Greenberg (1997) que opinan que la participación social debe entenderse, junto con el apoyo emocional y el apoyo al cuidador, como un tipo de apoyo social.

Al margen de discusiones de este tipo, hay que tener presente que no toda actividad es de tipo social (p. ej., oír la radio) y, por tanto, no implican participación. Por otra parte, no todas las actividades son de la misma naturaleza (las hay obligatorias-voluntarias, reforzantes-aversivas, necesarias-opcionales, etc.). Por ejemplo, Lennartsson y Silverstein

(2001) han encontrado que las actividades que realizan los individuos se pueden agrupar en dos dimensiones básicas: solitarias-sociales y sedentarias-activas. Resultados como los del estudio longitudinal de Baltimore (Verbrugge, Gruber y Frozar, 1996) mostraron que las personas mayores realizan con mayor frecuencia actividades de carácter pasivo (p. ej., ver la televisión).

Aspectos como la pertenencia a un grupo cultural o étnico son importantes en la valoración del tipo de actividades en las que se implican los mayores. Se ha comprobado que existen diferencias culturales en la realización de un tipo de actividades u otras. La práctica de estas actividades suele mantenerse aún cuando la persona está fuera de su contexto cultural. Por ejemplo, los emigrantes orientales de más de 65 años en Estados Unidos dedican parte de su tiempo libre a hacer tai-chi y otras artes marciales, además de jardinería y costura (Allison y Geiger, 1993).

La participación social ha sido relacionada con la calidad de vida (medida con índices de depresión, satisfacción vital y accesibilidad) de las personas mayores, muchas de ellas centenarias, que vivían hogares asistidos (Mitchell y Kemp, 2000). Estos autores encontraron que la calidad de vida tenía relaciones significativas con algunas medidas de implicación social y familiar, como la participación en actividades sociales y la frecuencia de contacto con la familia.

La satisfacción vital y los aspectos emocionales son temas recurrentes en los estudios sobre participación social durante la vejez. La satisfacción vital, según el modelo motivacional de Losier, Bourque y Valleran (1993), está mediada por la motivación para participar socialmente, lo cual viene determinado por las facilidades y restricciones que el individuo se encuentra. Diversos estudios han encontrado una relación positiva entre la participación social y la satisfacción vital. Mishra (1992) observó que existía una asociación significativa entre la ocupación de los mayores, la práctica de sus hobbies, la interacción con sus amigos o familiares, y la satisfacción con la vida. Contrariamente a lo esperado, la realización de actividades de tipo religioso no mejoraba la satisfacción con la vida. Complementariamente, los resultados de McGuinn y Mosher (2000) apuntan a que las actividades que se realizan en colaboración con otras personas tienen efectos más positivos sobre el bienestar que aquellas que se realizan en solitario. Si además estas actividades son iniciativa del individuo, los efectos se multiplican.

Otras variables de tipo personal, como la autoestima, también han sido relacionadas con el tipo de actividad de los mayores. Por ejemplo, Reitzes, Mutran y Verrill (1995) analizaron la influencia de las actividades en la autoestima de personas mayores. Sus resultados mostraron que sólo las actividades de ocio tenían un efecto positivo sobre la autoestima, y que la actividades con los parientes y compañeros de trabajo tenían un efecto positivo para las mujeres, pero no para los hombres.

A medida que las personas se van haciendo mayores aumenta la probabilidad de que sufran alguna enfermedad y que ésta aumente el nivel de dependencia funcional. Estudios como los de Griffin y McKenna (1998) han observado que el nivel de actividad y de participación social se reduce a medida que las personas se van haciendo mayores, tienen menos salud y

menos medios de transporte independiente. Sin embargo, a pesar de esta reducción en la cantidad de actividades con la edad, se mantiene la satisfacción específica que cada una de ellas proporciona. Esto, a su vez, tiene efectos positivos sobre la satisfacción vital general.

En ocasiones, la participación social de los mayores puede ayudar a paliar los efectos emocionales negativos derivados del cuidado de otra persona mayor. Li, Seltzer y Greenber (1997) comprobaron que la participación social tenía efectos positivos sobre los síntomas depresivos de hijas cuidadoras, aunque no tenía los mismos efectos en el caso de las esposas cuidadoras.

A pesar de que la mayoría de los estudios han observado los efectos positivos comentados anteriormente entre la participación social y/o el nivel y tipo de actividad y diversas variables de tipo emocional, también existen estudios, como los de Mookherjee (1998), que no han podido dar cuenta de este tipo de relación.

Autores como West, Delisle y Drouin (1996) han podido comprobar que el patrón de actividades que desarrollan las personas mayores puede explicar mejor que otras variables (p. ej., el estado de salud física y mental) el grado de conocimiento que los mayores tienen de los servicios y programas sociales. De esta forma, el planteamiento pasa de anteponer la actividad al conocimiento en lugar de éste a la actividad. Así, la propia actividad del individuo sería el elemento facilitador del conocimiento de los programas y servicios de atención para mayores.

Las actividades en la vejez y la salud

Según datos del Instituto Nacional de Consumo del año 2000, los mayores consideran que es la salud, por encima incluso de la edad y la experiencia, la característica que más distingue a los mayores de otros grupos de edad.

Se sabe que determinados tipos de actividad, como la actividad física, tienen efectos beneficiosos para la salud. Investigadores como DiPietro (2001) han descrito los cambios en el patrón de actividad física en la vejez y la relación de estos cambios con la autonomía funcional de los sujetos. Según su estudio, niveles moderados de actividad física protegen de determinadas enfermedades crónicas o de los efectos negativos de éstas. Además, se pueden conseguir efectos notablemente beneficiosos para la salud independientemente de la buena forma física que podría obtenerse con una actividad de gran intensidad. Es decir, actividades moderadas como andar, subir escaleras, pasear en bici o cuidar el jardín, tienen efectos muy positivos sobre el incremento de la energía vital y el mantenimiento del tono muscular.

La relación entre la participación social y el nivel de actividad de las personas mayores es tan importante que algunos investigadores (p. ej., Kaplan y Strawbridge, 1994) han sugerido que debería reconsiderarse la propia definición de «envejecimiento saludable». Según ellos, dicho concepto tiene que insertarse dentro de un contexto socioambiental. La nueva definición debería resaltar la importancia de los factores comportamentales (p. ej., fumar, la actividad física) y sociales (p. ej., la participación social) como determinantes de la longevidad y el

funcionamiento diario. El motivo es que existe una numerosa evidencia epidemiológica que demuestra la importancia de la interacción entre los procesos comportamentales y sociales. Según estos autores, es posible modificar el impacto de la enfermedad sobre la capacidad funcional de los mayores interviniendo sobre este tipo de factores. Por ejemplo, Unger, Johnson y Marks (1997) investigaron el modo en que la interacción social y la actividad física (un hábito comportamental) podían proteger a los mayores del declive funcional típicamente asociado a la edad. Además, querían comprobar hasta qué punto estas dos variables amortiguarían los efectos negativos de la viudedad en el funcionamiento físico. Los resultados demostraron que la actividad física y la interacción social tenían los efectos esperados sobre el declive funcional y que ambas actividades ayudaban a las viudas a mantener su estado físico.

La participación social y la actividad desarrollada durante la vejez han sido relacionadas con la mortalidad y la supervivencia de los individuos. Lennartsson y Silverstein (2001) estudiaron si la implicación en actividades de tipo social, de ocio y productivas proporcionaba una ventaja en la supervivencia entre los más mayores. Los resultados demostraron que la realización de actividades de carácter solitario-activo estaba asociada a la disminución del riesgo de muerte. Otros estudios han comprobado que la realización de actividades como ir a la iglesia, el voluntariado o ir a ver a amigos estaban relacionados con una menor mortalidad (Sabin, 1993). Según Oxman, Freeman y Manheimer (1995), incluso en operaciones de alto riesgo, como las de corazón abierto, la participación social se relacionaban con la disminución del riesgo de muerte tras la operación. En concreto, la ausencia de participación social era el mejor predictor de mortalidad.

En otros contextos culturales los resultados son similares a los comentados. Así, en población japonesa se ha encontrado que la participación en actividades de tipo social tenía un notable impacto preventivo de muerte (Sugisawa, Liang y Liu, 1994). Tanto la participación social como el apoyo social tenían efectos indirectos sobre la mortalidad a través de sus conexiones con las enfermedades crónicas, el estado funcional y la salud percibida.

Se suele afirmar que el estado de salud puede condicionar el tipo y cantidad de actividades en que se implican las personas mayores. Algunos teóricos (p. ej., Wethington, Moen, Glasgow y Pillemer, 2000) han afirmado que los mayores más sanos podrían estar mejor preparados para asumir diferentes roles e implicarse en más actividades y redes de interacción social. En este sentido, Lefranchois, Leclerc y Poulin (1998) han hecho notar que el estado de salud es uno de los obstáculos principales para el desarrollo de las actividades en la vejez. Afirman que el impacto del estado de salud sobre la realización de actividades en la vejez es mayor que el impacto de la edad en sí misma. Por su parte, Mott y Riggs (1992) habían comprobado anteriormente que el estado de salud tenía un efecto significativo sobre la cantidad y calidad de las interacciones sociales de los mayores. Según estos autores, las personas con problemas de salud graves tenían menos relaciones con los demás y menos gratificantes.

Sin embargo, a pesar de los resultados anteriormente comentados, hay que tener en cuenta que la buena salud no es siempre una garantía ni una condición necesaria para una adecuada y gratificante interacción social. En muchas ocasiones, sólo algunas condiciones de salud

tienen un efecto negativo sobre ciertos tipos de actividades. Además, las personas mayores son capaces de hacer «ajustes» en su funcionamiento diario que les permiten participar en actividades alternativas. Con este planteamiento, Holmes y Dorfman (2000) investigaron la relación que existía entre 8 condiciones específicas de salud y las actividades que solían realizar personas jubiladas de hasta 94 años (actividades formales e informales, de ocio y de mantenimiento del hogar). Observaron que las actividades que más se afectaban eran las que exigían esfuerzo físico (p. ej., andar o hacer las tareas del hogar) y aquellas de naturaleza activa. Las enfermedades que directamente se relacionaban con esto eran la diabetes, las enfermedades pulmonares, la apoplejía y las fracturas. De forma similar, Noreau y Fougeyrollas (2000) dieron cuenta de cómo en personas hemipléjicas y parapléjicas, las mayores alteraciones se producían en actividades como el mantenimiento del hogar, la participación en actividades recreativas físicas y en actividades de carácter productivo. Sin embargo, la mayoría de las personas eran capaces de ejercer diversos roles sociales a pesar de la presencia de la discapacidad. Es decir, lo que caracterizaba a estos sujetos no era la incapacidad para hacer determinadas actividades, sino el esfuerzo y la ayuda que necesitaban para realizarlas.

Por último, la investigación también se ha interesado por la relación existente entre las características de las redes sociales de los mayores y los comportamientos de salud que éstos adoptan, y por la relación entre la participación social y la percepción de la propia salud. Rennemark y Hagberg (1999) obtuvieron resultados que indicaban que las mujeres que estaban más satisfechas con las personas con las que se relacionaban solían valorar de forma más positiva su salud. Además, las que estaban más satisfechas con su participación en actividades con otras personas cuidaban con mayor interés su salud. Menec y Chipperfield (1997) pudieron comprobar que la participación en actividades de ocio y el ejercicio físico eran los factores que mejor predecían cómo percibían las personas su salud. Sus resultados señalan la necesidad de promover los programas de actividad física para personas mayores con el fin de mejorar su bienestar subjetivo. Como apoyo a esto, Young y Glasgow (1998) destacan que entre los beneficios de participar en asociaciones donde se realizan actividades físicas se encuentran la mejora de la percepción de la salud y la reducción de la mortalidad.

EN QUÉ PARTICIPAN NUESTROS MAYORES

Características de la muestra

Como mencionamos al principio de este artículo, el análisis descriptivo sobre la participación social de los mayores y el tipo de actividades que realizan procede de un estudio realizado con personas mayores de 60 años de la ciudad de Salamanca. Se entrevistó individualmente en su domicilio a una muestra que era de 501 sujetos (287 mujeres y 214 hombres), distribuidos aleatoriamente por edad, sexo y Centro de Acción Social (CEAS) al que pertenecían. El 6% de los entrevistados eran solteros, el 61,7% estaban casados, el 31% estaban viudos y el 1% separados o divorciados. Casi el 90% de ellos había cursado algún tipo de estudios.

La aportación económica al hogar se hacía en un 12% de los casos a partes iguales entre el entrevistado y otra persona. En el 88% de los casos recibían la principal pensión de la Seguridad Social. Los ingresos que recibía el 57% de los mayores era inferior a las 100.000 ptas. Un 14% de toda la muestra afirmaba tener dificultades económicas para llegar a fin de mes.

Pertenencia a asociaciones u organizaciones

Un componente esencial de la participación social de los mayores de Salamanca viene definido por la *pertenencia voluntaria o vinculación a un grupo* con unos fines e intereses determinados. Por este motivo, resulta de interés conocer si los mayores son socios de algún hogar, club de jubilados o asociación. Según los datos, el 35% de los mayores pertenecen a este tipo de agrupaciones sociales. En cuanto a la frecuencia con la que van a estos hogares y clubes, el 62,9% de ellos acude a ellos diariamente o 1 vez a la semana y el 22,8% va ocasionalmente alguna vez al mes.

Son significativos los datos que muestran que los mayores apenas han pertenecido a lo largo de su vida a asociaciones u otras organizaciones de similar naturaleza. Por ejemplo, más del 90% de ellos nunca ha pertenecido o ha estado afiliado a: partidos políticos, sindicatos, organizaciones pro-derechos humanos, grupos ecologistas, grupos juveniles, grupos deportivos, grupos relacionados con la mujer u organizaciones pacifistas. Aquellos que actualmente pertenecen a alguna asociación o club, lo hacen principalmente en asociaciones de tipo religioso (10,3%), benéfico-sociales (7,9%) y en las de tipo educativo, artístico o cultural (7,1%). A pesar de ello, los porcentajes de filiación son bastante bajos. En cuanto a los abandonos, los porcentajes más altos se concentran en las asociaciones de tipo religioso (10,7%), las peñas de fiestas y cofradías (9,6) y los sindicatos (8,6%).

A la luz de estos resultados, se puede afirmar que la participación social de los mayores es baja. Los datos de pertenencia a asociaciones u otras agrupaciones sociales son similares a los obtenidos por el CIS en 1998, donde el 32,7% de los mayores de 65 años afirmaba pertenecer a algún tipo de asociación. Este porcentaje era representado mayoritariamente por los hombres (41,4% frente al 25,9% de las mujeres). Nuestros datos muestran que la población mayor agrupa a un conjunto de generaciones que tradicionalmente no ha pertenecido a asociaciones. A pesar de que existe una «continuidad» en la vejez respecto a la trayectoria en este aspecto social, también es cierto que casi un 30% de la población mayor ha comenzado a participar en alguna asociación a partir de la jubilación.

ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES EN LA VEJEZ

Actividades organizadas por asociaciones u organizaciones

Además de conocer a qué asociaciones pertenecen los mayores, también es interesante conocer qué tipo de actividades realizan en los diferentes contextos en que se mueven (p. ej.

comunidad, familia, hogar, etc.) y a diferentes niveles (p. ej., actividades que suelen hacerse con otras personas y aquellas que se hacen de forma individual). Presentamos los datos referentes a las actividades organizadas generalmente por alguna asociación o entidad (p. ej., un ayuntamiento) y en las que los mayores pueden participar sin necesariamente pertenecer a ellas.

En la línea de los resultados sobre la pertenencia a asociaciones u otras organizaciones, los datos sobre las actividades sociales en que participan los mayores muestran porcentajes muy bajos. Únicamente las actividades organizadas por los hogares y clubes de jubilados, las asociaciones de vecinos y religiosas consiguen porcentajes de participación de entre el 41% y el 12,8%. Lejos de estas cifras se encuentran las actividades organizadas por el voluntariado (3,2%), la Diputación y el Ayuntamiento de Salamanca (1,9%) o los partidos políticos (0,8%).

En cuanto a los servicios públicos que con mayor frecuencia utilizan los mayores destacan las vacaciones (24,5%), seguidas muy de lejos por los balnearios (6,3%), los comedores (5,7%) y las residencias (3,8%).

Las actividades que con mayor frecuencia realizan los mayores son principalmente de carácter individual. Aquellas que más se hacen a diario son, por este orden, ver la televisión, ir al parque o a pasear, oír la radio, ir de compras y leer. Por debajo quedan otras actividades de tipo educativo-cultural, como leer (56,8%), ir a conferencias o conciertos (1,9%) o a espectáculos (1,7%).

Al preguntar si al jubilarse o al llegar a los 65 años habían iniciado alguna actividad nueva (cultural, artística, social, etc.) que no hubiera realizado antes, el 70,1% de los mayores afirmaron no haber iniciado ninguna actividad nueva. Entre aquellos que sí la habían iniciado, los porcentajes más altos correspondieron a hacer turismo (67,4%), participar en alguna asociación (51,8%), participar en actividades de tipo cultural y social (36,7%) y hacer manualidades (30,3%). El resto, con porcentajes muy bajos, empezaron a hacer deporte, ir a espectáculos, colaborar como voluntarios o participar en algún negocio. Estos datos son similares a los obtenidos por el CIS en 1993, donde los mayores que habían iniciado nuevas actividades tras la jubilación se dedicaban a hacer turismo, participar en asociaciones y clubes, y participar en actividades culturales.

Conocimiento de los servicios públicos, prestaciones y programas para mayores

Los mayores muestran tener un conocimiento muy escaso de los programas de tipo social, educativo o relacionados con la salud que se les ofrecen en la ciudad. Por ejemplo, sólo el 21,8% de las personas entrevistadas conoce la existencia de programas de ejercicio físico, el 15,6% los programas de educación para la salud, el 12,8% los programas de animación socio-cultural, el 12,8% los que ofrecen ayudas económicas y técnicas para organizar actividades en los centros y asociaciones. Los programas de carácter educativo (excepto los de educación para la salud), como los cursos formativos, los de apoyo a la formación y los programas universitarios como la Universidad de la Experiencia son conocidos por porcentajes de población muy bajos (de entre un 17,9% y un 9%).

En resumen, los datos de las actividades que se hacen a diario muestran que las personas mayores tienen preferencia por actividades que no implican relación social. Además, en general, las frecuencias más altas se registran en actividades de ocio que no exigen esfuerzo intelectual o conciencia social.

A nivel nacional (INE, 1997), y de modo similar a nuestros datos, las actividades de ocio y culturales que con mayor frecuencia suelen realizar los mayores son las excursiones, el turismo, seguido de las visitas culturales y las ferias.

Como veremos con posterioridad en la sección de conclusiones, este perfil de actividad suscita necesariamente diferentes estrategias de intervención social.

VARIABLES MEDIADORAS EN LAS ACTIVIDADES Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LOS MAYORES

Aunque diversas variables pueden tener relación con la participación social de los mayores y el tipo y frecuencia de actividades que realizan, mostramos a continuación sólo algunas de las que hemos considerado más relevantes. Para ello, nos centraremos en las características del aspecto estructural y funcional de las relaciones interpersonales, en su salud y capacidad funcional para llevar a cabo tareas de la vida diaria y en los aspectos actitudinales derivados de la imagen social que los mayores tienen de sus iguales y de ellos mismos.

Red y Apoyo Social

Definimos la red social como el aspecto estructural de las relaciones interpersonales. Puede medirse en términos de la frecuencia, intensidad y duración de las relaciones entre los diferentes individuos que conforman dicha red (Vega, Bueno y Buz, 2001).

Los mayores de Salamanca viven en su casa con su familia (cualquiera que sea el grado de parentesco) en un 74,4% de los casos, o bien, con algún familiar en casa de éste (8,8%). El número de personas que vive en el mismo hogar que la persona mayor oscila entre una y tres personas en un 65,9% de los casos. Además, casi el 47% de los mayores conviven en el hogar con otra persona mayor de 65 años (generalmente el cónyuge) y un 2,4% vive con una tercera persona.

El 86,7% de los entrevistados tienen hijos. En el 74,3% de los casos tiene entre uno y tres hijos. Aproximadamente el 60% de los hijos viven en la misma ciudad que los padres.

Estos datos indican que los mayores disponen mayoritariamente de una red social familiar básica. Obviamente, a medida que los mayores van envejeciendo, incrementa la probabilidad de que requieran cuidados y una mayor atención. Esto puede ocasionar una pérdida de contacto con otros miembros de la red social. De este modo, puede agravarse la situación de

aislamiento. Sin embargo, en el caso de estos mayores entrevistados, no se ha observado una pérdida en el número de relaciones interpersonales. Como dato, señalar que no sólo el 62,5% de los mayores ha mantenido estable su círculo de amigos durante la vejez, sino que un 21% lo ha aumentado.

Además de conocer cuántos y cuáles son los miembros de la red social de los mayores, es importante considerar la frecuencia de contacto con los miembros de esa red.

En términos generales, se suele tener contacto con mayor frecuencia con miembros ajenos a la red familiar que con los pertenecientes a ésta. Por ejemplo, el 89% de los mayores veían con mucha o bastante frecuencia a los amigos no vecinos, el 82,5% a los vecinos, el 69,9% a los hijos que vivían en la misma ciudad (aunque no con ellos), el 37,2% a los que vivían fuera de ella, y el 67% a los nietos. En una posición intermedia se encuentran los compañeros de asociación o club de jubilados, a los que se afirma ver con mucha o bastante frecuencia en un 41,3% de los casos.

Desde el punto de vista de la satisfacción que proporciona la red social, el 95,4% se muestra muy satisfecho o bastante satisfecho con el apoyo que recibe de su familia y de sus amigos. La ayuda que reciben suele provenir con mayor frecuencia, y por este orden, del cónyuge, de la hija, de otros familiares y los servicios sociales y personas empleadas en el hogar. Con porcentajes inferiores se encuentran otros miembros del círculo familiar, de amigos y vecinos. En la misma línea, existe una clara preferencia porque sea el cónyuge (34%) o la hija (22%) quien proporcione esa ayuda (caso de necesitarla). Aproximadamente un 30% desea recibir la ayuda de otros miembros de la familia, y un 13% prefiere que les preste ayuda los servicios sociales públicos.

Salud y autonomía funcional

El 51,7% de las personas mayores entrevistadas afirma padecer alguna enfermedad. Sin embargo, teniendo en cuenta el número y tipo de enfermedad y considerando su edad, el 51,1% califica su salud como muy buena o buena, mientras que un 39% considera que es regular y sólo un 12,8% opina que es mala o muy mala.

Al preguntarles sobre dos sentidos esenciales, la vista y el oído, y con independencia de que tuviesen que utilizar gafas, lentillas u otras ayudas protésicas, el 79,2% afirma ver bastante bien, frente al 20,6% que manifiesta tener dificultades para ver o que no ve casi nada. En cuanto al oído, el 85% dice oír bastante bien, frente al 14% que tiene dificultades para hacerlo o que no oye casi nada.

Las enfermedades y el funcionamiento de los sentidos influyen en el grado de independencia funcional de los sujetos. Los porcentajes de personas independientes para hacer diversas actividades de la vida diaria son bastante altos. Entre el 98% y el 95% de los mayores pueden comer solos, acudir sin ayuda al baño, levantarse/acostarse en la cama, cuidar su aspecto físico

o vestirse/desvestirse. En torno al 90% puede andar o pasear, subir/bajar escaleras, bañarse/ducharse y realizar tareas domésticas.

Heteropercepción y autopercepción de los mayores

La percepción de los sujetos sobre sí mismos y sobre otros puede mediar sobre qué tipo de actividades realizan o en qué grado participan socialmente con personas de su generación o de otras. Esto, a su vez, influye en la autopercepción y heteropercepción a nivel social. Aquellos con una mala imagen de sí mismos, probablemente no estarán motivados o no se creerán capaces de hacer determinadas actividades. La falta sistemática de actividad de debida a una creencia errónea sobre sus capacidades puede tener efectos negativos sobre el estado de ánimo. Este estado anímico contribuye a reforzar su propia imagen social negativa.

Existen ligeras diferencias respecto a cómo consideran que la sociedad percibe a los mayores y cómo perciben ellos mismos a otros mayores. Opinan que la sociedad les ve como enfermos (56,9%), tristes (54,5%) y como un estorbo (52,2%). Sin embargo, los mayores consideran que sus iguales se caracterizan por ser divertidos (59,4%), por estar enfermos (44,2%), ser tristes (38,6%) e inactivos (25,9%). Respecto a cómo se ven ellos a sí mismos, destacan los adjetivos de divertidos (62,3%), enfermos (27,1%), inactivos (25,7%) y tristes (24,1%).

En conjunto, a la vista de los datos, los mayores opinan que la imagen más negativa de la vejez la tienen los miembros de otras generaciones más jóvenes. Sin embargo, los mayores perciben a sus iguales y a ellos mismos de manera más positiva, destacando el hecho de que se ven menos como un estorbo de lo que consideran que les ve la sociedad.

CONCLUSIONES

En términos generales, los datos obtenidos con la población mayor de Salamanca y los procedentes de otros estudios a nivel nacional (CIS, 1998; INE, 1997) muestran que el nivel de participación social de los mayores es bajo. Sin embargo, desde mediados de los años 90, el nivel de representación social está aumentando, principalmente a través de asociaciones y clubes.

El nivel de participación social puede mejorarse mediante la intervención educativa. Para estimular a la población en este sentido, se deberá tener en cuenta tanto al individuo como al entorno.

Esto significa que es preciso conocer las características y necesidades de los mayores. La intervención social que no tenga en cuenta esta premisa básica corre el riesgo de convertirse en un conjunto de proyectos y programas sin interés y abocados al fracaso. La experiencia cotidiana nos confirma en numerosas ocasiones que no son infrecuentes las iniciativas de intervención social que no obtienen de la población «diana» a las que va dirigida la respuesta que se espera de ellas. Son evidencia de un desajuste entre lo que se les ofrece y lo que necesitan o demandan.

También es necesario conocer el entorno, los medios y los recursos que proporciona el ambiente físico y social donde viven los individuos. A partir del conocimiento de aquello con lo que cuentan los mayores se pueden diseñar mejor estrategias de intervención que puedan satisfacer algunas de sus necesidades, generando para ello los recursos que sean necesarios (infraestructuras, personal, instrumentos, programas, etc.). La acción educativa debe buscar la creación de contextos y espacios sociales que favorezcan la participación activa y la integración cultural y comunitaria.

Al llegar a este punto podemos preguntarnos, ¿qué debemos tener en cuenta en nuestros planteamientos educativos con los mayores? La respuesta a esto se puede articular en torno a tres aspectos básicos de las personas mayores: su motivación para *hacer* o *no hacer*, los conocimientos de que dispongan y las capacidades con las que cuenten. Esto puede identificarse con el *querer*, el *saber* y el *poder* hacer.

Querer

Tener en cuenta la motivación de los mayores, sus deseos de *querer hacer* es fundamental. En muchas ocasiones, la intervención debe centrarse prioritariamente en motivar a los mayores para que se impliquen en la realización de actividades. Esta motivación está influida, entre otras, por variables como las creencias (p. ej., hasta qué punto se considera que determinada actividad tiene efectos positivos sobre el bienestar), las expectativas (p. ej., si considera que determinados niveles de ejecución estarán o no a su alcance), los sentimientos de autoeficacia (p. ej., en qué medida se ve capaz de realizar algo) o las atribuciones (p. ej., hasta qué punto los efectos que observan se deben a una causa identificable). Estas variables tienen efectos sobre el estado de ánimo y sobre su motivación para realizar actividades de tipo personal o social. En algunos contextos, como las residencias de ancianos, es patente la falta de motivación de los mayores para adoptar cambios en su nivel de actividad que podrían ser saludables desde el punto de vista físico y psíquico.

Por tanto, una de las labores prioritarias del educador será tener en cuenta el nivel de motivación de las personas sobre las que desea intervenir y diseñar estrategias de optimización. Para ello resulta útil algo tan obvio, y pocas veces tenido en cuenta, como obtener de los mayores la información sobre cuáles son sus actividades preferidas y el modo en que desean realizarlas (Vega, 1990). En este sentido, fuentes como el IMSERSO (2000) destacan que entre las preferencias de los mayores por determinadas actividades que actualmente no hacen, pero que les gustaría hacer, se encuentran las de hacer ejercicio físico o deporte, relacionarse con otras personas (niños, jóvenes y mayores) y reunirse en clubes o asociaciones (IMSERSO, 2000).

Estas preferencias proporcionan una inestimable guía sobre los tipos de programas y servicios que pueden desarrollarse. Además, según la misma fuente, entre un 30% y un 40% de los mayores de hasta 75 años se considera capacitado y le gustaría transmitir sus conocimientos profesionales a otras personas. Los agentes sociales deben ser capaces de articular mecanismos

que canalicen esta disposición por enseñar a los demás. Se trata, por tanto, de delegar en ellos haciéndoles partícipes de su ocupación del tiempo libre.

El papel del educador es el de canalizar los intereses y orientar sobre las actividades que pueden tener efectos beneficiosos sobre diferentes dimensiones de la persona. En este sentido, deberá proporcionar información sobre actividades que son especialmente recomendables para la salud, el estado de ánimo o el estado físico y asegurar que ésta se encuentra disponible.

Como vimos anteriormente, existe numerosa evidencia científica que avala los beneficios de la actividad física para el mantenimiento y mejora de la salud, así como de las actividades de tipo cultural o que exigen esfuerzo intelectual para la mejora del funcionamiento cognitivo. Aunque casi un 70% de los mayores lee a diario y un 83% pasea, las personas entrevistadas realizan con muy poca frecuencia actividades de tipo cultural (p. ej., asistir a espectáculos, a conferencias, conciertos, etc.) o actividades físicas regladas (p. ej., hacer deporte). Estos datos son coincidentes con los obtenidos por el Instituto Nacional de Consumo (2000) que señalan que los mayores dedican su tiempo de ocio, en primer lugar, a actividades de tipo pasivo y, en último lugar, a espectáculos, diversiones y relaciones sociales.

Sin perder nunca la perspectiva del respeto hacia las preferencias de los individuos por las actividades de tipo pasivo o activo, es importante diseñar estrategias educativas que motiven a las personas mayores para que se impliquen en actividades de ejercicio físico. Se les debe proporcionar información que muestre claramente las ventajas de una vida activa. Parte de los mayores que representan a ese 80% que nunca hace deporte, puede encontrar en la vejez la ocasión para practicar deportes adaptados a su situación de salud. Algunos ejemplos exitosos de actividades físicas saludables en la vejez lo constituyen algunas artes orientales, el yoga, la bicicleta, nadar, etc.

También se deben promover aquellas actividades que conlleven un incremento de la relación social. El problema de la soledad y las consecuencias negativas de ésta en diferentes áreas de la vida es un hecho constatable. Fomentar la participación social como instrumento con el que facilitar la integración social y mejorar el desarrollo personal del individuo es, por tanto, una acción necesaria.

Al igual que ocurre con la dimensión física, a nivel cognitivo se han observado científicamente las ventajas de ejercitar la mente. Según nuestros datos, una mayoría de las personas con más de 60 años prefieren ocupar su tiempo libre con actividades que no exigen apenas esfuerzo intelectual, como ver la televisión, oír la radio, pasear o ir a cafeterías. Es necesario hacer llegar a la población mayor información sobre los beneficios de una actividad mental continuada para mantener las habilidades intelectivas.

Algunos estudios (INSERSO, 1995) afirman que el voluntariado es una actividad que está en auge entre los mayores. Se trata de un tipo de movimiento asociativo en crecimiento y que está de moda. A pesar de esta tendencia, los datos a nivel nacional (IMSERSO, 2000) y los

nuestros indican que el voluntariado ocupa siempre los últimos puestos entre las actividades realizadas después de la jubilación.

La casi total ausencia de mayores en actividades de voluntariado sugiere varias hipótesis. Entre ellas, debe contemplarse la posibilidad de que algunos mayores piensen que a su edad ya no pueden colaborar en este tipo de actividades. De esta forma, ellos mismos se autoexcluyen como grupo que puede ayudar y aportar algo a otros grupos. Según nuestros datos, los mayores se ven a sí mismos de forma más positiva que como creen que les ve la sociedad. Es decir, consideran que la imagen social de ellos es la de enfermos, tristes y como un estorbo. Sin embargo, ellos se ven a sí mismos y a sus iguales de forma más positiva. Quizás lo que los mayores creen que la sociedad piensa de ellos podría tener un efecto muy negativo sobre su expectativas respecto a qué se espera de ellos y qué pueden hacer por los demás. Además de esto, hay que recordar que los propios mayores coinciden en verse a sí mismos con calificativos como tristes e inactivos. Estos estereotipos negativos en la vejez conforman actitudes personales y sociales que dificultan o impiden la incorporación de los mayores a su entorno social y dificultan la adaptación a su nueva situación social.

Por todo esto, es importante diseñar estrategias de intervención dirigidas a los cambios de actitudes y la motivación de los mayores. Un elemento necesario debe ser la inclusión de mensajes que les ayuden a tener una visión más positiva de sí mismos. Este tipo de cambios, junto con la necesaria disposición de medios y programas de voluntariado, pueden producir cambios importantes en los porcentajes que realizan tareas de voluntariado.

No hay que olvidar que existe en torno a un 20% de personas mayores que estarían dispuestas a participar en actividades de cooperación como cuidar a niños pequeños o a otras personas con problemas de salud. Es decir, existe una disposición de la persona etiquetada socialmente como «asistida» por ejercer el rol de «cuidador». Esto representa una bolsa social de provisión de ayuda generalmente desestimada por los agentes y agencias sociales. Los programas de intervención social no deberían pasar por alto el potencial de cuidados que pueden proporcionar algunas generaciones de mayores con buen estado de salud y voluntad para hacerlo.

La intervención social dirigida hacia la implicación de los mayores en este tipo de tareas tiene importantes consecuencias. La colaboración en actividades de voluntariado con metas como la ayuda en los cuidados de otras personas facilita el cambio desde el estereotipo social de vejez inactiva, enferma, asistida, etc., hacia el de un grupo social activo. De esa forma, cada miembro social, incluidos ahora los mayores, aportan algo desde la etapa vital en la que se encuentren. En definitiva, esta es una forma de solidaridad.

Saber

Resulta obvio que la utilización de determinados servicios y programas requiere el conocimiento previo de éstos. También es cierto que la utilización de determinados servicios nos permite conocer otros similares y/o complementarios. Visto así, el conocimiento es un elemento

importante para la participación y la actividad, y la actividad es un elemento que facilita el conocimiento. Respecto a nuestros mayores, los datos apuntan a que existen diferencias muy grandes respecto al conocimiento de muchas de las actividades que pueden hacer. Esto provoca que la variedad y riqueza de su tiempo de ocio sea menor de lo que potencialmente podría ser.

En conjunto, el conocimiento de servicios y programas para mayores se caracteriza por su heterogeneidad: junto a aquellos que se conocen mucho (p. ej., los clubes de pensionistas el 94,2%) existen otros que apenas se conocen (p. ej., los comedores, los balnearios y la ayuda a domicilio).

Aunque la familia y los amigos prestan a los mayores una determinada ayuda, la comunidad también dispone de mecanismos de ayuda formal. Lamentablemente, algunos de los servicios que se crean para ellos no son utilizados porque las personas desconocen su existencia. El primer paso, pues, para optimizar la provisión de ayuda a los mayores es conocer si disponen de información sobre las ayudas sociales. Esto es especialmente importante en el área de la salud. Por ejemplo, la ayuda a domicilio puede permitir a muchas personas permanecer de forma autónoma en su domicilio durante más tiempo y/o sin sobrecargar a la familia con algunos tipos de cuidados. Algo similar ocurre con los comedores para mayores, que pueden permitir una menor dependencia de personas cercanas a su entorno para la elaboración de comidas. Esto facilitaría que la familia y los amigos fuesen la fuente principal de apoyo emocional mientras que los agentes y agencias sociales actuarían como fuente de apoyo instrumental.

En cuanto al conocimiento de programas de atención a mayores, el panorama no es muy alentador. Menos del 20% conocen programas de asesoramiento e información, de ejercicio físico, de educación para la salud, los cursos formativos, las ayudas económicas a asociaciones, la animación socio-cultural o la universidad de la experiencia, etc.

Este desconocimiento, unido en ocasiones a la falta de motivación comentada anteriormente, podrían explicar en parte el hecho de que muy pocas personas mayores han iniciado una nueva actividad después de jubilarse y que las actividades que se realizan con mayor frecuencia estén asociadas al ocio y se realicen en solitario (p. ej., ver la televisión, oír la radio, pasear o hacer compras). En esta línea, destaca que porcentajes muy pequeños de mayores conocen la existencia de actividades de tipo educativo y cultural.

Es preciso abordar la intervención desde al menos tres frentes. Por una parte, es necesario asegurar que la información sobre la disponibilidad de estos programas y actividades llega a toda la población mayor. Ello requiere un estudio riguroso de cuáles son los medios y canales a través de los cuales se transmite. Por otra parte, es preciso que las personas se preparen para afrontar la nueva etapa de la vida que acompaña a la jubilación. A este respecto, los «Cursos de Preparación para la Jubilación» ayudan a las personas a dar sentido a la vejez, a estar preparados ante los cambios que pueden experimentar en diferentes áreas de su vida y a organizar mejor su tiempo libre (Vega y Bueno, 1996). Estos cursos incluyen formación sobre los cambios físicos, psíquicos y sociales que se producen con la edad, información

sobre cuestiones de tipo legal y económico de gran trascendencia en esta etapa de la vida (p. ej., obtención de ayudas sociales y económicas, testamento, etc.) y orientaciones sobre la ocupación productiva del tiempo libre.

Por último, las instituciones académicas, sociales, políticas, etc., deben incrementar la oferta de programas educativos para mayores. En este sentido, a raíz de la sensibilidad despertada en la última década hacia las necesidades educativas de los mayores, cada vez son más las universidades que disponen de programas universitarios para mayores. Las experiencias recogidas en este campo se intercambian en foros como el VI Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Mayores⁵ realizado en el 2002. Estos encuentros tratan de consolidar la educación permanente a lo largo de toda la vida. Para lograr esto se hace necesario conocer las expectativas y las exigencias culturales y educativas de los mayores. Las 17 universidades españolas que tienen programas de este tipo articulan sus programas en torno a temáticas y áreas de interés muy diversas. En general, todos los programas educativos universitarios coinciden en su interés por convertir a los mayores en partícipes activos de los bienes culturales y educativos, en mejorar su empleo creativo del ocio y en fomentar su participación social convirtiéndoles en dinamizadores de su contexto socio-cultural.

Desde el punto de vista psicológico y social, las actividades educativas permiten dar sentido de «continuidad» a aquellos mayores vinculados a la cultura y la educación (p. ej., aquellos con estudios universitarios o profesiones cualificados), tener la posibilidad de iniciar una nueva actividad gratificante (p. ej., aquellos que no tuvieron la oportunidad de acceder a la universidad), incrementar los sentimientos de auto-eficacia, incrementar su autoestima, lograr una mejor integración social y obtener refuerzos derivados de las relaciones intergeneracionales (Buz, 2002).

Por otra parte, los saberes, los conocimientos culturales y académicos de las nuevas generaciones presentan nuevas características. Los educadores deben estar preparados para las nuevas demandas de una población mayor con un nivel educativo más alto que el de generaciones anteriores y que, además, vive inmersa en una sociedad tecnologizada. Prueba de esta situación es que progresivamente los mayores se van incorporando a actividades educativas directamente relacionadas con las nuevas tecnologías. Por ejemplo, cada vez existen más comunidades virtuales de mayores que utilizan Internet como instrumento de intercambio de experiencias. Este tipo de formación, pues, dejará progresivamente de estar dirigida exclusivamente a personas jóvenes.

Aunque más desarrolladas en Estados Unidos que en Europa, los datos sobre la tendencia en la motivación de los mayores por aprender nuevas tecnologías y el incremento en el registro de páginas web dedicadas a la vejez, apunta a que la Internet debe empezar a considerarse como una útil herramienta educativa. En este sentido, la organización de personas mayores, usuarios de ordenador, denominada SeniorNet⁶ tiene como objetivo principal proporcionar a los mayores conocimiento sobre el uso de las tecnologías para mejorar sus vidas, permitirles compartir sus experiencias y reducir su soledad. De modo similar, en España, diferentes organizaciones y asociaciones disponen, cada vez más, de recursos de este tipo. Este

cambio en la mentalidad de los mayores suele superar, en ocasiones, a los planteamientos y programas educativos tradicionales elaboradas hasta la fecha.

Sin embargo, junto a este tipo de experiencias, no hay que olvidar que aún existe un pequeño porcentaje de mayores que no ha cursado ningún tipo de estudios o que no saben leer y escribir. Es preciso continuar desarrollando programas educativos para este grupo de población si queremos ser agentes de una sociedad con igualdad de oportunidades.

Poder

Un limitación importante para la realización de determinadas actividades y la participación social puede ser el estado de salud. A pesar de ello, aún las personas con limitaciones físicas son capaces de encontrar estrategias compensatorias que les permiten seguir disfrutando de forma gratificante de su tiempo de ocio. En nuestro estudio se observa que aproximadamente la mitad de las personas con más de 60 años padecen alguna enfermedad. Entre las señaladas más frecuentemente, aunque con porcentajes muy bajos (5%-10%), aparece la artrosis y la diabetes. No parecen ser, por tanto, las enfermedades las responsables de su falta de participación social y de la no realización de determinadas actividades culturales y educativas. Además, casi la mitad considera que su estado de salud puede calificarse como muy bueno o bueno, y en torno al 80% consideran que ven y oyen bastante bien a pesar de tener que utilizar ayudas protésicas.

Este conjunto de resultados muestran claramente que los mayores mantienen recursos físicos que les permiten afrontar una gran diversidad de actividades. A pesar de tener, en general, una buena salud (y percibirlo así), realizan con frecuencia actividades de tipo pasivo e individual. Paradójicamente, señalan que lo más importante para ellos es la salud y no sentirse solos, y que lo que más temen es perder la memoria.

Existe evidencia científica que avala que la falta de ejercicio físico tiene efectos negativos para el mantenimiento y mejora de la salud. A nivel cognitivo, no ejercitar las capacidades cognitivas con actividades que las activen también tiene serios efectos negativos sobre el rendimiento intelectual y el temido Alzheimer. A la vista de esto y de los resultados obtenidos, se hace necesario insistir desde el punto de vista educativo en la promoción y difusión de los hábitos comportamentales saludables y en la eliminación de estereotipos sociales negativos sobre la enfermedad durante el envejecimiento. Por una parte, los mayores sanos deben disponer de programas de atención que permitan mantener al máximo el estado de salud que tienen. Para ello es importante proporcionarles información sobre los efectos positivos del ejercicio físico, la nutrición, el control del tabaco y el alcohol, etc. y medios para conseguir sus metas. Aquellos mayores que tengan limitaciones o problemas de tipo físico deben poder disfrutar de programas de tipo físico, cultural y educativo adaptados a su situación particular de salud con el objetivo de no acentuar la discriminación entre aquellos que pueden realizar actividades de todo tipo y aquellos que no pueden.

NOTAS

- 1 Esta Asamblea se celebra del 8-12 de abril de 2002 en Madrid. Más información en <http://www.madrid2002-envejecimiento.org>
- 2 El Congreso Internacional Valencia Forum se celebra en Valencia del 1 al 4 de abril de 2002. Más información en <http://www.valenciaforum.com>
- 3 El Foro Mundial ONG sobre Envejecimiento se celebra en Madrid del 5 al 9 de abril de 2002. Más información en <http://www.forumaging/espanol/informacion/objetivos.htm>
- 4 El I Congreso Estatal de Personas Mayores «Las personas Mayores ante el Siglo XXI: Hacia una mayor Calidad de Vida» se celebró en Madrid del 3 al 5 febrero de 1.998.
El II Congreso Estatal de Personas Mayores «Una Sociedad para Todas las Edades» se celebró en Madrid del 23 al 25 de junio de 2001
- 5 Más información en <http://www.sri.ua.es/congresos/viencuentro/objetivos.htm>
- 6 Más información en <http://www.seniornet.org/php/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLISON, M. T. y GEIGER, C. W. (1993). Nature of leisure activities among the Chinese-American elderly. *Leisure Sciences*, 15(4), 309-319.
- BUZ, J. (2002). Relaciones intergeneracionales: diseño y evaluación de programas intergeneracionales. En P. Soenga, A. Maceira y A. Pena (Eds.), *Los medios de comunicación en la escuela* (pp. 88-105). Santiago de Compostela: Instituto Gallego de Cooperación Iberoamericana.
- CIS (1993). *Apoyo informal a las personas mayores*. Estudio 2072, diciembre.
- CIS-IMSERO (1998). *La soledad de las personas mayores*. Estudio 2.279, febrero.
- CONNIDIS, I. A. y MCMULLIN, J. A. (1992). Getting out of the house: The effect of childlessness on social participation and companionship in later life. *Canadian Journal on Aging*, 11(4), 370-386.
- DIPIETRO, L. (2001). Physical activity in aging: Changes in patterns and their relationship to health and function. *Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56a(11,SpecIssue), 13-22.
- DISABILITY AND SOCIAL PARTICIPATION IN EUROPE. (2001). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- GRIFFIN, J. y MCKENNA, K. (1998). Influences on leisure and life satisfaction of elderly people. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 15(4), 1-16.
- HOLMES, J. S. y DORFMAN, L. T. (2000). The effects of specific health conditions on activities in retirement. *Activities, Adaptation and Aging*, 25(1), 47-65.
- IMSERO (1995). *Voluntariado y personas mayores: una experiencia de Investigación-Acción Participativa (IAP)*. Madrid.
- IMSERO (2000). *Las personas mayores en España: Informe 2000*. Madrid.
- INE (1997). *Estudio piloto sobre empleo del tiempo en España*. Madrid.
- INSTITUTO NACIONAL DE CONSUMO (2000). *La Tercera Edad y el Consumo*. Madrid.
- KAPLAN, G. A. y STRAWBRIDGE, W. J. (1994). Behavioral and social factors in healthy aging. En R. P. Abeles y H. C. Gift (Eds.), *Aging and quality of life. Springer series on life styles and issues in aging* (pp. 57-78). New York, NY, US: Springer Publishing Co, Inc.

- LEFRANCOIS, R., LECLERC, G. y POULIN, N. (1998). Predictors of activity involvement among older adults. *Activities, Adaptation and Aging*, 22(4), 15-29.
- LENNARTSSON, C. y SILVERSTEIN, M. (2001). Does engagement with life enhance survival of elderly people in Sweden? The role of social and leisure activities. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56b(6), S335-342.
- LENNARTSSON, C. y SILVERSTEIN, M. (2001). Does engagement with life enhance survival of elderly people in Sweden? The role of social and leisure activities. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56b(6), S335-342.
- LI, L. W.; SELTZER, M. M. y GREENBERG, J. S. (1997). Social support and depressive symptoms: Differential patterns in wife and daughter caregivers. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52b(4), S200-S211.
- LOSIER, G. F., BOURQUE, P. E. y VALLERAND, R. J. (1993). A motivational model of leisure participation in the elderly. *Journal of Psychology*, 127(2), 153-170.
- MCDONALD, J. (1996). Community participation in an Australian retirement village. *Australian Journal on Ageing*, 15(4), 167-171.
- MCGUINN, K. K. y MOSHER ASHLEY, P. M. (2000). Participation in recreational activities and its effect on perception of life satisfaction in residential settings. *Activities, Adaptation and Aging*, 25(1), 77-86.
- MENEC, V. H. y CHIPPERFIELD, J. G. (1997). Remaining active in later life: The role of locus of control in senior's leisure activity participation, health, and life satisfaction. *Journal of Aging and Health*, 9(1), 105-125.
- MISHRA, S. (1992). Leisure activities and life satisfaction in old age: A case study of retired government employees living in urban areas. *Activities, Adaptation and Aging*, 16(4), 7-26.
- MITCHELL, J. M. y KEMP, B. J. (2000). Quality of life in assisted living homes: A multidimensional analysis. *Journal of Gerontology*, 55b(2), P117-P127.
- MOEN, P.; FIELDS, V.; QUICK, H. E. y HOFMEISTER, H. (2000). A life-course approach to retirement and social integration. En K. Pillemer y P. Moen (Eds.), *Social integration in the second half of life* (pp. 75-107). Baltimore, MD, US: The Johns Hopkins University Press; Baltimore, MD, US: The Johns Hopkins University Press.
- MOOKHERJEE, H. N. (1998). Perception of happiness among elderly persons in metropolitan USA. *Perceptual and Motor Skills*, 87(3, Pt 1), 787-793.
- MOTT, S. y RIGGS, A. (1992). Older people: The effect of health on their social interactions. *Australian Journal on Ageing*, 11(4), 19-26.
- NOREAU, L. y FOUGEYROLLAS, P. (2000). Long-term consequences of spinal cord injury on social participation: The occurrence of handicap situations. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 22(4), 170-180.
- OXMAN, T. E., FREEMAN, D. H. y MANHEIMER, E. D. (1995). Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic Medicine*, 57(1), 5-15.
- REITZES, D. C., MUTRAN, E. J. y VERRILL, L. A. (1995). Activities and self-esteem: Continuing the development of activity theory. *Research on Aging*, 17(3), 260-277.
- RENNEMARK, M. y HAGBERG, B. (1999). Gender specific associations between social network and health behavior in old age. *Aging and Mental Health*, 3(4), 320-327.
- SABIN, E. P. (1993). Social relationships and mortality among the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 12(1), 44-60.

- SUGISAWA, H.; LIANG, J. y LIU, X. (1994). Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. *Journals of Gerontology*, 49(1), S3-S13.
- UNGER, J. B.; JOHNSON, C. A. y MARKS, G. (1997). Functional decline in the elderly: Evidence for direct and stress-buffering protective effects of social interactions and physical activity. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(2), 152-160.
- VEGA, J. L. (1990): *Demanda sociocultural del medio rural salmantino*. Salamanca: Varona.
- VEGA, J. L. y BUENO, B. (1996). *Pensando en el futuro. Curso de preparación para la jubilación*. Madrid: Síntesis.
- VEGA, J. L.; BUENO, B. y BUZ, J. (2001). Sociología del envejecimiento. En J. F. Macías (Ed.), *Geriatría desde el principio* (pp. 39-55). Barcelona: Glosa.
- WEST, G. E.; DELISLE, M. A.; SIMARD, C., y DROUIN, D. (1996). Leisure activities and service knowledge and use among the rural elderly. *Journal of Aging and Health*, 8(2), 254-279.
- WETHINGTON, E.; MOEN, P.; GLASGOW, N. y PILLEMER, K. (2000). Multiple roles, social integration, and health. En K. Pillemer y P. Moen (Eds.), *Social integration in the second half of life* (pp. 48-71). Baltimore, MD, US: The Johns Hopkins University Press; Baltimore, MD, US: The Johns Hopkins University Press.
- YOUNG, F. W. y GLASGOW, N. (1998). Voluntary social participation and health. *Research on Aging*, 20(3), 339-362.