



2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

2.1 Envejecimiento y solidaridad intergeneracional en Europa.

Svein Olav Daatland

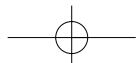
Norwegian Social Research (NOVA), Oslo

Introducción

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población han suscitado gran preocupación por la solidaridad familiar en Europa. Tradicionalmente, el cuidado de los mayores era responsabilidad únicamente de las familias, pero al ser cada vez mayor el número de padres mayores, aumenta la carga que ésto supone para los más jóvenes, por lo que las familias tienen problemas para hacer frente a sus responsabilidades tradicionales. Esta realidad se agrava por el hecho de que las mujeres tienen que asumir diferentes papeles, y han de conciliar sus obligaciones familiares y profesionales. También dentro de las familias, deben dividirse entre unos padres que son cada vez mayores y los hijos. Es por ello que las familias modernas necesitan apoyo de las instituciones, por lo que el cuidado de los mayores se ha convertido en una responsabilidad compartida entre la familia y el estado, ayudados por otros agentes menos importantes como son los amigos, vecinos y organizaciones de voluntarios. Esta colaboración o asociación adopta muchas formas y varía según el tipo y la generosidad de cada país.

Las familias son los principales cuidadores en la mayor parte de los países, salvo en los del Norte de Europa, donde es más fácil tener acceso a cuidados a largo plazo que en los países del Sur. El modelo que predomina en Escandinavia es un modelo de asistencia compartida entre familia y estado. En países con un menor nivel de servicios (como es el caso de España, Francia e Italia en la actualidad), el estado suele dirigir esos recursos escasos a las personas sin apoyo familiar, por lo que la mayoría de las familias suelen enfrentarse solas a la responsabilidad de cuidar de sus mayores. La asistencia en estos países suele ser proporcionada por las familias o por el estado, siendo el cuidado familiar la forma más prevalente de asistencia a la tercera edad.

Estas diferencias pueden dar lugar a diferentes valores familiares o a diferencias de oportunidades (probablemente ambas cosas a la vez). Las familias del Sur tiene una tradición colectivista más arraigada que las del Norte, por lo que tienen una mayor inclinación a cuidar de la familia. Por otra parte, las familias del Sur se han visto obligadas a cuidar de sus mayores al no contar con este tipo de servicios sociales. Los actuales modelos de asistencia son, probablemente, fruto del deseo y de la necesidad. En cualquier caso, tanto los modelos del Norte como los



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

del Sur están en peligro, aunque por diferentes motivos. Los estados del Norte están reduciendo actualmente a los servicios sociales, por lo que la carga vuelve a recaer sobre las familias. Los estados del Sur están, por el contrario, ampliando sus servicios, aunque parten de un nivel muy bajo que no es suficiente para compensar la carga demográfica de una población que envejece, el desequilibrio generacional, y la entrada de la mujer en el mercado laboral. El modelo tradicional asistencial familiar ha dejado de ser viable, y las familias se encuentran bajo una gran presión.

La solidaridad en peligro

La preocupación por la solidaridad familiar se remonta a muchos años, como si se tratara de un compañero fiel que nos acompaña en la vida, posiblemente debido a cambios generacionales universales. La preocupación por la familia suele expresarse en forma de nostalgia, en el deseo de volver a un pasado mejor y más noble, en el que las personas y las familias se preocupaban por los demás. La mayoría de los europeos, comparten la opinión, de que antes las familias se preocupaban por los otros y se querían más. Se suele culpar de los problemas actuales a la modernidad y al individualismo, por lo que se dice, que el hombre moderno se ha convertido en un ser narcisista y egoísta. Otros ven el "estado de bienestar" como el malo de la película, porque ha reducido la necesidad, y por tanto, la motivación para ser solidarios. La existencia de un estado de bienestar generoso, ¿comporta un riesgo moral?

La preocupación por el estado de bienestar no es tampoco nueva, aunque ha aumentado en los últimos años. Se está volviendo a trazar la frontera entre responsabilidad pública y responsabilidad privada. ¿Deben restringirse el gasto y la responsabilidad pública por razones económicas? ¿Podemos realmente confiar en la solidaridad familiar? Estas son algunas de las preguntas que han dado lugar al proyecto OASIS, un estudio comparativo de cinco países con diferentes modelos de estado de bienestar y tradiciones familiares: Noruega, Inglaterra, Alemania, España e Israel. Países situados a lo largo de un eje Norte-Sur que van desde una tradición más colectiva y familiar en el Sur a una tradición más individualista en el Norte. Representan asimismo diferentes sistemas de estado de bienestar, con mayor y más fácil acceso a servicios sociales en el Norte. Los países OASIS fueron seleccionados para representar diferentes contextos y estructuras de oportunidad para la vida familiar y el cuidado de los mayores. Son países que se enfrentan a retos similares, pero que tienden a utilizar distintas soluciones.



2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

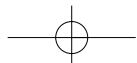
En esta ocasión analizaremos dos cuestiones empleando los casos de España y Noruega como ejemplo de dos países en contraste. ¿Existe mayor solidaridad intergeneracional en la España supuestamente colectivista que en Noruega, país supuestamente más individualista? Y en caso afirmativo, ¿supone el estado moderno de bienestar y la disponibilidad de servicios públicos un riesgo o un recurso para la asistencia familiar?

El concepto de solidaridad

La solidaridad es un sentimiento de afecto hacia el prójimo y el deseo de actuar en su interés. El prójimo pueden ser, por ejemplo, miembros de la familia, compañeros de trabajo, conciudadanos, gente del mismo sexo, etc. Así podemos hablar de solidaridad familiar, solidaridad de clase, solidaridad nacional, de género, etc. La solidaridad hace referencia a los intereses comunes que comparten un grupo, y se sitúa entre el interés propio (por ti mismo) y el altruismo (por todos), pero también hay un elemento de interés propio y de altruismo en el concepto de solidaridad que incluye tanto el interés personal como el interés por los demás componentes de ese grupo.

La solidaridad tiene muchas definiciones, pero la vemos más como mentalidad, que como comportamiento. Por ejemplo, la ayuda que se da bajo amenaza no es una expresión de solidaridad, sino de cumplimiento o miedo. Tampoco la ayuda que se ofrece por interés (dinero o alabanzas) puede considerarse solidaridad. Sin embargo, hay muchos comportamientos que son una mezcla de ambas cosas y que están motivados por la solidaridad u otras razones. Y para complicar aún más las cosas, hay una serie de deberes impuestos externamente que llegan a incorporarse, convirtiéndose en solidaridad, de hecho, en eso consiste la educación de los hijos para convivir en sociedad. Los sentimientos de solidaridad pueden tener diferentes raíces, como por ejemplo, el afecto, la identificación, el apego, las necesidades... Hay una tendencia general, quizás universal, a identificarse con personas similares o del mismo sexo, color y profesión. Los contrastes también pueden resultar atractivos, al igual que la necesidad, por ejemplo un trabajo muy duro puede crear lazos muy fuertes.

La solidaridad es un concepto multidimensional, y los sentimientos de solidaridad pueden expresarse de múltiples modos, como por ejemplo en términos de asociación, afecto y ayuda mutua. La frecuencia del contacto (el roce), la cercanía emocional y el intercambio de ayuda pueden por lo tanto tomarse como



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

expresiones de solidaridad. Y lo mismo puede decirse del apoyo a las normas familiares, es decir, hasta que punto uno se identifica con las obligaciones hacia otros miembros de la familia. Estas dimensiones podrían calificarse de solidaridad asociativa, afectiva, funcional y normativa.

Solidaridad intergeneracional

¿Cuál es el nivel y el tipo de solidaridad que existe entre padres mayores e hijos adultos en los cinco países participantes en el estudio OASIS? ¿Es mayor la solidaridad (tal y como se mide en este estudio) en el Sur, como cabría esperar desde el punto de vista de la cultura familiar? Los hallazgos del estudio se resumen en el siguiente cuadro.

Cuadro 1

a-c: Solidaridad entre padres mayores (+75) e hijos adultos, desde el punto de vista de los padres (n=alrededor de 330 de cada país), y d: Apoyo a las normas filiales en la muestra total de entrevistados de 25+ años (n=alrededor de 1,200 de cada país). Porcentaje.

	Noruega	Inglaterra	Alemania	España	Israel
a. Solidaridad asociativa					
Vivir con un hijo/a	7	16	10	38	7
Contacto físico semanal	71	80	61	93	84
Contacto físico o telefónico semanal	91	93	75	94	97
b. Solidaridad afectiva					
Sentirse cercano a los hijos	69	80	51	70	85
Llevarse muy bien con los hijos	79	86	50	66	85
c. Solidaridad funcional					
Recibir ayuda de los hijos	70	75	81	75	69
Prestar ayuda a los hijos	56	54	52	50	49
d. Solidaridad normativa (% de acuerdo)					
Responsabilidad filial ^a (índice)	76	74	68	83	83
Poder confiar en los hijos	58	41	55	60	51
Los hijos deben sacrificarse	41	47	36	44	37
Los hijos deben vivir cerca	29	31	40	57	57
Padres tienen derecho a compensación	38	48	26	55	64

2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

a) Escala de responsabilidad filial con 4 ítems y 5 categorías de respuestas (muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, desacuerdo, totalmente en desacuerdo): (1) Los hijos adultos deben vivir cerca de sus padres ancianos para poder ayudarles si lo necesitan, (2) Los padres tienen derecho a alguna compensación por los sacrificios que han hecho por sus hijos, (3) los hijos adultos deben estar dispuestos a sacrificar algunas de las cosas que les gustaría hacer por sus propios hijos con el fin de ayudar a sus padres ancianos , (4) los ancianos deben poder recurrir a sus hijos para que éstos les ayuden a hacer lo que tengan que hacer. Índice = porcentaje de acuerdo con al menos 1 ítem. Las siguientes líneas muestran acuerdo con cada uno de los ítems.

España tiene ciertamente el mayor grado de solidaridad asociativa, tal y como indica la frecuencia del contacto entre padres e hijos (Cuadro 1 a..). Sin embargo, esto se debe en gran parte al mayor índice de co-residencia (residencia compartida) existente en España, que podría ser consecuencia de la falta de oportunidades más que de una opción personal. El ideal que predomina en Europa central y del norte es el de "intimidad a distancia", es decir, vivir cerca pero sin compartir residencia.

La solidaridad afectiva parece ser igual en los países del norte y del sur, quizás incluso un poco más fuerte en el norte. Aproximadamente entre el 70 y el 80% de los padres mayores dicen que se sienten muy cerca de sus hijos y que se llevan bien o muy bien con ellos.

No se observa una diferencia sustancial entre países, en lo relativo a la solidaridad funcional, medida en términos de la ayuda prestada y recibida durante un periodo de 12 meses. El Cuadro 1c. muestra la proporción de padres mayores (de más de 75 años) que recibieron y proporcionaron al menos uno de seis diferentes tipos de ayuda (por ejemplo, apoyo emocional, transporte, jardinería, trabajo doméstico, cuidados personales o apoyo económico). Tres de cada cuatro padres mayores recibieron ayuda de sus hijos adultos, mientras que más de la mitad proporcionaron ayuda a sus hijos. Los padres mayores reciben más de lo que dan, pero el equilibrio entre generaciones varía según el tipo de ayuda. El apoyo emocional suele ir en ambas direcciones, la ayuda instrumental (como jardinería, transporte y trabajo doméstico) suele fluir más bien de hijos a padres, y el apoyo económico suele estar dirigido a los hijos y a los nietos, si es que lo permite la pensión, cosa que ocurre en Noruega y Alemania pero no en Inglaterra y España.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Las normas filiales (solidaridad normativa) son más sólidas e incondicionales en el sur, como indica el Cuadro 1d. por la proporción de encuestados que están de acuerdo con los cuatro puntos de la escala de responsabilidad filial. Si nos detenemos un poco, veremos que las diferencias entre países, se expresan más claramente en el carácter más que en la fuerza o solidez de dichas obligaciones filiales. No hay diferencia entre los países en cuanto al apoyo a normas de responsabilidad más generales, como por ejemplo "Los padres mayores deberían poder recurrir a sus hijos cuando necesiten ayuda". Por el contrario, el doble de noruegos están de acuerdo con normas del tipo: "Los hijos adultos deben vivir cerca de sus padres ancianos". El ideal del Norte parece ser una combinación de responsabilidad e independencia intergeneracional. El ideal del Sur consiste en tener prescripciones o normas más directas respecto a cuáles son sus responsabilidades y cómo deben cumplirlas.

En conclusión, el nivel de solidaridad intergeneracional es considerable tanto en los países del Norte como en los del Sur, aunque adopta diferente forma, siendo más absoluta y prescriptiva en el Sur, y más condicional en el Norte.

Cómo equilibrar obligación e independencia

Las relaciones entre generaciones, son por naturaleza ambivalentes, caracterizándose por una mezcla de sentimientos y motivaciones que se debaten entre la obligación y la independencia. Se podría decir que es así, no sólo por parte de los hijos hacia sus padres, sino también al contrario. La mayoría de los estudios se han centrado en las razones por las que los hijos prestan ayuda o dejan de prestarla a sus padres. Pero no sabemos tanto, sobre los motivos que llevan a los padres a aceptar o no dicha ayuda.

Damos por sentado que, al igual que los padres enseñan a sus hijos a ser responsables e independientes, equilibran esas preocupaciones cuando se convierten en padres ancianos, aunque en este caso entre sus expectativas de responsabilidad filial, por una parte, y por otra parte de preocupación paterna por la independencia de sus hijos. La primera tendencia debería ser más pronunciada en la tradición familiar colectiva del sur, mientras que la independencia filial debería ser más pronunciada en la familia más individualista del norte. Los padres españoles deberían entonces esperar más de sus hijos que los noruegos, mientras que los padres noruegos deberían ser más tendentes a exonerar de obligaciones a sus hijos.

2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

Y así es. Cuando se les pregunta que prefieren, si ayuda y cuidado de la familia o servicios organizados en su tercera edad, dos de cada tres españoles responde que prefieren la asistencia familiar, mientras que tres de cada cuatro noruegos prefieren servicios públicos (Cuadro 2.). El mismo contraste puede observarse entre la preferencia de residencia en caso de no poder valerse por sí mismos. Tres de cada cuatro padres noruegos prefiere ir a una residencia o institución, mientras que la mayoría (56%) de los padres españoles prefieren ir a vivir con un hijo.

Cuadro 2

a-b. (a) Preferencia de cuidador, y (b) preferencia de residencia según país, 25+ años.

(n)	Noruega (1203)	Inglaterra (1200)	Alemania (1197)	España (1208)	Israel (1297)
a: Preferencia de cuidador					
Servicios sociales	77	45	48	31	60
Familia	18	51	45	68	21
Otros	5	4	7	2	19
b: Preferencia de vivienda					
Institución	77	62	61	44	74
Vivir con un hijo/a	23	38	39	56	26

a: Suponga que pudiera usted llegar a necesitar asistencia regular o a largo plazo: ¿De quién preferiría recibir dicha ayuda? ¿De la familia, de servicios organizados o de otros?

b: En caso de no poder vivir solo cuando sea anciano, si tuviera que escoger entre vivir con un hijo/a o en una residencia o institución, ¿que preferiría? ¿Con un hijo/a, residencia, No sé....?(Sólo padres).

Lo cual no quiere decir que los valores familiares sean más sólidos en España. Es muy posible que los padres de los países del norte prefieran utilizar servicios sociales para no ser una carga para sus hijos, preocupándose por ellos. Los padres del sur ven más realizados sus ideales dentro del contexto familiar. Es interesante observar que las madres esperan menos de sus hijos, y con la edad esas expectativas van disminuyendo en Noruega y aumentando en España (Tabla 1.) Ambas respuestas

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

pueden estar motivadas por la familia, pero en el sur se da prioridad a las generaciones mayores (obligaciones filiales), mientras que en el norte se da prioridad a la juventud (independencia filial). Es interesante ver cómo los grupos más jóvenes de ambos países suelen estar de acuerdo en cuanto a normas y preferencias, mientras que los más ancianos suelen tener diferentes opiniones. Las diferencias entre grupos indican cómo con el paso del tiempo las poblaciones del Sur podrían ir tendiendo hacia las posiciones del Norte, prefiriendo los servicios sociales a la asistencia familiar al llegar a la tercera edad, siempre y cuando puedan acogerse a dichos servicios y éstos tengan una calidad razonable. De hecho, la población de los cinco países del estudio OASIS, comparte la opinión, de que son los gobiernos los que deberían cargar con la mayor parte de responsabilidad, a medida que vayan aumentando las necesidades de los mayores en los próximos años.

Preferencias de las madres en cuanto a vivir en una residencia o vivir con un hijo/a.

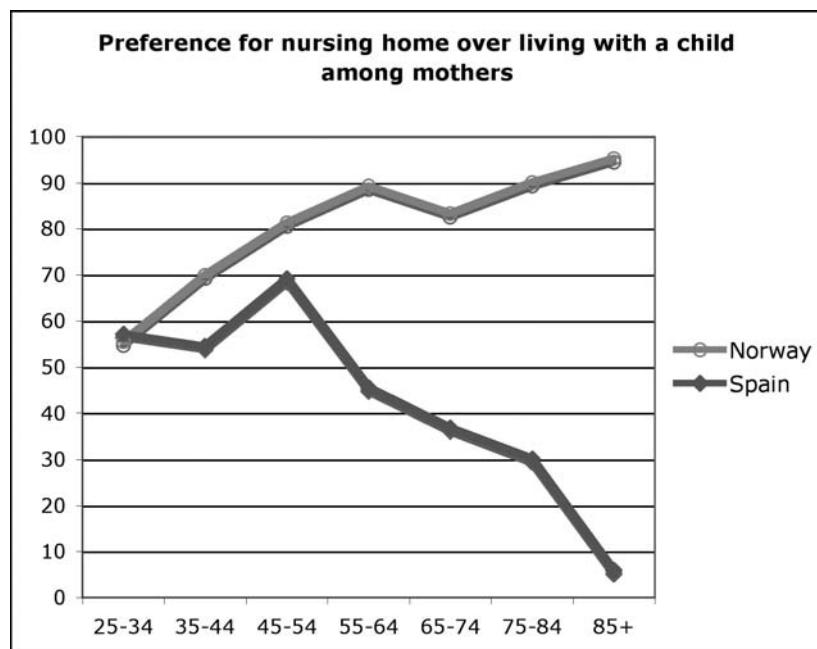


Gráfico 1. Porcentaje que prefiere vivir en una residencia en lugar de en casa de un hijo. Madres españolas (413) y noruegas (449) divididas según edad.



2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

Conclusiones

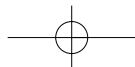
Los hijos adultos no han renunciado a su sentido de obligación filial aunque hayan servicios sociales disponibles, pero saben que si cuentan con su ayuda pueden llevar mejor su responsabilidad. Los servicios sociales han hecho posible que los padres sean más independientes de sus hijos, ayudándoles a conciliar mejor sus obligaciones familiares y profesionales. Los hallazgos del presente estudio muestran cómo la asistencia familiar se construye desde ambos lados de la relación. Los mayores suelen tener una opinión tajante sobre quien debe asumir la responsabilidad de su cuidado. En Noruega se inclinan a favor de los servicios profesionales por encima de la asistencia familiar, en el caso de necesitar cuidados a largo plazo, mientras que en España tienden a inclinarse por la asistencia familiar.

No está claro hasta qué punto pueden explicarse estas tendencias en términos de valores familiares (cultura) o acceso a servicios del estado de bienestar (oportunidad), aunque probablemente haya un poco de ambas cosas. En esta exposición no podemos desenmarañar las dos dimensiones, pero estudios anteriores realizados en Noruega, han identificado un cambio en la preferencia por los servicios profesionales, como reacción a la ampliación de dichos servicios en la década de los setenta y de los ochenta.

La consecuencia política de estos resultados es que no existe conflicto entre servicios profesionales y solidaridad familiar, más bien al contrario, necesitamos llegar a un equilibrio nuevo y más sostenible entre familia y estado de bienestar, y entre las generaciones mayores y las más jóvenes. Este equilibrio requiere el apoyo de un estado de bienestar activo y ambicioso, lo cual tiene también su vertiente política, ya que las democracias necesitan políticas que respondan a las preferencias de sus ciudadanos, preferencias que son tan variadas como sus propias poblaciones, aunque según las tendencias identificadas en este estudio dichas preferencias se inclinan por un modelo mixto de asistencia en el que los gobiernos asumen más responsabilidad en términos comparativos, más de lo que lo hacen en los actuales sistemas de asistencia predominantemente familiar (y femenina).

Referencias:

- El proyecto OASIS ha sido financiado por el V Programa Marco del UE, Contrato no. QLK6-TC-1999-02182. Referencias bibliográficas disponibles en la dirección del autor: sod@nova.no.





CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA





2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

2.2 Diseño de Programas Educativos para Mayores.

Lourdes Bermejo García

Gerontóloga social y miembro de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)

I.- ¿Como tiene que ser una pedagogía con mayores?

Hablar de programas educativos con mayores requiere, en primer lugar, que recordemos lo que realmente es la educación. La mejor definición es decir que educación **es aquello que nos hace ser personas**. Como diría Emmanuel Kant: "*Tan sólo por la educación puede el hombre llegar a ser hombre. El hombre no es más que lo que la educación hace de él*".

Pero profundizando un poco más en los destinatarios de más edad, considero que la Pedagogía para los mayores ha de ser especialmente:

- **Una Pedagogía Ambiental**, en el sentido que trate los temas del entorno de los mayores (tanto físico como social) y los capacite para interactuar en su entorno.

- **Una Pedagogía de la Autonomía, de la Decisión y de la Acción**. Que potencie la capacidad de los mayores de gobernar su vida, de decidir y de actuar en consecuencia. Es decir, que dé empowerment¹.

- **Una Pedagogía del Diálogo y la Pluralidad**, basada en la escucha, en profundizar en una realidad compleja, en evidenciar las diferencias, respetar las discrepancias y aprender de ellas.

- **Una Pedagogía de la Ciudadanía**, que trabaje para desarrollar y hacer ejercer los derechos y las responsabilidades cívicas de los mayores.

- **Una Pedagogía Constructivista**, que utilice los avances didácticos y metodológicos de las ciencias de la educación.

Pero aunque los profesionales podemos estar muy convencidos del interés de este tipo de actividades, sus destinatarios, los mayores, han de poder responder a la siguiente pregunta: "*¿Para qué vas a ponerte a aprender ahora, de mayor?*". Y los profesionales hemos de ayudarles a encontrar esa respuesta.

¹ La palabra está compuesta por *en* y *power*, "poder", que los ingles cogieron del antecedente del francés *pouvoir*. Una forma posible de traducirlo sería "potenciación" (que mantiene la misma raíz latina -potere-del original). Empowerment significa delegar y confiar en todas las personas de la organización y conferirles el sentimiento de que son dueños de su propio centro.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Los que tenemos la suerte de realizar programas educativos con mayores sabemos que aquellos que participan, que aprenden, que se implican:

- Aumentan y mejoran sus relaciones interpersonales.
- Desarrollan sus capacidades cognitivas y comunicativas.
- Experimentan, se prueban a sí mismos.
- Aplican sus propios valores, creencias.
- Mejoran su autoestima.
- Se sienten más responsables, más ciudadanos.
- Tienen MÁS proyecto vital, más motivos para despertarse y ponerse en marcha por las mañanas.

Sabemos y debemos trabajar para hacer posible que APRENDER, CAPACITARSE y PARTICIPAR sea una oportunidad para envejecer mejor, para ser más feliz.

Después de años de desarrollo de los servicios de atención a los mayores, el concepto **envejecimiento activo**³ nos ha traído una visión que implica nuevos abordajes en el diseño de intervenciones con las personas de edad, entre ellos, los socioeducativos.

Este término implica una concepción de la vejez como una etapa menos pasiva, más dinámica, creativa, y saludable. La influencia de la tradición de los recursos gerontológicos y la influencia de los estereotipos sobre la vejez hacen que la mayoría de intervenciones, al igual que la literatura científica, estén tenidas de una visión patogénica, que incide más en los déficit y limitaciones de la vejez. Justo lo contrario del espíritu que tiene las actuaciones educativas, en las que es imprescindible creer en la capacidad de las personas y les ayuda a capacitarse más y mejor.

En las tres líneas estratégicas que la OMS propone para la promoción del envejecimiento activo -Participación, Seguridad y Salud-, los programas educativos son una herramienta esencial.

Pero en lo que se refiere a la promoción del envejecimiento activo y al empowerment de los mayores es importante recordar que los estereotipos nos influyen a quienes debemos luchar contra ellos y también influyen de forma negativa al propio grupo de mayores, constituyendo una fuerza de freno para la mejora, el cambio. Ello también repercute en las actividades socioeducativas.

³ El término "envejecimiento activo" fue adoptado por la OMS a finales de los años 90 con el objeto de transmitir un mensaje más completo que el de "envejecimiento saludable". Este concepto permite reconocer otros factores, además de los sanitarios como determinantes del envejecimiento. Se define como el "proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (OMS, 2002).

2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

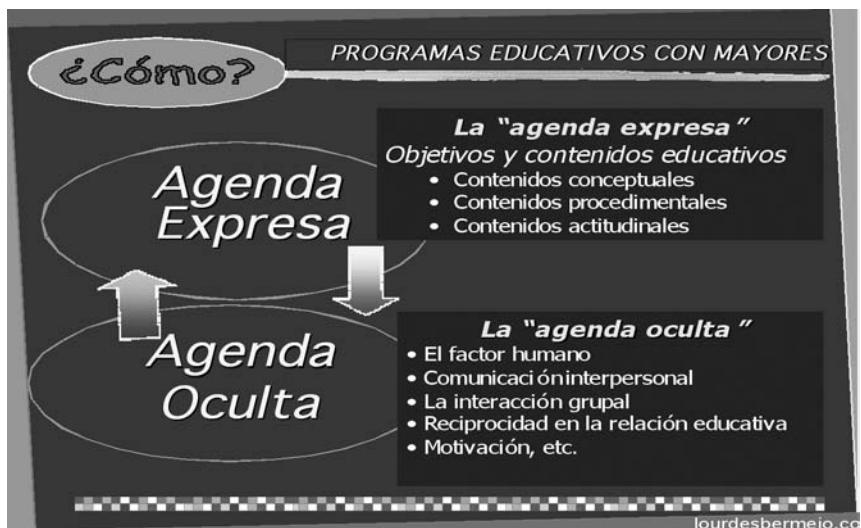
Los programas socioeducativos son oportunidades para luchar contra los estereotipos, son espacios de aprendizaje y entrenamiento para la capacitación en competencias de pensamiento y acción participativa.

II.- Pero... ¿Cómo lograrlo?

"Si los profesores no saben en qué consiste el aprendizaje y cómo se produce, tienen las mismas posibilidades de favorecerlo que de obstaculizarlo" (Claxton, 1984)

Lo primero que necesitamos hacer es adquirir unas mínimas herramientas pedagógicas. Para ello es muy conveniente reflexionar en dos facetas de toda actividad educativa: la agenda oculta y la expresa.

Figura 1. Las agendas en la educación



La agenda "expresa". La programación de objetivos y contenidos educativos para mayores.

Cuando un profesional se enfrenta a la tarea de diseñar una actividad educativa para un grupo de mayores, primero ha de definir lo que popularmente siempre hemos llamado programación; es decir, los objetivos, contenidos, metodología, actividades, recursos, etc. A este conjunto de elementos de la programación, es lo que denominamos la agenda "expresa". Es la racionalidad aplicada a la acción educativa.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

En esta agenda se programa la consecución de una serie de objetivos y la adquisición de unos determinados contenidos. Diferentes objetivos y diferentes contenidos suponen diversas formas y métodos de Enseñanza-Aprendizaje.

Sin poder profundizar en todos estos aspectos, al menos recordar la importancia que tiene el saber elegir bien los **contenidos educativos**¹⁵. Es decir, elegir lo que queremos enseñar y que ellos aprendan.

Casi todo es susceptible de enseñarse y, por tanto, de aprenderse, pero no todos estos contenidos interesantes para los mayores han de ser información, también son formas de actuar, formas de plantearse o enfrentarse a las situaciones.

Así, dentro de los programas educativos con mayores -y partiendo de esta concepción de la educación -, la información - lo que denominamos contenido conceptual - sólo ocupará un pequeño lugar en éstos. Mas bien los contenidos se repartirán en torno a tres grandes grupos: los contenidos conceptuales, los procedimentales y los actitudinales.

Cuadro 1. Contenidos educativos

CONTENIDOS CONCEPTUALES	CONTENIDOS PROCEDIMENTALES	CONTENIDOS ACTITUDINALES
o Datos y hechos	o Motrices	o Actitudes
o Conceptos y Principios	o Cognitivos	o Valores

Una de las dificultades que surgen en la práctica diaria es la selección de los contenidos de los programas educativos. Para ello hay que contar, por supuesto en primer lugar, con la opinión de los destinatarios - lo que desean aprender -. A mí, personalmente me ayuda mucho considerar el concepto de competencia como criterio de priorización de los contenidos de los programas educativos para mayores.

¹⁵ Entendemos por contenidos educativos el conjunto de saberes, de conocimientos y de habilidades que permiten a las personas (tengan la edad que tengan) mejorar su desarrollo personal y social.

2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

Figura 2. Competencias en Educación



Introducir la idea de competencias en estos programas hace que nos ayude a pensar qué podemos tratar para que los mayores no sólo puedan conocer mejor el mundo en el que viven, sino que puedan mejorar sus herramientas para participar, interactuar con él. De este modo, la pedagogía de los mayores se convierte en una Pedagogía Ambiental, de la Autonomía, de la Decisión y de la Acción, del Diálogo y la Pluralidad, de la Ciudadanía.

La agenda "oculta". El lado más olvidado de la educación.

La agenda "oculta" se refiere a esos aspectos menos visibles, a la importancia de lo relacional, de lo socioafectivo, y a su implicación en la relación educativa. Aspectos como la interacción con los demás, las expectativas que tengan de nosotros, su actitud y opinión, la aceptación de los otros o la seguridad en uno mismo, ayudan a conocer el desarrollo y el resultado del proyecto educativo diseñado racionalmente.

Desde esta mirada, descubrimos que existen otros procesos implicados en las situaciones de Enseñanza-Aprendizaje que a veces pueden pasar desapercibidos y que son de gran importancia para un desarrollo exitoso. Contemplar este factor humano en

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

los grupos educativos con mayores nos va a permitir poder aumentar nuestra influencia en éstos, en concreto en los objetivos y contenidos valorativos y actitudinales.

La agenda "oculta" también nos permite abordar una circunstancia interesante: Muchos procesos cognitivos, afectivos y motivacionales son a la vez consecuencia de las experiencias educativas y elementos que influyen en la vivencia que de éstas se tiene. Veamos algunos de ellos.

1. La percepción que los mayores tienen de su control sobre los resultados de su esfuerzo (por ejemplo si las personas creen que sus resultados cognitivos o de aprendizaje son independientes del esfuerzo que realizan, tenderán a esforzarse poco en el futuro)
2. El valor que asignan a las actividades educativas también es determinante (a más valor, mayor tendencia a esforzarse, a participar, a no faltar)
3. El concepto de sí mismos referido a sus vertientes: la cognitiva (qué capacidad tengo para pensar, relacionar, aportar, aprender, etc.) y la socioafectiva (qué autoestima tengo de mí mismo/a).

Figura 3. La interacción entre factores cognitivos, afectivos y motivacionales





2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

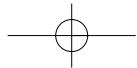
Todos estos aspectos, que, resultan sutiles pero imprescindibles para comprender las situaciones de Enseñanza-Aprendizaje, deben ser de la incumbencia del profesional que realiza actividades educativas con mayores. Forman parte de lo que ha venido a llamar "*curriculum oculto*". En concreto, el educador no puede dejar de intentar, por ejemplo, de obtener éxitos y minimizar la probabilidad de fracasos, reforzar a los participantes que se esfuerzan o explicitar los logros y aprendizajes obtenidos.

Los efectos del trabajo educativo en grupo con personas mayores

En la actualidad no existen dudas acerca de los efectos positivos del trabajo educativo grupal con mayores. Veamos algunos de estos efectos:

Desde una perspectiva cognitiva

- Un entorno educativo que emplea el grupo (sea el grupo-clase o pequeños grupos dentro de la clase) resulta más estimulante y propicia un papel más participativo en los alumnos.
- Esta participación les estimula para que realicen un mayor número de operaciones mentales superiores, por lo que se optimizan las habilidades intelectuales de identificación, análisis, síntesis, evaluación, aplicación, resolución de problemas.
- Mejora el desarrollo cognitivo y el pensamiento divergente. Relativizar los puntos de vista propios ayuda a comprender, emocional y cognitivamente, la postura diferente de los demás. El desarrollo de un pensamiento creativo, plural y divergente es más posible en interacción.
- Además, y especialmente útil para los mayores, obliga a buscar la propia información, la opinión de uno ante las cosas y a utilizarla al tener que defenderla, refutarla, demostrar su validez, matizarla, etc.
- Favorece que el aprendizaje esté más próximo a los intereses y necesidades de los mayores
- Permite globalizar los conocimientos y aplicarlos de un modo más interdisciplinar y que los conceptos puedan ser aplicados en más situaciones.



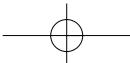


CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

- Es la única forma de favorecer un conocimiento plural de la realidad, tejido gracias al contraste de puntos de vista, experiencias, opiniones, visiones y culturas.
- Es una estupenda forma de entrenar las habilidades de comunicación interpersonal (verbal y no verbal), de mejorar la imagen personal, de aprender a escuchar al otro, de mediar en conflictos, de estimular el trabajo cooperativo.
- A veces la explicación de un igual es más efectiva que la de un docente, el lenguaje suele estar más adaptado y es más comprensible, y su capacidad para ponerse en el pensamiento y experiencia del otro también es mayor.
- Las tareas grupales permiten buscar, entre todos, tareas atractivas para los mayores, adaptadas a sus características pero que no les parezcan infantiles o de carácter escolar.
- Es el mejor contexto para desarrollar la creatividad.

Desde una perspectiva socioafectiva

- Favorece la integración de los alumnos al tener que relacionarse con otras personas y al aceptar la diversidad.
- Desarrolla su sociabilidad en tanto que disponen de la oportunidad de mejorar sus competencias sociales y se estimula el interés de unas personas hacia otras y la adopción de actitudes cooperativas. En la práctica, se refleja en la posibilidad de que las personas elaboren y practiquen diferentes pautas de comportamiento (comunicativo, agresivo, cooperativo, etc.).
- Permite que los mayores representen varios roles, lo que les ayuda a ponerse en el lugar del otro, a ampliar su perspectiva de la realidad, favorece su flexibilidad y, por tanto, su tolerancia.
- El trabajo en grupo aumenta el factor motivacional del aprendizaje.
- Permite practicar la actividad cooperativa. Sus efectos suelen perdurar y extenderse a otras personas y ámbitos de los mayores (actitud mas participativa





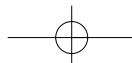
2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

en los centros de mayores, en sus familias, con temas de conversación con otros miembros, etc.).

- Personaliza los centros de mayores al ofrecer contextos en los que la relación entre ellos sea más íntima y profunda. Se establecen relaciones de mayor calidad, compromiso y confianza. Favorece la integración de nuevos socios en los centros.
- Favorece la relación de la persona mayor con su entorno, y si las dinámicas lo propician, de la Institución con otros recursos sociales, educativos y culturales.
- Las relaciones establecidas en estos entornos socioeducativos permiten una relación más cálida de confianza con los mayores, lo que aumenta nuestra capacidad de influir en ellos.
- Propicia que se produzcan situaciones de atracción interpersonal y el interés mutuo; aumenta el interés de los participantes por el autocuidado, por la mejora de imagen personal, etc.
- Puede satisfacerse la necesidad básica en toda persona de sentirse aceptado por los otros (por los compañeros y por el profesional-docente), y también de pertenencia social.
- La relación entre iguales influye en su nivel de expectativas y aspiraciones. El empuje de uno puede favorecer que otro se aventure a iniciar una actividad educativa con él.
- Permite desarrollar una actitud más positiva hacia el aprendizaje, lo que posibilita que puedan darse en el futuro otras actividades socioeducativas que aumenten en su complejidad y abstracción.

Un nuevo modelo para afrontar la educación de los más mayores: el constructivismo

El constructivismo es el marco teórico del aprendizaje más adecuado para fundamentar las intervenciones educativas con personas mayores. Gracias a su desarrollo, la idea clásica de que enseñar consiste en trasmitir conocimientos y aprender



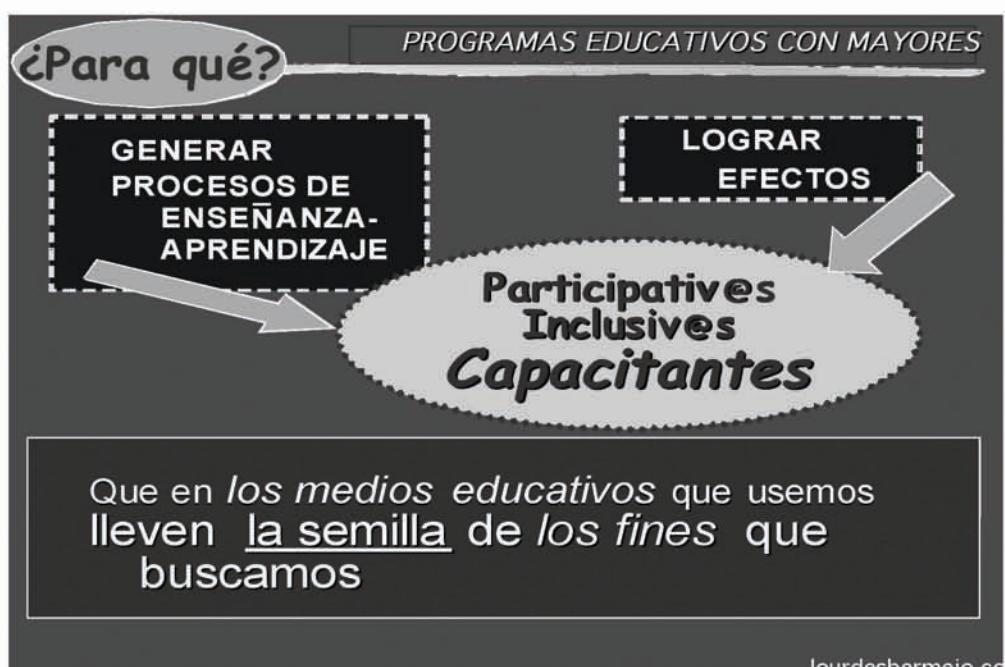
CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

a recibirlos, ha sido ampliamente cuestionada y ya superada. En su lugar, se va abriendo camino la idea de que aprender es un proceso en el que el alumno construye su propio conocimiento mediante la compleja interacción de varios elementos: él mismo, el contenido del aprendizaje, el docente y el entorno (el grupo) en el que tiene lugar. La siguiente frase bien resume esta perspectiva pedagógica:

"*El factor más importante que influye en el aprendizaje es lo que el alumno ya sabe. Averíguese esto y enséñese en consecuencia*" (Ausubel, 1968).

Lo que no cabe duda es que el método, el cómo con el que enseñemos define el qué, lo que estamos queriendo lograr. Así, sólo empleando métodos inclusivos, democráticos, capacitantes de los mayores, lograremos desarrollar verdaderos programas educativos no para mayores sino con ellos.

Figura 3. La importancia del cómo

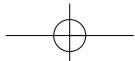




2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

Las siguientes recomendaciones pueden darnos luz de cómo lograr el desarrollo de los métodos más idóneos.

- 1.** Partir de los intereses de los mayores.
- 2.** Contar con sus saberes previos con la intención de complementarlos y enriquecerlos.
- 3.** Dosificar la cantidad de información nueva presentada en cada sesión y tarea.
- 4.** Hacer que practiquen, repasen y automaticen los conocimientos -de todo tipo- pero sobre todo aquellos más importantes, es decir, los que resultan básicos para posteriores aprendizajes.
- 5.** Diversificar las tareas y los escenarios del aprendizaje de un mismo contenido con la intención de aumentar su capacidad de relación y de transferencia.
- 6.** Diseñar situaciones de Enseñanza-Aprendizaje en función de las características de sus protagonistas y de sus entornos vitales, de forma que aquéllos puedan siempre aplicar lo aprendido.
- 7.** Organizar y conectar la información y los aprendizajes entre sí siempre que sea posible, de forma que los mayores entiendan las relaciones entre ellos y comprendan y aprendan de manera global.
- 8.** Plantear problemas y tareas abiertas y fomentar la interacción y la cooperación entre los mayores para facilitar su resolución.
- 9.** Promover entre los mayores la reflexión sobre sus conocimientos y certezas, ayudándoles a generar y a resolver los conflictos cognitivos que se les planteen o que existan en su entorno.
- 10.** Enseñar a los mayores -de forma gradual y adaptada a sus capacidades- a planificar y a organizar su propio aprendizaje utilizando las estrategias más adecuadas.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Cuadro 2. Propuestas para desarrollar proyectos socioeducativos con mayores

III.- Dilemas y Propuestas de Avance

Para finalizar, aportar unas reflexiones que sirven como propuestas de avance para mejorar el desarrollo de los programas educativos para mayores. Mejorar los programas educativos para mayores significa PROFUNDIZAR y EXPLICITAR

1.- De la "Agenda Oculta" todo lo SOCIOAFECTIVO. Es decir, es buscar realizar ACTIVIDADES CON SIGNIFICADO, es decir:

- Que tenga entronque biográfico con la vida de los participantes
- Que incluya sus valores y creencias personales
- Que plantea cierta proyección de futuro

2.- De la "Agenda Expresa", hay que profundizar en LA METODOLOGÍA y en LOS RECURSOS DIDÁCTICOS. En concreto:

- Repensar los sistemas de evaluación (centrados más en los procesos que en los productos).
- Buscar la aplicabilidad y transferencia de los aprendizajes ofreciendo oportunidades y espacios para ejercerlo.
- Mejorar los aspectos organizativos, lograr una mayor implicación de los mayores en la organización y el diseño de los programas.
- Ampliar los contenidos educativos: dar menor peso a los conceptuales, mayor a los procedimentales y actitudinales y posibilitar el iniciarse en la metacognición.

De este modo podremos avanzar para lograr que los programas educativos con mayores permitan educarlos. En el siguiente sentido de la educación:

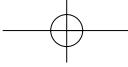
"Es formar seres aptos para gobernarse a sí mismos, y no para ser gobernados por los demás". Spencer, Herbert



2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

Referencias

- Bermejo García, L. (2004). Educación Ambiental para personas mayores. Un modelo de Pedagogía Gerontológica. Santander: Gobierno de Cantabria-CDESC.
- (2005). Gerontología Educativa. Cómo diseñar proyectos educativos con personas mayores. Madrid: Editorial Panamericana. Colección Gerontología Social-SEGG, nº4
- Coll, C., Pozo, J.I., Sarabia, B. & Valls, E. (1992). Los contenidos en la reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes (pp.81-132). Madrid: Santillana.
- García Mínguez, J. & Sánchez García, A. (1998). Un modelo de educación en los mayores: La interactividad. Madrid: Dykinson.
- Hernández Hernández, P. (1994). Construyendo el constructivismo. Criterios para su fundamentación y su aplicación instruccional. Ponencia presentada en el II Seminario sobre Constructivismo y Educación. Puerto de la Cruz (Tenerife), nov. 1994. (no publicada).
- López-Herreras, J. A. (1990). A la búsqueda del éxito escolar. Madrid: Audema-Actualidad.
- Naciones Unidas (2002). Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento. Nueva York: UN; OMS (2002): Envejecimiento Activo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Novak, J.D. & Gowin, D.B. (1984). Learning how to learn. Cambridge: Cambridge University Press. (trad. Cast. Aprendiendo a aprender. Barcelona: Martínez Roca, 1988).
- Spigner-Littles, D. & Anderson, C.E. (1999). Constructivism: A Paradigm for Older Learners. Educational Gerontology, 25, 203-209.





CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA



2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

2.3. El asociacionismo entre los mayores.

Eduardo Rodríguez Rovira

Presidente de CEOMA

"La clave para una vejez satisfactoria es el envejecimiento activo, que va más allá del envejecimiento saludable, porque este es una consecuencia de aquél."

El envejecimiento activo implica la participación activa de la persona mayor en la sociedad y en el desarrollo, que es como se titula la primera cuestión del Plan de Acción Internacional (PAI) de dicha Asamblea Mundial (1). Esa participación activa exige "la eliminación de todos los factores excluyentes o discriminatorios" en contra de las personas de edad.

Uno de nuestros grandes objetivos es la lucha contra la discriminación. A ello CEOMA dedicó íntegramente su VII Congreso Nacional (2). Más adelante y cuando trata de la elaboración de políticas para prevenir la mala salud entre las personas de edad recomienda "Promover la participación de las personas de edad en actividades cívicas y culturales como estrategia para luchar contra el aislamiento social y favorecer su habilitación", es decir, como señalamos al principio el envejecimiento activo como forma de mejorar la salud.

En segundo lugar el PAI nos dice que "la participación en actividades sociales, económicas, culturales, deportivas, recreativas y de voluntariado contribuye también a aumentar el bienestar personal." Así pues, una vez eliminada la discriminación, nos recomienda la participación real en la sociedad en todas las áreas sociales, incluida la participación "en los procesos de adopción de decisiones a todos los niveles". Se trata de vivir activamente en la sociedad intergeneracional e incluso intervenir directamente en los procesos políticos, adoptando decisiones a todos los niveles, incorporando "las necesidades de las personas de edad y las cuestiones que les preocupan", es decir sin limitaciones de cualquier orden.

El siguiente paso recomendado por el PAI, incide directamente en el tema que tratamos hoy, el Asociacionismo de los Mayores. Entre las medidas para la participación activa de las personas de edad en los procesos de adopción de decisiones señala: "Estimular, en los casos en que todavía no existan, el establecimiento de organizaciones de personas de edad a todos los niveles, entre otras cosas para representar a las personas de edad en los procesos de adopción de decisiones". La trascendencia política de esta recomendación - recordemos que el PAI fue firmado por todos los gobiernos y que España era el país anfitrión - es enorme.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

No se trata solamente de que se creen asociaciones de carácter lúdico, sino de representación para participar en la adopción de decisiones, reiterando lo dicho anteriormente. Tiene gran trascendencia esta recomendación, porque no se trata solo de que las personas mayores pertenezcan a Consejos y Comités de carácter consultivo, muchas veces a toro pasado para confirmar decisiones ya tomadas, como ocurre en la actualidad con el Consejo Estatal de Personas Mayores, sino que las personas de edad deben ser protagonistas en los temas que los afectan "necesidades y cuestiones que les preocupan", como son por ejemplo pensiones y dependencia, y no tener que estar representados - los que no trabajan - por los sindicatos - representantes de los trabajadores -.

La política de las organizaciones europeas como la Plataforma AGE (3), a cuya Junta Directiva pertenece CEOMA, es la de que los mayores "se involucren de lleno en el diálogo de la política a niveles nacionales y europeo" ya que las organizaciones de mayores "tienen un papel vital en aumentar el nivel de concienciación de lo que está en juego y en hacer conscientes a los gobiernos de las preocupaciones públicas". Por lo tanto no solamente los sindicatos, "los pensionistas deben de estar representados en los Consejos de los Fondos de Pensiones". Si bien la responsabilidad final de las políticas de pensiones incumbe en las democracias al Gobierno y al Parlamento elegido, se espera normalmente el diálogo con la sociedad civil y los grupos interesados.

"La Política de pensiones debe de tener en cuenta los puntos de vista de los que están más afectados por las decisiones. Las Organizaciones de mayores pueden actuar de facilitadores para identificar y expresar las preocupaciones de los mayores y los jubilados".

La doctrina sobre el asociacionismo esta clara en los documentos citados y nosotros participamos de la misma.

¿Cuál es la situación del asociacionismo en España?

Existen alrededor de 6.000 asociaciones de mayores registradas en España, aunque se calcula que el censo real sea de unas 3.000 en activo (4). Es decir habría una asociación por cada 2.400 personas mayores, mientras que para la población general sería 1 asociación por cada 262 habitantes, es decir una diferencia de 9 a 1. Estas cifras inicialmente nos envían una primera señal acerca del bajo asociacionismo de las personas de edad. Pero esta apreciación no es correcta en sí misma. Estamos hablando de asociaciones exclusivamente de personas mayores.

2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

Ahora bien la población mayor forma parte también de las asociaciones generales, que son intergeneracionales. Forman parte de clubes de golf o de asociaciones de vecinos, de entidades ecológicas o de hermandades de Semana Santa, de consumidores o de casas regionales, de partidos políticos etc. y seguramente en mayor número que en las exclusivamente de mayores.

En otra encuesta más reciente (5) el 26,7 de los mayores colaboran en organizaciones de carácter político ciudadano, comparado con el 40,3% de la población de más de 18 años es decir aquí la relación no llega al doble, comparada con las 9 veces de la referencia anterior. La colaboración de las personas de edad en las asociaciones de consumidores y ecologistas es mínima, menos del 2%, mientras que es máxima en asociaciones de vecinos, más de 40% y asociaciones religiosas, más del 30%, en ambos casos superior a la población general. Su participación en los partidos políticos (8%) y en ONG de solidaridad (12%) o culturales (18%) es similar a la población general. Por último es muy inferior en clubes deportivos, 13%, la mitad que la población general. La encuesta no se refiere a las asociaciones típicas de mayores. Pensamos que seguramente están englobadas en las vecinales y las ONG de solidaridad y culturales.

Según datos de 1998 del IMSERSO (6) la segmentación por edad y género de la pertenencia a asociaciones de los mayores es la que se expresa en los cuadros siguientes:

Pertenencia a asociaciones entre la población mayor según grupos de edad.

	TOTAL	EDAD			
		65-69 años	70-74 años	75-79 años	Más de 79 años
SÍ	32,7	34,8	36,2	31,5	27,7
NO	67,2	65,0	63,6	68,3	72,3
N.C.	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0
(Nº)	2.187	707	512	393	573

Según esta fuente la media de personas de edad asociadas es algo superior a la señalada por la anterior fuente, pero dentro de un rango similar.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Pertenencia a Asociaciones entre la población mayor según género y situación personal

	TOTAL	Género		Situación personal	
		Hombres	Mujeres	Vive sólo	No vive sólo
SÍ	32,7	41,4	>25,9	34,8	=32,3
NO	67,2	58,4	74,1	65,0	67,6
N.C.	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1
(N)	2.187	958	1.229	334	1.854

Los hombres mayores se asocian más que las mujeres. Las personas mayores que viven solas se asocian menos, contra lo que se esperaría, porque lo lógico es que para luchar contra la soledad sintieran más esta necesidad, pero es coherente con que las mujeres y los grupos de más edad (que coinciden) se asocian menos que los otros grupos.

Será interesante estudiar algunas características de este movimiento asociativo de los mayores españoles.

El asociacionismo de las personas de edad es creciente. Fundamentalmente las asociaciones son "locales" como habría que esperar (86% de todas). Según el estudio del IMSERSO citado, la población mayor asociada es el 31,2%, que coincide básicamente con la última fuente referida. La media de asociados es de alrededor de 400 personas por asociación. El 50% están federadas o confederadas.

En cuanto al funcionamiento hay que señalar que solamente 7% tienen personal remunerado, el 13% tienen publicaciones periódicas, las cuotas son inexistentes o simbólicas y escasamente el 3% tienen más de 12 euros de cuota al año y por último solamente 60 entidades tienen algún contacto internacional. Esto indica el raquitismo del movimiento asociativo de las personas de edad. Por definición todas tienen voluntarios trabajando y el 73% de la financiación procede de subvenciones públicas, signo de poca fuerza interna.

2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

Existen muchas razones para que el mayor se asocie y eso se manifiesta en las numerosas clases de asociaciones existentes que abarcan desde las más lúdicas y de contacto social (los numerosos centros municipales de mayores son un ejemplo), las educativas (Universidades de la Experiencia, Aulas de la Tercera Edad), mutualistas y solidarias (muchas hermandades y asociaciones sectoriales), de voluntariado altruista (Nagusilán), reivindicativas (de prejubilados), político-sindicales y por último las de representación de los intereses generales de los mayores y jubilados.

Existen además distintas motivaciones (7) para dar el paso hacia la asociación. En muchos casos se trata de un asociacionismo "instrumental", como requisito previo para el acceso a determinados servicios. En las mujeres a veces constituye una forma tardía de liberación, aunque hemos visto que se asocian menos que los hombres. Por su parte los hombres muchas veces alegan para no entrar en este mundo asociativo la "recuperación del tiempo libre" y el no sentirse atado a obligaciones. En muchos casos se reconoce directamente que se trata de una forma de mantenerse activos.

El movimiento de las personas mayores ha pecado de dispersión y división, falta de unidad de acción y nula influencia. El nivel de representación ha sido muy bajo. Ello hace que los políticos se acuerden de los mayores cuando llegan las elecciones, por su enorme peso electoral.

Entre los objetivos del Plan Gerontológico Estatal (8) estaba "*Fomentar la participación social y política de las personas mayores*" Área V, 1. En el informe de valoración se concluía "*las personas mayores en nuestro país seguirán sin tener el protagonismo que en buena ley, por su peso demográfico, social y económico les correspondería, constatándose que en muchos casos y a muy diferentes niveles se toman decisiones que les afectan directamente sin ser consultados adecuadamente*".

CEOMA surge precisamente para integrar este fragmentado mundo. En noviembre de 1997, el III Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores (9) aprobó una conclusión que proponía "*Fomentar la unión de Asociaciones de Mayores en una Confederación para constituir una agrupación fuerte que defienda los ideales o los intereses de todos ellos*". En el siguiente Congreso se recalcó: "*Es imprescindible la unión de los mayores en plataformas de más amplia representación. Pedimos al IV Congreso que ponga en marcha el acuerdo del III Congreso en esta materia*".

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

En diciembre de 1999 en el Congreso de los Diputados se firmaba el acta fundacional, los Estatutos se aprobaran en Febrero 2000 y la Asamblea Constituyente, formada por 15 Federaciones o Asociaciones Nacionales donde se eligió la primera Junta Directiva, se celebró en Mayo 2000.

Hoy CEOMA es la organización de personas mayores con más miembros de base, por encima del millón de miembros a través de 34 Federaciones autonómicas y Asociaciones Nacionales sectoriales, que se distribuyen por todas las provincias españolas con cientos de asociaciones regionales y locales. Es posible que en estos momentos sea la entidad asociativa más importante del país.

Entre sus organizaciones, se encuentran la CONFAV, confederación de asociaciones de viudas, con varios cientos de miles de asociadas y asociaciones en muchas de las comarcas españolas o los Veteranos de las Fuerzas Armadas, con 40.000 asociados. Asociaciones Nacionales sectoriales como las de jubilados de las Cajas de Ahorro, de los Bancos Bilbao Vizcaya, Banesto, de la Administración Local, de Ministerios, de Mutualistas de la Previsión Social, de la Telefónica, Unión Fenosa, ONCE, CEAFA, Familiares de Enfermos de Alzheimer, Federaciones Autonómicas como la FATEC, con más de 430 casas en todos los pueblos importantes de Cataluña, la FOCAGG, Nagusilán en el País Vasco, FOMCOVA en Valencia, FOMCARM en Murcia, UNATE en Cantabria, FAMAM en Andalucía, FACOM en Castilla la Mancha, CONFEMAC, en Castilla la Mancha y Extremadura, Federaciones en Canarias y Baleares y Organizaciones de tanto prestigio como Edad Dorada-Mensajeros de la Paz, los Mayores de diferentes federaciones de Casas Regionales, Abuelos en Marcha, El Consejo de Personas Mayores, Jubilados del Sindicato CSIF, ASPUR de Profesores Jubilados, FAPROPEM de Profesionales Jubilados y por último CAUM, de alumnos de las Universidades de la Experiencia.

Como se ve el objetivo inicial de agrupación a nivel estatal de entidades dispersas se va cumpliendo. Existen otras Confederaciones de alcance estatal, pero que abarcan menos entidades. Así CAJUMA está formada por 10 Asociaciones Nacionales y Federaciones y CONJUPES constituida por 5 Federaciones Autonómicas, pero con mayor número de miembros de base que la anterior.

La entidad con más antigüedad (1977) es UDP (Unión Democrática de Pensionistas) que proclama tener 900.000 asociados. Se trata con CEOMA de la gran representante de los mayores en España.

2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

Otras Federaciones nacionales, de carácter más sectorial, son CEPYP, que defiende fundamentalmente los intereses de los prejubilados, CEATE, Confederación de las Aulas de la Tercera Edad. SECOT, entidad de mayores del mundo empresarial para la ayuda a jóvenes empresarios y la Asociación de Jubilados de Colegios Profesionales.

Siempre a nivel Estatal están las asociaciones ligadas a los Sindicatos y Partidos políticos UGT, CCOO, IU, ACUSPOL de la Policía y no podemos olvidar, aunque no sean asociaciones de mayores, a CARITAS y CRUZ ROJA, así como al movimiento Vida Ascendente de la Iglesia Católica. No hacemos referencia por supuesto a Fundaciones y a otras entidades con el nombre de Confederaciones y Federaciones, pero que no tienen presencia real a nivel estatal.

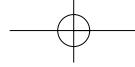
Por último una mención al Consejo Estatal. Está formado por representantes de la Administración General del Estado de las Autonomías y de los Municipios, 19 miembros de los Consejos Autonómicos y 15 representantes de Confederaciones, Federaciones o asociaciones de mayores estatales y 10 autonómicas. Es decir un Consejo "Estatal", en el que los representantes de las autonomías tienen 29 representantes y tienen representación solamente 15 organizaciones de mayores de alcance propiamente estatal. Como se ve no se prima la integración de las organizaciones para terminar la sopa de letras, sino que se facilita la entrada de las organizaciones de alcance autonómico y se penaliza a las entidades como CEOMA que si hubiera entrado como tal Confederación habría obtenido menos puestos que presentándose sus asociaciones miembros individualmente. CEOMA, aunque no está directamente representada, es la entidad que tiene más miembros en el Consejo (10), seguida de UDP (9) y CONJUPES (5). Lamentablemente se trata de un organismo cuya Presidencia y primera Vicepresidencia están ocupadas por cargos del Estado y cuya misión es simplemente consultiva. Apenas tiene recursos para funcionar. No es extraño que su rendimiento sea tan pobre y que las expectativas que algunos tuvieron con su renovación se hayan visto frustradas.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Referencias:

- (1) Plan de Acción Internacional de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
Madrid 2002
- (2) VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, Madrid, 2003
- (3) Plataforma Age. Declaración. Bruselas, 7 septiembre 2001
- (4) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996
- (5) Encuesta del CIS. Abril 2004
- (6) La Soledad de las Personas Mayores. MTAS. 1998
- (7) Gregorio Rodríguez Cabrero. Participación social de las personas mayores.
Ministerio de Trabajo. Madrid 1997
- (8) Plan Gerontológico Nacional .1992-1997 IMSERSO. Madrid
- (9) III Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. Santiago 1997



2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

2.4. Mayores y cultura del voluntariado.

Luis Alfonso Aranguren Gonzalo

Director Técnico del I Plan Regional de Voluntariado de la Comunidad de Madrid.

"Hoy es siempre todavía." (A. Machado)

Introducción

En los primeros años de comienzo de nuevo siglo y milenio e inmersos en plena sociedad post industrial, cargada de novedades en un tramo de tiempo relativamente corto, parece que renace el mito de la eterna juventud: moda joven, espíritu joven, mercadotecnia joven para alimentar la dictadura de lo joven. Las colosales innovaciones tecnológicas proporcionan nuevos escenarios transnacionales, globalizados, y una lógica temporal marcada por la ley de la instantaneidad. La mundialización espacial y el instantaneismo temporal están hechos para los más fuertes, los más hábiles, los mejor preparados. Y en este escenario pareciera que llegar a viejo ha de ser una forma de claudicar ante un mundo inhóspito donde el mayor no se reconoce y difícilmente encuentra su lugar. Al tiempo, en el caso de buena parte de los varones, el edificio vital se desmorona aún más cuando aparece la jubilación dejando a la intemperie a una persona sin proyecto de futuro.

El presente trabajo quiere reflexionar en voz alta sobre las potencialidades que en ocasiones se esconden en las personas mayores voluntarias; potencialidades que les hacen situarse como sujetos protagonistas de la acción voluntaria, aportando lo mejor de sí mismos y de su condición de mayores. En segundo lugar, tomaremos nota de algunas tareas -unas ya en marcha, otras pendientes- que constituyen la agenda del voluntariado de las personas mayores en el seno de las organizaciones de voluntariado, que agrupan a voluntarios de toda las edades y condición.

Debido a la carencia de espacio no abordamos los campos de trabajo de los mayores como voluntarios, si bien esta temática ya está suficientemente recogida en otros estudios¹.

¹Entre los recientes trabajos e investigaciones destacan: RICCIARDELLI, M.O., *El Voluntariado en la Tercera Edad*, Cuadernos de la Plataforma, n1 14, Plataforma para la Promoción del Voluntariado en España, Madrid, 1993; GARCIA ROCA, J., *Solidaridad y Voluntariado*, Sal Tarrae, Santander, 1994, 207-225; VV.AA., *El Voluntariado de las personas mayores*, Fundación Caja Madrid, 1994; VV.AA., *Voluntariado y personas mayores*, M.A.S., Madrid, 1995; Plan Gerontológico (Area V: Participación), M.A.S., 1995; FAVIERES, M., y FERRANDO, M.O.L., *La participación de la persona de edad avanzada en el voluntariado de ayuda a domicilio al anciano*, en *EL VOLUNTARIADO*, Fundació Bancaixa, Valencia, 1995, 287-345.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

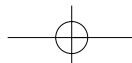
I. La entrañable aportación de las personas mayores voluntarias

Situados en la realidad de las personas mayores, podemos entresacar potencialidades y recursos que beben del pozo de lo entrañable, más que de lo cuantitativo, y que pueden ponerse en marcha, actualizar y redimensionar a través del voluntariado. Veamos algunos.

I.- I Habilidades y capacidades

Con frecuencia centramos las habilidades personales en el campo de los saberes técnicos que provienen de significados vitales fuertemente profesionalizados. Que una persona mayor pueda ofrecer sus servicios voluntarios en tareas administrativas en razón de que eso es lo que ha hecho profesionalmente en su trabajo de toda la vida, puede ser aceptable; ahora bien, no hemos de olvidar que, en muchos casos, la persona mayor es portadora de habilidades que tienen que ver con mundos labrados desde actitudes y valores centrados en aspectos nucleares de la persona: la capacidad de diálogo, saber escuchar, la solidaridad primaria, la amistad, la facilidad para el encuentro interpersonal, etc.

El voluntariado de personas mayores es uno de los cauces por donde discurre eso que denominamos **bienes relationales**, que ayudan a crecer cualitativamente las redes de solidaridad que se forman entre personas y grupos; son bienes que están ligados al valor significativo que constituye habitar con responsabilidad en el espacio de lo común, haciendo prevalecer el encuentro interhumano a la eficacia de las actuaciones en términos de productividad, a sabiendas de que la acción voluntaria ha de tender al cambio social. En este sentido, hemos de reconocer cómo el mundo de los mayores es portador, quizás más en los pueblos que en las ciudades, de una sana tradición que se desarrolla a través de numerosas formas de solidaridad primaria vecinal; así, visita y cuidado a enfermos y a otras personas mayores, el cuidado a los más pequeños, el favor esporádico, la ayuda alimentaria en momentos de necesidad o la atención de los unos a los otros constituyen signos de vitalidad y refuerzan una sana vertiente de autoconciencia comunitaria que aún se respira en muchos de nuestros mayores; todo este talante configura una suerte de voluntariado inorgánico, no organizado y muchas veces coyuntural, pero que cuenta ya con muchos pasos dados en orden al descubrimiento y asunción de los valores éticos de los que es portador el voluntariado de acción social.



2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

I.- II La voluntad como fuerza

En el mundo de las organizaciones socio voluntarias venimos constatando que, en general, muchos de los nuevos voluntarios se acercan a las distintas entidades desde motivaciones centradas en uno mismo y que nada o poco tienen que ver con el horizonte de cambio social; también se da esta circunstancia en el caso de algunas personas mayores que se acercan al voluntariado desde la soledad, el no saber qué hacer, la crisis de la jubilación, etc.; por otro lado, en los mayores podemos verificar que en el campo del voluntariado la voluntad no puede reducirse a simple motivación psicológica. La voluntad es una dimensión que se ancla en la realidad personal inteligente, que se hace cargo de la realidad en la que vive y se ve movido a realizar distintas opciones a lo largo de su recorrido vital. La voluntad, entonces, tiene que ver tanto con las motivaciones como con la experiencia vivida, los sentimientos, el ejercicio de la libertad, la autonomía personal. Con los voluntarios solemos caer en el análisis de las motivaciones encerradas en sí mismas sustituyendo así la voluntad por un sistema determinista que nos hace predecir que a tales motivaciones tales efectos (normalmente perniciosos)². Más allá de las motivaciones (siempre enjuiciables) están los sujetos volentes, sujetos susceptibles de embarcarse en procesos educativos de transformación social y personal, sujetos capaces de modificar en y desde la acción motivaciones iniciales un tanto alejadas de la tradición emancipatoria que busca el cambio social. Y en esta dinámica procesual los mayores participan como el resto de implicados en esta situación.

I.- III Experiencia de la vida

La experiencia es el lugar por excelencia donde se desarrolla la aventura de la vida de cada persona; en ese caldo de cultivo va quedando un poso, una referencia de valores, actitudes y visiones de la realidad adquiridas en el transcurso de la vida. Cuando no hablamos de experiencias, en plural, sino de la experiencia que anima y dibuja la biografía de una persona, estamos hablando de la experiencia de la vida que, en definitiva, constituye un cierto tipo de **saber**; en palabras del profesor Aranguren, se trata "*de un saber referido al significado y sentido de la vida, es decir, a la moral en la más amplia acepción de esta palabra*"³; un saber, por tanto, que se halla lejos del saber técnico o científico, y lejos, entonces, de los experimentos que parten de la necesidad de provocar algo intencionadamente. Hay experiencias que pueden y deben provocarse, desde el punto de vista pedagógico; la experiencia de la vida no, pues acontece precisamente al paso de la misma existencia vivida; es la

²En esta temática bien interesante resulta sumamente aprovechable la aportación de MARINA, J.A., *El misterio de la voluntad perdida*, Anagrama, Barcelona, 1997.

³ARANGUREN, J.L.L., *El buen talante*, Tecnos, Madrid, 1985, 63.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

experiencia que conforma y modula el propio proyecto vital; le da sentido, dirección y verifica la bondad o decadencia del proyecto que uno se ha ido trazando, primero como esbozo e inmediatamente como realidad vivida.

La experiencia de la vida constituye un elemento esencial de eso que llamamos el **ethos** o personalidad moral de cada persona; es en la vida vivida, en la realización personal donde quedan registrados los valores, actitudes, criterios y actuaciones que reflejan el talante moral de cada persona, su altura de miras y el modo como actualiza su lugar en el mundo. La vida moral, así entendida, no trata prioritariamente de deberes u obligaciones sino de la adquisición de un carácter o personalidad que nos posibilite vivir mejor.

Este saber que constituye la experiencia de la vida es una suerte de **sabiduría**: la sabiduría de la vida, que sobrepasa los saberes técnicos concretos y se emparenta con la mirada ancha que abarca globalmente la realidad eminentemente compleja y contradictoria que es y en la que vivimos.

La persona mayor, desde su condición de voluntario, además de aportar su hacer, aporta un tesoro entrañable: su propia experiencia vital, el poso del gusto con el que ha ido viviendo y vive. La sabiduría, afirma R. Panikkar, ha sido siempre el don de la gente sencilla⁴. En muchas culturas, y aún en nuestros pueblos, se conserva una sana veneración hacia la voz y el saber vivido de los ancianos.

En medio de la vorágine que en ocasiones asiste al conjunto del voluntariado social, bueno es contar con el sabor del saber que nace de la experiencia de la vida que muchos mayores voluntarios llevan dentro y que no siempre pueden o aciertan a sacar a flote, debido a múltiples factores que van desde la baja autoestima de algunas de estas personas hasta las urgencias más funcionales y prácticas que cada entidad tiene delante y que no permiten esperar.

I.- IV Memoria y proyecto

La experiencia de la vida nos hace reflexionar sobre otro dato bien importante: en la vida humana el reloj de la biología no va necesariamente acompañado con el reloj de la biografía. La temporalidad de la existencia humana no está cargada sólo de años sino también, y sobre todo, de significados. La persona mayor no es aquella que se instala en el instinto de conservación desde el progresivo debilitamiento y deterioro de su propio cuerpo; al contrario, en la medida en que

⁴PANIKKAR, R. *Invitación a la sabiduría*, Espasa, Madrid, 1998, 11.

2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

la salud le acompaña (en términos de autoposesión y apropiación del propio cuerpo) el transcurrir de la propia vida se aleja de los parámetros de la mera espera, como simple aguardar, para adentrarse en el terreno de la esperanza de quien se sabe en camino.

Desde el punto de vista del decurso vital el tiempo humano se estructura no sólo como duración (el hecho de vivir-durar durante una serie de años) sino, fundamentalmente como proyección y emplazamiento⁵. Como proyección el ser humano se encuentra tensado hacia un proyecto vital en permanente construcción. La persona mayor no sólo goza de una indudable experiencia de la vida, sino que continúa haciendo frente y poniendo en marcha nuevas posibilidades, acciones y sentidos, desde sus recursos básicos, en forma de capacidades, actitudes y valores que realiza y exponiéndose, por tanto, a lo que tiene delante y está por-venir.

Como emplazamiento el ser humano vive emplazado en el tiempo que le toca vivir. No sólo es autor de su vida como protagonista de un proyecto siempre en marcha, sino que es **actor** de un tiempo que no lo ha puesto él, sino que ha sido puesto en él. Así, cada cual vivimos nuestro tiempo y nuestro momento. La persona mayor vive el plazo de tiempo que le toca en suerte o desgracia vivir, desde la aceptación de este hecho y desde la riqueza de perspectiva que ello supone. Ni la persona mayor tiene que "*juvenilizar*" su acción voluntaria ni la acción voluntaria en su conjunto tiene que acomodarse a los modos y concreciones culturales que aporta la perspectiva de los mayores. Cada cual vive su tiempo y su momento histórico, y en esa dimensión cada uno debe aportar la peculiaridad de su visión al común de la acción global.

Desde estos presupuestos, la aportación del voluntariado de las personas mayores contribuye a crear sujetos de memoria y esperanza a la acción voluntaria. Memoria histórica sobre la realidad social en la que habitamos, tamizada por la experiencia vital de quien ya ha recorrido un largo trecho; memoria histórica sobre los acontecimientos significativos que jalonan la trayectoria de una comunidad, de una ciudad, de un país. Y también esperanza, "*la esperanza del caminante que está convencido de que valen más los muchos pasos del camino que el paso de la llegada*", como advierte Casaldáliga. La esperanza, en fin, de quien se encuentra habitado por la confianza radical en la realidad, en lo que uno hace y en lo que hacen los demás para seguir en camino.

⁵Seguimos las tesis de ZUBIRI, X., *Sobre el hombre*, Alianza, Madrid, 1989, 585 y ss.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

I.- V Sentido de proceso

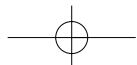
En nuestro lenguaje sobre el voluntariado nos referimos con frecuencia a la necesidad de instaurar procesos educativos con los voluntarios. Muchos de nuestros mayores posiblemente desconozcan la metodología del proceso, los elementos pedagógicos que le vertebran y los modelos que le asisten. Sin embargo, el recorrido vital les ha hecho vivir la aventura de procesos, queridos o no, en el marco laboral, familiar, vecinal, etc. Más allá de didácticas e instrumentos de trabajo los mayores son conscientes de dos elementos que determinan la buena marcha de todo proceso: la **lentitud** y la **larga duración** de los mismos. En nuestro mundo del voluntariado nos cuesta admitir en ocasiones esta lentitud y las dificultades que nos encontramos a cada paso. La persona mayor, en esta realidad, puede aportar la distancia de perspectiva y el sentido de la medida necesarios para no apegarse en exceso al carro de los procesos en los que estamos embarcados, de modo que no seamos capaces de enjuiciarlos y evaluarlos con objetividad. Al rigor metodológico de los instrumentos de trabajo que ayudan a evaluar nuestras acciones conviene añadir la distancia de perspectiva desapasionada de quien vive el proceso desde dentro y aporta su visión de las cosas con calor humano, pero también con relatividad, es decir, con relación al horizonte de proceso, sin absolutizar los pasos del mismo.

II. Los retos del voluntariado de las personas mayores

La acción voluntaria que asume a los mayores como sujetos y protagonistas de esa misma acción se enfrenta a una serie de retos concretos, fundamentalmente de tipo metodológico, entre los que cabe señalar los siguientes:

II.- I Aceptar las reglas de juego de las organizaciones sociovoluntarias.

En el campo de la acción social con colectivos desfavorecidos se ha instaurado con frecuencia entre los voluntarios mayores una forma de intervención un tanto paternalista y asistencial, todo ello favorecido además por la escasa formación y acompañamiento personalizado en que se ha desarrollado este voluntariado. Muchas veces la explicación se halla en una pertinaz vuelta al pasado: "se *hacen las cosas así porque siempre se han hecho así*". Sin embargo, el proceso de acción-reflexión-acción de las propias entidades sociovoluntarias va desarrollando poco a poco su intervención desde una perspectiva transformadora, que busca el



2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

protagonismo y autonomía de los propios excluidos en su método de aproximación y enfrentamiento con la realidad de la misma exclusión social.

Los voluntarios mayores han de asumir esta evolución y situarse en esta nueva lógica de trabajo, que en definitiva supone asumir una visión de la realidad y un horizonte de transformación global. En este sentido, habría que pedir a las personas mayores que son voluntarias una cierta humildad para dejarse ayudar por aquellas personas (en muchos casos mujeres jóvenes, trabajadoras sociales) que pueden orientar, promover y encauzar una intervención social más eficiente y transformadora a largo plazo.

II.- II Integrarse en itinerarios educativos.

En la medida en que se va viendo conveniente que, en general, los voluntarios no son sólo gente que hace cosas sino personas que deben desarrollar su acción desde el rigor metodológico en su tarea, desde el respeto y crecimiento personal del voluntario y desde la articulación de cauces de participación efectivos en las propias entidades sociovoluntarias, también será necesario articular un itinerario educativo integral que facilite estos deseos.

Las personas mayores, aun llevando mucho tiempo ya trabajando como voluntarios, han de insertarse creativamente en este itinerario que, a mi juicio, tiene sus momentos determinantes y entrelazados en: la sensibilización y convocatoria, acogida y orientación, acompañamiento en la acción, momentos formativos formales, coordinación y organización del voluntariado y presencia pública del voluntariado en el territorio. En esta dirección, y en la medida de las posibilidades entiendo que los mayores pueden aportar un sentido especial en el momento en que asuman espacios de responsabilidad en algunos de los citados momentos del itinerario. Así, un servicio de acogida (en un Programa, en una zona, en una entidad) lo puede impulsar una persona mayor voluntaria que, evidentemente, encaje en el perfil aptitudinal y actitudinal que requiere dicho servicio; sin duda, esta tarea gozará de unas peculiaridades distintas (ni mejores ni peores) que una acogida realizada por otro voluntario, en este caso, joven. Lo mismo podemos decir del momento de acompañamiento a otros voluntarios; el acompañamiento protagonizado por voluntarios mayores constituye un reto de enorme relevancia; habrá que buscar el momento adecuado, los contenidos de ese acompañamiento, pero el reto ahí queda. Y lo mismo puede afirmarse de los diferentes momentos de itinerario educativo al que hacemos referencia.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

En cualquier caso, conviene tener en cuenta que algunas personas mayores voluntarias que ya han desarrollado años y responsabilidades en la acción directa entre los excluidos, pueden redimensionar su acción voluntaria a partir de un trabajo de acción indirecta, asumiendo tareas educativas-formativas entre los voluntarios de su propia organización.

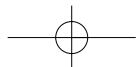
II.- III Favorecer el mestizaje entre los voluntarios.

De lo anteriormente expuesto puede desprenderse que apostamos por un mestizaje cultural, de edades y condiciones entre los voluntarios de una organización o plataforma de organizaciones de voluntariado. El asociacionismo entre mayores con frecuencia ha impulsado la sectorialización de los mismos, pasando por encima de posibles conexiones con otras generaciones.

En años no muy lejanos, el compromiso social estaba ligado a un cierto talante que implicaba buenas dosis de liderazgo, abnegación y renuncia a uno mismo. Este perfil normalmente producía tensiones y escisiones entre jóvenes y mayores. Un voluntario mayor no tenía apenas cosas que compartir con un joven comprometido e hiperactivo. Hoy, sin embargo, asistimos con agrado a encuentros de voluntarios donde la comunicación, el trasvase de experiencias y el aprendizaje recíproco entre personas de diferentes generaciones se ha normalizado. Pero no sólo en los encuentros sino en la misma acción, y siempre que ello sea posible, hemos de facilitar el mestizaje intergeneracional. Esto afecta, en mi opinión, a los campos de acción del voluntariado de las personas mayores, que no debe centrarse en la atención al colectivo de mayores, sino que, en función de las posibilidades, ha de abrirse a otros campos de acción (mujeres, sin techo, jóvenes, etc.)

II.- IV Asumir la dificultad para medir y cuantificar ciertas acciones.

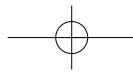
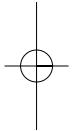
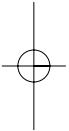
Desde los parámetros normales de toda acción voluntaria, la acción de las personas mayores voluntarias es tan medible y evaluable como la de los demás agentes sociales; si una tarea se hace desde criterios asistencialistas o más promocionales resulta objetivamente evaluable a través de indicadores ya conocidos. Ahora bien, desde la aportación específica de las personas mayores que hemos descrito en las páginas precedentes la cosa cambia. Los haberes y potencialidades de las personas mayores que hemos desarrollado en el presente estudio resultan difícilmente medibles y evaluable. Así, ¿cómo medimos la experiencia de la vida de una persona mayor y su aportación a la acción voluntaria? ; ¿cómo evaluamos el





2. ENVEJECIMIENTO, CULTURA Y PARTICIPACIÓN

sentido de una acción desde el desarrollo de la capacidad de memoria y de proyección futura en una persona mayor?, es difícil. Por ello entiendo que antes de pretender medir en términos de eficacia, hemos de aprender a **mirar** esta realidad desde la perspectiva del poso que a cierta gente le va quedando y que constituye un tesoro inigualable, desde la puesta de largo de los bienes relationales que, vividos desde la lógica del don, engrandecen en sí misma la acción voluntaria. Los criterios de evaluación, por tanto, han de configurarse básicamente como criterios de eficiencia que permitan determinar la utilización óptima de las capacidades de los voluntarios, teniendo en cuenta que buena parte de esas capacidades expresan actitudes, disposiciones y valores.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA



3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

3.1 La evidencia científica de los programas preventivos para mayores.

Antonio Prieto Fernández

Subdirector General de Salud Pública. Ayuntamiento de Madrid

Introducción

Desde que me encargaron la realización de esta ponencia, me planteé como objetivo principal el dar las claves del porqué se realizan programas preventivos para mayores de edad, y para cumplir este objetivo debemos partir del concepto dinámico del binomio salud enfermedad. Hoy día se entiende que el binomio salud enfermedad es el resultado dinámico de la interrelación de determinantes genéticos y determinantes ambientales, tanto los naturales como los sociales y de este concepto se deriva la definición de la nueva Salud Pública que será aquella materia de la sanidad que indique de una forma global la intercesión entre los estilos de vida y las condiciones de vida y de esta intercesión se determina el Estado de Salud. Los determinantes de la salud los podemos clasificar en:

- Personales
- Sociales
- Económicos
- Ambientales

Las acciones en salud se clasifican de forma clásica en:

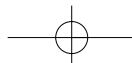
- Actividades de fomento y defensa de la salud
- Actividades de restauración de la salud

Dentro de las Actividades de Fomento y defensa de la salud tenemos:

- Actividad de protección de la salud ➤ Actúa sobre el medio ambiente
- Actividad de promoción de la salud ➤ Actúa sobre las personas
- Actividad de prevención de la enfermedad ➤ Actúa sobre las personas

Las actividades de restauración de la salud se clasifican en actividades curativas y actividades de rehabilitación.

Tras estos conceptos básicos que centran las actividades de la Salud debemos pasar al esquema clásico de la historia natural de la enfermedad.

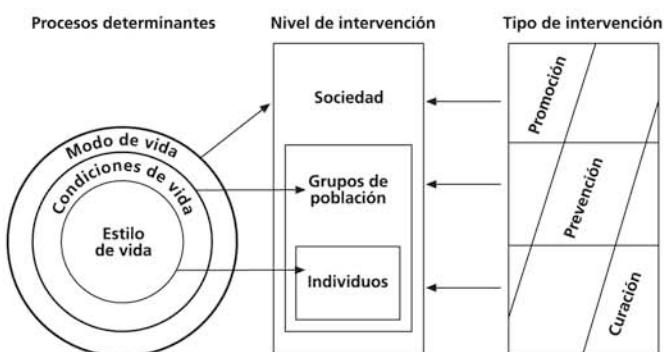


CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

NIVELES DE INTERVENCIÓN				
HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD				
PERÍODO PREPATOGÉNICO	PERÍODO PATOGÉNICO			
	Estudio presintomático	1º Síntomas y signos	Enfermedad Manifiesta	Convalecencia
Protección y promoción de la salud	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad			
Medioambiental + Natural y social	QP INM EpS	Cribados EpS		
Prevención Primaria		Prevención Secundaria		

Que nos permite establecer correctamente donde actúan los programas preventivos y fundamentalmente se realizan en el estudio presintomático y donde podemos actuar con actividades de prevención primaria ➔ Educación para la Salud o con Actividades de Prevención Secundaria ➔ Actividades de Cribado y de Educación para la Salud.

Determinaciones, nivel y tipo de intervención



Fuente: Salud Pública
F. Martínez Navarro y cols.



3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Centrándonos en las Actividades Preventivas para Mayores tenemos que distinguir que el grupo de los Mayores constituye un grupo específico al estar delimitado por la edad y por las enfermedades que les afectan y a veces por el escenario donde se tienen que realizar las actividades dirigidas a este colectivo, centros de salud, centros de mayores, etc.

Hoy día en la literatura médica internacional se prevén cumplir una serie de requisitos o criterios para determinar que una prueba o actividad dirigida a la prevención de una enfermedad es efectiva. Si nos referimos a las actividades de cribado, estas tienen que cumplir los siguientes criterios.

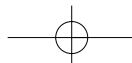
- Selección adecuada de la patología
- Eficacia de la prueba que se mide por:
 - Precisión:
 - Sensibilidad
 - Especificidad
 - Valor predictivo positivo
 - Valor predictivo negativo
 - Efectividad de la detección precoz
 - Factibilidad

Y si nos referimos a las actividades de **Educación para la Salud**, estas tienen que cumplir:

- **Criterios de Eficacia** respecto al factor riesgo que se pretende modificar. Por ej. el cambio de conducta debe provocar una disminución del riesgo y esto una mejoría de los resultados en salud.
- **Criterios de efectividad**, que se mide sobre la intervención del profesional que realiza el Educación para la Salud. La intervención del profesional debe provocar un cambio de conducta y para esto usa técnicas de Educación para la Salud que posteriormente describiremos.

Y si nos referimos a las **Inmunizaciones**. Los criterios de eficacia y efectividad se miden mediante el estudio de la eficacia biológica de las vacunas.

En todos los estudios que hoy día realizan los profesionales sanitarios que sirven para estudiar la eficacia de un acción preventiva existe una evidencia jerarquizada que





CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

permite catalogar la prueba. La calidad de la evaluación se puede controlar con la siguiente escala:

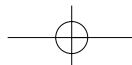
1. Ensayos controlados aleatorizados
2. Ensayos controlados no aleatorizados
3. Estudios de cohortes
4. Estudios de caso - control
5. Estudios de comparación entre tiempo y lugares
6. Experimentos no controlados
7. Estudios descriptivos
8. Opinión de experto

Y el otro parámetro que debe medirse para valorar que una prueba sirve como factor preventivo es la fuerza de la recomendación que se clasifica desde la mayor fuerza que es la A y la E que es la que nos recomienda que no se debe realizar esta prueba, es decir, que se debe excluir, es decir, que se clasifican desde la A - B - C - D y E siendo la A la que mayor evidencia apoya la recomendación y la E, la que nos recomienda que se excluya la prueba y el otro nivel de medición de la prueba es la calidad que se mide desde el I al III.

EL I Prueba obtenida de al menos un ensayo aleatorizado apropiadamente diseñado y controlado.

EL II Prueba basada en opiniones de expertos o basada en experiencias clínicas, estudios descriptivos o casos comunicados incluidos en informe de Comités de Expertos.

Voy a exponer una serie de pruebas a título de ejemplo que sirven para hacernos una idea práctica de lo expuesto hasta ahora.



3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

CRIBADOS	CALIDAD DE LAS PRUEBAS	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
TA ≥ 21 años	I	A
COL-T ≥ 65 años	II-2	C
Obesidad (peso, talla)	I,II-2,II-3	B
Agudeza visual	II-3	B
Tonometría	I, II-2, III	C
Agudeza auditiva	I, II	B
Cáncer de mama (Mx)		
65-69 años	I, II-2	A
70-74 años	I, II-3	C
Cáncer de colon		
Sangre Oculta Heces	I, II-1, II-2	B
Sigmoidoscopia	II-2, II-3	B

Las actividades de Educación para la Salud como se expuso con anterioridad se miden o deben medir la Eficacia y la Efectividad. Por Ej. vamos a exponer el caso de la alimentación adecuada como modificación de hábitos que mejora una serie de parámetros clínicos.

La disminución del peso corporal va a disminuir el riesgo de padecer HTA, va a disminuir la hipercolesterolemia y la intolerancia a la glucosa y esto está avalado por estudios de cohorte - caso control y repetidos por más de un centro o grupo de investigación y por lo tanto tienen suficiente evidencia para apoyar esta recomendación. En resumen esta actividad se clasifica como (II-2/B).

Otro ejemplo corresponde a la disminución de la ingesta de grasa saturada que está comprobado por diversos estudios clase I, II-2 y II-3/ con una evidencia tipo A, provoca una disminución del riesgo cardiovascular.

Otro ejemplo lo constituye la ingesta calcio dietético en las mujeres embarazadas que provoca una disminución de la Osteoporosis y esto está avalado por estudio de clase I, II-1, II-2, II-3/ con una evidencia tipo B.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Una actividad que forma parte de casi todos los grupos que trabajan en la Educación para la Salud es el incremento del ejercicio.

Esta actividad está estudiada con eficacia por numerosos estudios de clase I, II-2 y tiene una fuerza de recomendación tipo A y se resume en el siguiente esquema.

Si aumenta el ejercicio físico disminuye la posibilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular independientemente de la influencia sobre los factores de riesgo de la enfermedad que sea. El ejercicio provoca:

- Aumenta el colesterol HDL
- Disminuye la tensión arterial
- Previene la Obesidad
- Disminuye la glucemia de forma progresiva sin modificar la insulinenia
- En la diabetes no insulino dependiente previene los trastornos metabólicos
- Mejora la autoestima
- Mejora el estado de ánimo
- Mejora el patrón del sueño
- Disminuye el consumo de fármacos
- Lo mismo ocurre con la disminución del tabaco, etc.

Con esta introducción podemos pasar a hacer un repaso a las:

Actividades Preventivas para Mayores del Instituto de Salud Pública de Madrid Salud

Actividades de cribado

Se inscriben en el marco del Estudio Básico de Salud, que es una historia clínica especialmente diseñada para detectar problemas o factores de riesgo y de ella se derivan protocolos específicos en función de los problemas detectados y de la edad.



3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Actividades de Educación para la Salud

Se desarrollan a través de unos talleres de EpS específicamente diseñados para Mayores.

Por Inmunizaciones

Las actividades que actualmente se desarrollan en el Instituto de Salud Pública del Organismo Autónomo de Madrid Salud de cribado son:

- **La medición de la Agudeza Visual**

Se considera negativo: AV lejos $\geq 0,7$ y AV cerca 0.4

- **La determinación de la presión intraocular para descartar glaucoma**

Negativo si la presión intraocular es $< 24\text{mmHg}$

- **La Hipoacusia**

Negativo si el test de audición (HHIES) es menor de 8 puntos

- **El Deterioro cognitivo**

Se mide con los siguientes test:

MEC ≥ 28

MEC-memoria = 3

TRO ≥ 9

FV ≥ 15

- **Hipotiroidismo**

Negativo si THS: 0,25 -5 micro V/ml

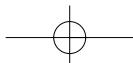
T4: 9.20 Pmol/l

- **Bacteriuria, Hematuria, Proteinuria**

Negativo: si no aparecen cambios cromáticos en las tiras de orina

- **Osteoporosis**

Negativo: densidad ósea $\geq 1\text{DE}$ de los valores normales de la masa ósea en adultos





CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

- Caídas

Se mide si la caída se debe a patología subyacente, medicación, accidente o condiciones fisiológicas del envejecimiento.

- Salud Urológica

Detección precoz del cáncer de próstata:

Negativo: TR normal

PSA < 4

Disfunción eréctil:

Negativo: Índice Internacional de Función Eréctil

Hipertrofia benigna de próstata

Negativo: Índice Internacional de Síntomas Prostáticos

- Valoración del Riesgo Cardiovascular

Se valoran los factores de riesgo siguientes: HTA, Hiperlipemia, Tabaquismo, Diabetes, Obesidad o antecedentes familiares de Enfermedad Cardiovascular temprana y se cuantifica el riesgo de sufrir un evento coronario en los próximos 10 años y se valora en:

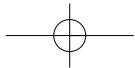
Ligero < 10 %

Moderado del 10 - 19 %

Elevado > 20 %

Por criterios las Inmunizaciones que se establecen en las personas mayores son:

- Tétanos (cada 10 años)
- Gripe (< 60 años)
- Neumococo (> 60 años)





3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

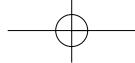
Conclusiones

Los estudios científicos avalan la realización de actividades de cribado dirigidas a los mayores tal como el control de peso y talla, el control de la Tensión Arterial y del Colesterol, así como la medición de la Agudeza Visual, la Tonometría, La Agudeza Auditiva, los cribados de Cáncer de Mama en mujeres de 65 a 69 años, la determinación de la sangre oculta en heces para determinación del cáncer de colon y la Rectosigmoidoscopia y con menos fuerza de recomendación pero aun así avalada por pruebas de calidad grado I, II-3, II-2, y III se realizan la citología cervical, las pruebas de detección de enfermedad tiroidea, la bacteriuria asintomática, la osteoporosis y la detección precoz de la Demencia.

Todas estas determinaciones forman parte del Estudio Básico de Salud dirigido a las personas mayores de 60 del Ayuntamiento de Madrid.

Referencias

- Martínez Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. Salud Pública. Mc Graw-Hill Interamericana de España. Madrid 1998.
- Guide to Clinical Preventives Services. Report of the US Preventive Services Task Force. Lippincott Williams and Wilkins. Baltimore 1996.
- La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Un Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea . Parte Dos. Libro de Evidencia. Ed. española. Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid 2000.
- Programa Preventivo para Mayores. Ayuntamiento de Madrid. ED Díaz de Santos. Madrid 2003.
- Recomendaciones metodológicas básicas para elaborar un proyecto educativo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid 1999.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA



3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

3.2 Envejecimiento: Patrones psicoafectivos

Rocío Fernández Ballesteros

Catedrática de psicología

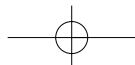
Universidad Autónoma de Madrid

Introducción

El envejecimiento es entendido, habitualmente, como un proceso de deterioro del funcionamiento bio-psico-social del individuo ligado a la edad. Si es verdad que no se ha llegado a establecer a qué edad exactamente empieza este deterioro (lo cual depende de las distintas funciones bio-psico-sociales del individuo) se postula que este deterioro está íntimamente ligado a la edad. Estas asunciones proceden esencialmente en el ámbito biomédico, pero, ¿qué sucede en el comportamiento humano? es decir, en las condiciones motoras, cognitivas, emocionales, motivacionales del individuo, siguen el mismo patrón de deterioro.

A lo largo de la historia de la psicogerontología, los psicólogos comenzaron por estudiar detenidamente las funciones motoras (ejecución, coordinación espacial) y cognitivas (los tiempos de reacción, la atención, la memoria, el funcionamiento intelectual fluido) y llegaron a una conclusión clara: tras un extraordinariamente rápido desarrollo de la mayor parte de estas funciones se produce un claro declive de una gran parte de ellas. Incluso, pusieron de relieve que el declive comenzaba - en muchas de esas funciones - muy tempranamente: en la tercera década se aprecia ya un aumento de los tiempos de reacción simples año tras año. Ello está en consonancia con el funcionamiento de nuestro sistema nervioso central y de nuestro funcionamiento físico como organismo biológico. En definitiva, todo sistema biológico tras su maduración y desarrollo comienza a perder eficiencia a lo largo del ciclo de la vida y ello debe verse reflejado en las funciones mentales, al menos en todas aquellas que cuentan con una fuente más biológica y cultural.

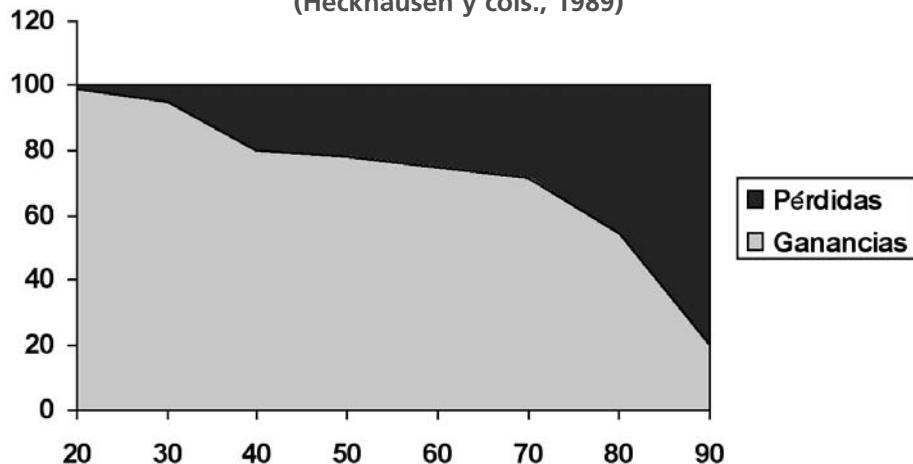
Llegado este punto, debemos resaltar que utilizamos matizadamente el atributo de "declive" para referirnos a los cambios negativos que ocurren normalmente en las funciones psicológicas mientras que hablamos de "deterioro" cuando este cambio ocurre "anormalmente" con base en una patología biológica.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Desde una perspectiva Heckhausen et al (1989) examinan cien características y funciones psicológicas en su funcionamiento a lo largo del ciclo de la vida (desde los 20 a los 90 años) por lo que se refiere a si se producen "pérdidas" o "ganancias". Como puede apreciarse en la Figura 1, a todo lo largo de la vida se dan ambos procesos; aunque en los primeros años de la vida adulta existen más posibilidades de cambio positivo y menos declive y, por el contrario, después de los 80 años ocurre lo contrario, aún en edades avanzadas puede generarse "ganancias" es decir, cambio positivo.

**Figura 1. Patrones de ganancias y pérdidas en aspectos psico-sociales a lo largo del ciclo de la vida.
(Heckhausen y cols., 1989)**



En resumen, las trayectorias del funcionamiento psicológico a lo largo de la vida presentan patrones de estabilidad y cambio y este cambio puede ser negativo (en el sentido de pérdida) o positivo. Teniendo en cuenta esto, vamos a examinar que patrones de cambio se producen en el funcionamiento cognitivo y afectivo y la personalidad.

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

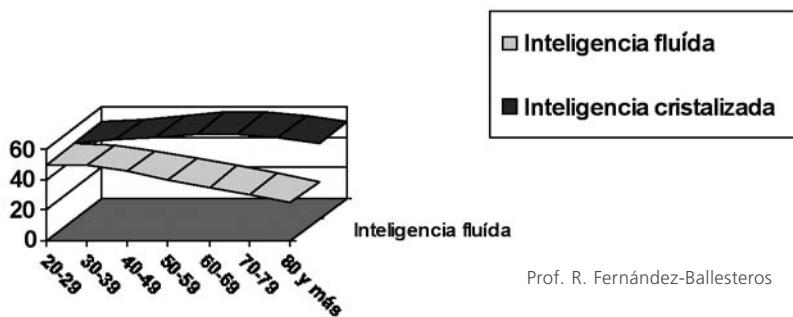
Patrones de cambio cognitivo

Decía anteriormente que existen patrones de funcionamiento psicológico que, tras un exponencial desarrollo, declinan muy tempranamente y ponía como ejemplo el tiempo de reacción. Esta medida atencional está en la base para gran parte del funcionamiento físico y cognitivo, en que tiempo resolvemos un problema o que tiempo tardamos en responder a un determinado estímulo son elementos importantes de nuestro funcionamiento cognitivo y se asientan en la velocidad del procesamiento de la información de nuestras neuronas. De hecho, a todo lo largo de la historial de la psicología se han descrito dos tipos de inteligencia: la biológica y la cultural. La primera de ellas se asienta esencialmente en nuestro sistema nervioso mientras que la segunda se nutre con nuestra historia cultural.

Con base en ello, los autores han puesto de relieve que algunas aptitudes humanas, una vez alcanzado su máximo desarrollo, declinan poco a poco y ello comienza hacia la treintena mientras que otras aptitudes se mantienen hasta edades avanzadas de la vida. Así, por ejemplo, las capacidades viso-espaciales, la memoria de trabajo declinan a lo largo de la vida mientras que otras aptitudes que reciben una fuerte influencia cultural -como por ejemplo, la capacidad de vocabulario o los conocimientos, pueden incrementarse hasta etapas avanzadas de la vida.

Así, distintos autores como Baltes, Cattell, Horn, ponen de relieve que estos dos tipos de aptitudes primarias experimentan distinto tipo de perfiles o trayectorias mientras que la inteligencia llamada cristalizada, pragmática o cultural puede mejorar a lo largo de la vida, la inteligencia fluida, mecánica o biológica experimenta un claro declive a lo largo de la vida desde, aproximadamente, los treinta años.

Figura 2. Declive y estabilidad intelectual en el funcionamiento cognitivo: dos perfiles

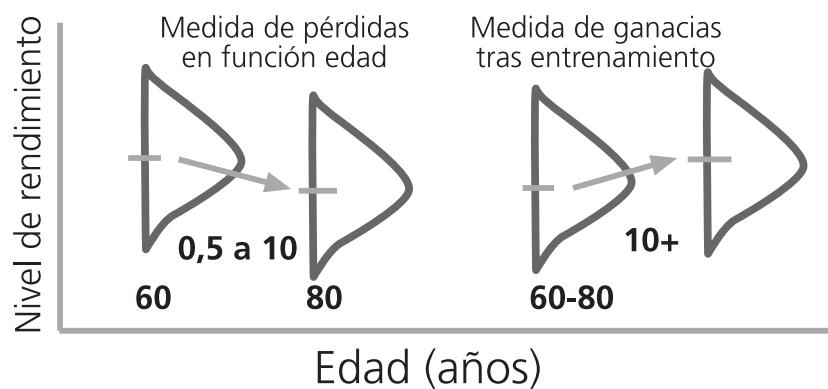


CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Conviene resaltar que, a pesar de que estos datos se refieren a la población, no en todos los individuos el declive se produce en la misma medida ni en la misma extensión. No nos estamos refiriendo en este momento a las personas que están cursando un proceso demencial. En esos casos, el declive difiere significativamente de la media abarcando múltiples aptitudes y, es entonces cuando podemos hablar de deterioro cognitivo.

Llegado este punto, cabe preguntarse cuales son las manifestaciones de estos declives en la vida cotidiana de los individuos. En realidad, la experiencia relativa al propio y el ajeno envejecimiento no nos lleva a pensar que esos declives afecten el rendimiento personal, profesional o familiar del individuo. Pero, además, a lo largo de las últimas tres décadas muchos estudios se han dedicado a averiguar si esos declives que ocurren a lo largo de la vida pueden ser tratados. En efecto, los resultados prueban que los entrenamientos cognitivos permiten compensar esos declives. Así, por ejemplo, Baltes y Willis (1982) ponen de relieve en estudios longitudinales que el declive cognitivo se puede compensar. Así, como podemos apreciar en la Figura 2, mientras el declive promedio que ocurre entre los 60 y los 80 años es de, aproximadamente, una desviación típica, si se dispensan entrenamientos cognitivos en aquellas habilidades deficitarias, la mejora supera el declive producido alcanzando, como promedio, una desviación típica y media de ganancia tras el entrenamiento efectuado a aquellos sujetos que habían presentado declives en aptitudes fluidas.

Figura 3. Declive poblacional de la inteligencia fluida entre los 60 y los 80 años, y compensación de esos declives mediante entrenamientos cognitivos. (Baltes y Willis, 1982).



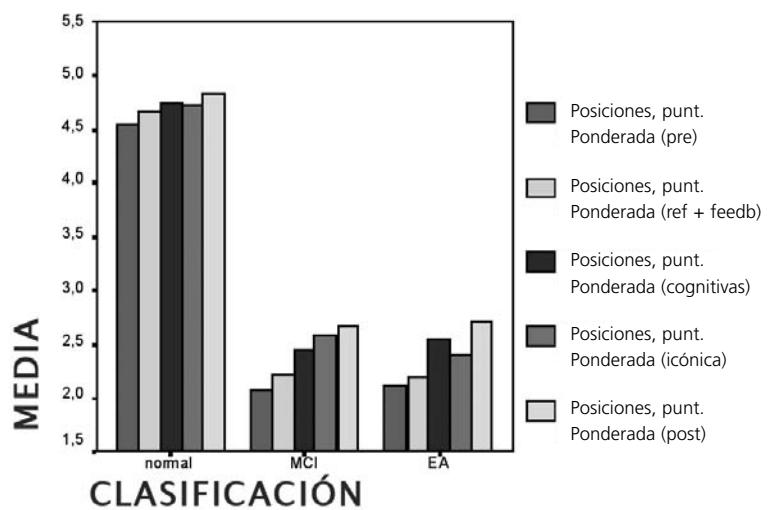
Prof. R. Fernández-Ballesteros

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

En las dos últimas décadas se ha probado de manera repetida tanto los efectos positivos de los entrenamientos cognitivos, pero, cabe preguntarse si estos beneficios del entrenamiento cognitivo se producen solamente en aquellos sujetos que no sufren un deterioro cognitivo. La última década ha aportado pruebas inequívocas, las personas que sufren deterioro a causa de una enfermedad demencial también se benefician, aunque en menor medida de los programas de entrenamiento cognitivo. Así, por ejemplo, en estudios llevados a cabo por el equipo de investigación de la UAM en colaboración con ACE (Centro Educacional de Alzheimer, Barcelona) se pone de relieve la capacidad de aprendizaje tanto de personas mayores normales así como de mayores diagnosticados con Deterioro Cognitivo Leve y aún, en personas diagnosticadas con la Enfermedad de Alzheimer Leve. En la Figura 4 podemos apreciar como, en el Test Potencial de Aprendizaje de Posiciones (procedente de la Batería de Potencial de Aprendizaje en Demencias, Fernández-Ballesteros et al. En prensa), tanto los sujetos saludables como aquellos con deterioro cognitivo leve o con la Enfermedad de Alzheimer, aún partiendo de distintos niveles de ejecución, son capaces de aprender en los sucesivos ensayos a través de los que se suministran distintas estrategias de aprendizaje.

(ver Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Moya, Iñiguez y Tárraga, 2003).

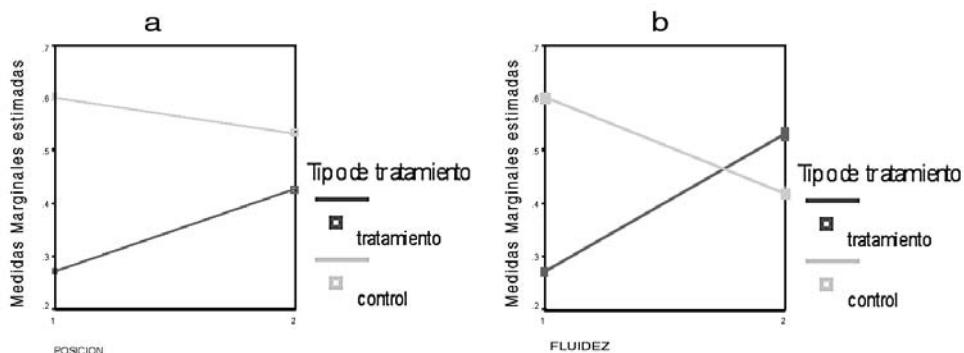
Figura 4. Puntuaciones medias obtenidas en las distintas fases del Test de Posiciones- Potencial de Aprendizaje. (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Moya, Iñiguez y Tárrega, 2003).



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Pero, es más, recientemente, aunque en una muestra muy reducida, hemos puesto de manifiesto que entrenando a las personas con deterioro cognitivo mediante programas cognitivos (en un promedio de 6 meses de entrenamiento recibiendo 3 o 4 sesiones de entrenamiento a la semana) y comparándolas con controles no tratados, han mejorado su ejecución y su potencial de aprendizaje y, aún es más, los sujetos controles no tratados con entrenamientos cognitivos han empeorado su ejecución tanto en su memoria viso-especial como en su fluidez verbal (ver Figura 5).

Figura 5. Puntuaciones en memoria de posiciones (a) y fluidez verbal (b) antes y después de una intervención cognitiva en personas con deterioro cognitivo y en controles. (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Calero y Tárraga, 2007).



Prof. R. Fernández-Ballesteros

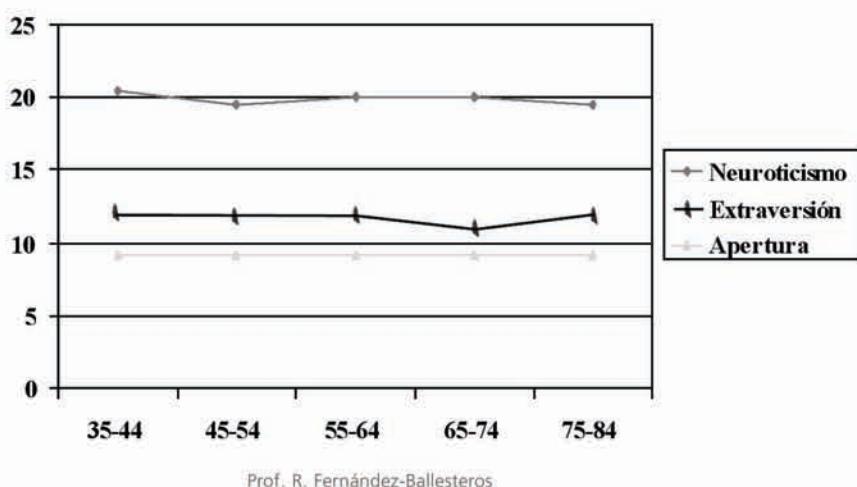
Patrones de cambio afectivos y de la personalidad

Los estereotipos más comunes sobre la vejez son que las personas cuando envejecen se convierten (por efecto de la edad) en rígidas, inflexibles y cascarrabias (Fernández-Ballesteros, 1992). Desde un punto teórico, una de las características esenciales de la personalidad es su estabilidad (tanto a través de situaciones como a través del tiempo), por lo cual, resulta escasamente plausible esas imágenes negativas.

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

En efecto, la investigación básica, tanto la que se efectúa mediante diseños transversales como, en mucha mayor medida, la que se realiza mediante estudios longitudinales, aporta datos concluyentes: la personalidad cambia muy poco a lo largo de la vida.

Figura 6. Características de la personalidad en el estudio longitudinal de Baltimore.

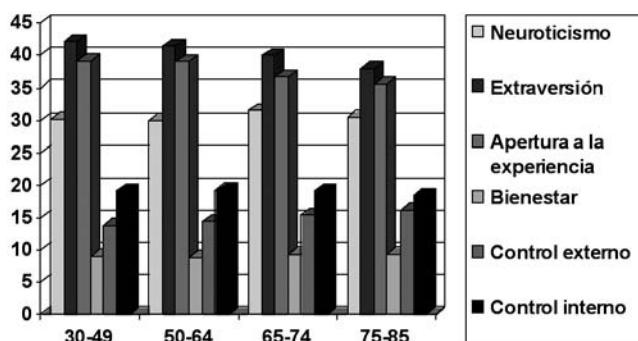


Así, como podemos ver en la Figura 6, en el estudio longitudinal de Baltimore de Costa y colaboradores en el que se siguen a lo largo del proceso de envejecimiento a los mismos sujetos, se aprecia una extraordinaria estabilidad en los tres factores de personalidad más importantes: extraversión, neuroticismo y apertura a la experiencia.

Si examinamos, otros estudios transversales, encontramos algunas diferencias entre distintos grupos. Así, por ejemplo, en el estudio EXCELSA en el que personas entre 30 y 85 años fueron examinadas en siete países Europeos, como podemos apreciar en la Figura 7, no se aprecian diferencias significativas por lo que se refiere a la variables neuroticismo; en definitiva, las distintas edades no difieren en cuanto a la estabilidad emocional. Sí aparecen diferencias por lo que se refiere a una mayor introversión y una menor apertura a la experiencia, una mayor percepción del control externo y menor del control interno y todo ello en los dos grupos de mayores en comparación con los dos grupos de jóvenes. Finalmente, el bienestar y el sentido de la coherencia no difieren a lo largo de las distintas edades.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Figura 7. Diferencias en personalidad entre los 30 y los 85 años en 7 países Europeos en el estudio transversal EXCELSA.



Prof. R. Fernández-Ballesteros

Tal vez, el aspecto que más interés está aportando en los últimos años se refiere a la emoción y, en qué medida ésta cambia a lo largo de la vida. También, en este caso, los clichés sobre la vejez dicen que la gente mayor está triste y deprimida. En efecto, si examinamos los datos procedentes de personas mayores en instituciones podemos encontrar que en estos contextos existe una alta prevalencia de depresión. Entre paréntesis, conviene decir que una cosa es sentirse triste y otra muy distinta tener depresión (desde una perspectiva psicopatológica clasificable en esa entidad nosológica). Sin embargo, la gente que vive en sus domicilios, aún aquella que vive sola no presenta tasas de prevalencia de "depresión mayor" superiores a otros grupos de edad. Además, si examinamos los sentimientos de satisfacción o de bienestar de personas de distintas edades (en estudios tanto transversales como longitudinales) podemos apreciar en la Figura 7 en nuestro estudio de EXCELSA, no existen diferencias en estos sentimientos a lo largo de la vida. Así pues, una vez más, tenemos que concluir diciendo que las personas mayores, al menos las que no viven en instituciones, se sienten tan satisfechas o con tanto bienestar como las más jóvenes.

Pero aún cabría preguntarse que ocurre con otros sentimientos, afectos o emociones negativas. Desde muy distintas fuentes de datos sabemos que la responsabilidad de nuestro Sistema Nervioso Autónomo es menor a lo largo de la vida: nuestro corazón late menos deprisa y se produce menor amplitud e intensidad en la mayor parte de las respuestas autónomas. Pero, ¿que sucede con nuestros afectos expresados

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

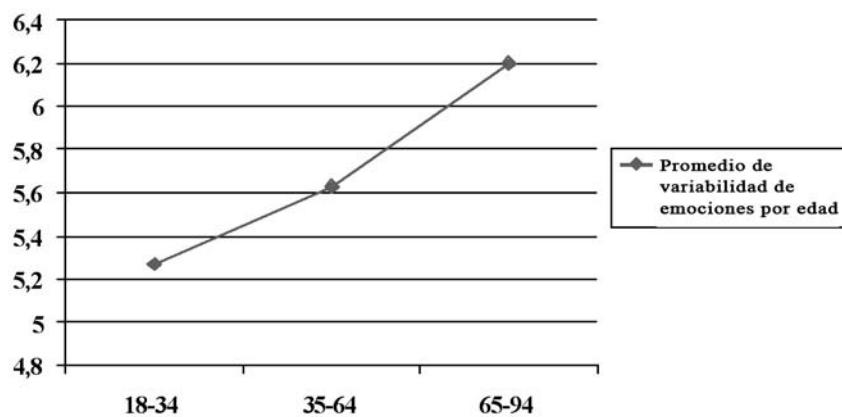
mediante palabras?. Una de las personas que más ha trabajado en este tema es Laura Carstensen de la Universidad de Stanford en los Estados Unidos. Ella ha llegado a resultados muy interesantes mediante la comparación en su expresión emocional de personas de distintas edades.

Los resultados más concluyentes son esencialmente dos:

- 1) Las personas mayores, comparativamente con las jóvenes tienen significativamente mayor diferenciación emocional.
- 2) Las personas mayores, comparativamente con las más jóvenes, sienten una menor emocionalidad negativa; es decir, perciben menos emociones negativas.

En la Figura 8, podemos apreciar las diferencias atribuidas a la edad relativas a la variabilidad emocional. Carstensen y sus colaboradores ponen de relieve que, a partir de sus resultados, las personas mayores parecen tener una mayor complejidad emocional así como una mayor regulación emocional atribuible a habilidades de enfrentamiento ante situaciones de estrés.

Figura 8. Diferenciación de la experiencia emocional y edad.
(Carstensen et al, 2000)

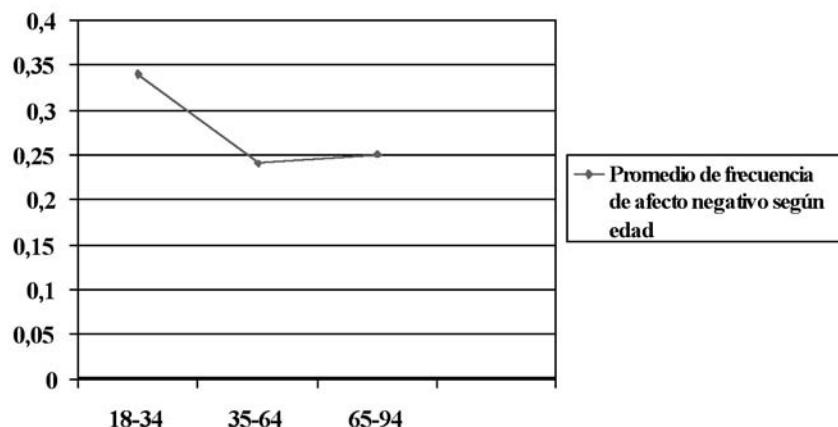


Prof. R. Fernández-Ballesteros

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Pero, además, los estudios ponen de relieve como las personas mayores informan tener menor número de emociones negativas que la más jóvenes como podemos apreciar en la Figura 9. Estas diferencias aparecen en la mitad de la edad adulta y se mantienen durante la vejez.

**Figura 9. Diferencias de edad en el afecto negativo.
(Carstensen et al, 2000)**



Prof. R. Fernández-Ballesteros

Estos resultados se confirman con nuestras propias investigaciones. Hemos comparado a estudiantes de la Universidad Autónoma de Madrid mayores (entre 55 y 75 años) y jóvenes (entre 20 y 25 años) en los sentimientos que informan tener a lo largo de una semana cada día (mediante auto-registros.) En estos estudios, encontramos diferencias significativas por lo que se refiere a los sentimientos negativos que nuestros estudiantes mayores informan tener con respecto a los más jóvenes. Los mayores informan significativamente sentir menos: rabia, odio, irritación ansiedad, vergüenza, miedo, tristeza, culpa o rabia que los jóvenes.



3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

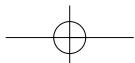
La promoción del envejecimiento positivo

No quisiera terminar mi exposición sin enfatizar la importancia de la intervención en el sentido de optimizar el desarrollo psicosocial del individuo a lo largo de la vida y compensar aquellos declives o déficit producidos en algunas funciones psicológicas así como mejorar los hábitos saludables. Sintéticamente, sabemos que hábitos saludables reducen la probabilidad de dependencia y/o la posponen; que la actividad cognitiva reduce la tasa de declive cognitivo, que una auto-imagen de envejecimiento positivo aumenta la probabilidad de vida y salud y que el compromiso social reduce el riesgo de enfermedad y muerte. En resumen, entendemos que la promoción de un envejecimiento óptimo se apoya en cuatro pilares: los hábitos saludables, el óptimo funcionamiento cognitivo y afectivo y la participación social.

A lo largo de los últimos diez años estamos trabajando sobre la promoción del envejecimiento positivo con base en esos cuatro pilares hemos desarrollado "Vivir con Vitalidad" presencial y multimedia.

La UAM cuenta entre sus Cursos el de "Vivir con Vitalidad" que es un programa para el desarrollo personal y la mejora de la calidad de vida que ha venido dictándose desde 1996 (Fernández-Ballesteros, 2002). Además, con la colaboración con financiación de la Unión Europea, hemos desarrollado un programa Multimedia que cuenta con un total de 50 horas de vídeo-lecciones, con soporte en Internet, impartidas por expertos que versan sobre 22 temas relevantes en el envejecimiento saludable y activo. Vivir con Vitalidad-Multimedia (VV-M) ha sido desarrollado bajo los auspicios de la Unión Europea (2000-2003, Programa Sócrates-Minerva, Programa "VITALGELL-C") a través de un Consorcio en el que han participado la Universidad Autónoma de Madrid (España), Nettuno (Italia), el Instituto de Envejecimiento de la Universidad de Heidelberg (Alemania) y la colaboración de la Open University (Reino Unido). Vivir con Vitalidad tanto presencial (como curso de la UAM) como Multimedia, ha sido sometido a una serie de evaluaciones formativas y sumativas (cuyos resultados han sido ya publicados) y en las que se han estudiado los efectos del contexto en personas que habitan en residencias o asisten a centro de día y de la modalidad del programa (en versión multimedia y en versión presencial) (para un resumen ver: Fernández-Ballesteros, 2005).

En total, estos programas han sido administrados a más de cien sujetos entre 60 y 87 años los cuales han sido comparados con sujetos controles (que no han pasado por el programa) así como aquellos que han recibido un Curso semejante "in vivo", es decir, con profesores presenciales.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Tratando de realizar un breve resumen de las conclusiones de estas investigaciones, conviene resaltar lo siguiente. El programa VV-M produce cambios conductuales en las personas mayores en el sentido esperado. Esencialmente el programa parece ser eficaz por lo que respecta al cambio en los conocimientos relativos al envejecimiento saludable y la valoración de uno mismo y de cómo ser capaz de "envejecer bien" y en lo que se refiere a la realización de un mayor numero de actividades culturales, intelectuales y sociales. Estos cambios se producen tanto en el grupo que vive en la Comunidad y en el que habita en Residencias. Se aprecian también cambios significativos por lo que se refiere a los estilos de vida en el grupo de la Comunidad. En otras palabras, se incrementa significativamente el ejercicio físico y en cambios positivos en la alimentación, ello no se contrasta en el grupo que habitaba en una Residencia (tal vez porque se trata de un ambiente mucho más controlado o/y porque los sujetos en las Residencias tienen una mayor edad).

Estos programas parecen haber incrementado también significativamente la satisfacción con la vida de los participantes que habitan en la Comunidad y no aparecen significativas entre el grupo VV-M y el grupo "in Vivo".

Los participantes de "VV-M" consideran que el programa les ha servido para cambiar positivamente. La mayor área de cambio parece ser la de "disfrutar de la vida", "pensar positivamente", "mejorar la memoria", y "sentirse eficaz". Los menores cambios percibidos se sitúan en "el uso de Internet" y en "su vida sexual".

Si tomamos el curso como un conjunto de conocimientos expuestos, nuestros alumnos han aprendido considerablemente. La relación entre los conocimientos aprendidos y las opiniones sobre cada una de las lecciones lleva a concluir que la claridad del profesor y la utilización de ejercicios son los aspectos que más han influido en el aprendizaje de conocimientos.

Por lo que se refiere a VV-M, los participantes consideran que, en su conjunto, el Curso les ha aparecido interesante, de dificultad es media; los ejemplos, ejercicios y duración es suficiente; ha satisfecho sus expectativas y creen que es útil (entre mucho y bastante); los conocimientos enseñados eran en parte conocidos y, finalmente, con prácticamente unanimidad recomendarían el curso a sus familiares y amigos.



3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Las evaluaciones realizadas han servido también para poner de relieve algunos puntos débiles del VV-M:

- 1) Una serie de lecciones coincidentes con haber sido dictadas en otros idiomas que el español y, por tanto, que han tenido que ser traducidas, han producido menor satisfacción. Defectos en la traducción, parecen haber influido en menor comprensión de esas lecciones.

Es por tanto imprescindible mejorar las lecciones que aparecen con dificultades de comprensión.

- 2) Los alumnos han consultado muy poco la página Internet y a los tutores a distancia. Parece necesario mejorar la Página Internet e incentivar la consulta a tutores. Este es también un punto a mejorar en el sentido de tratar, a través de distintos medios, que los alumnos se beneficien de este programa multimedia en toda su extensión.

En resumen, los resultados experimentales del programa no han mostrado efectos positivos en el sentido esperado aunque también hemos comprobado algunos puntos débiles que pretendemos corregir en el futuro.

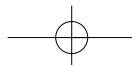
Conclusiones

La evolución psico-afectiva del individuo a través del ciclo de la vida, lejos de ser monocorde, presenta estabilidad (por lo que se refiere a la personalidad del individuo), declives (en algunas funciones cognitivas) y crecimiento (en algunos aspectos afectivos y emocionales).

La investigación científica nos permite desarrollar programas que promocionen el envejecimiento óptimo y, por tanto, lograr una mejor calidad de vida y el bienestar según se envejece.

Referencias

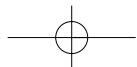
- Carstensen, L., Fung, H. & Chade, S. (2003). Socio-emotional selectivity theory and the regulation of emotions on the second half of life. *Motivation & Emotions*, 27:103-123.





CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

- Baltes, P., Staudinger, U. and Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: theory and application to intellectual functioning. Annual Review of Psychology, 50:471-507.
- Baltes P.B. and Willis, S (1982). Plasticity and enhancement of intellectual functioning in old age. Penn State's adult development and enrichment project (ADEPT). En: F.I.M. Craik and S.E. Treud (eds) (o.c.), 353-389.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (1992). Mitos y realidades en torno a la vejez y la salud. Barcelona: SG Editores.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2002). Vivir con Vitalidad. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2005) Evaluation of "Vital-Aging-M": A psychosocial program for promoting optimal ageing. European Psychologist, 10, 136-146.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Tárraga, L., Moya R & Iñiguez, J (2003) Cognitive plasticity in healthy, mild cognitive impairment (MCI) subjects and Alzheimer's disease patients: A research project in Spain. European Psychologist, 8: 148-159.
- Fernández-Ballesteros, R. Zamarrón, M.D., Rudinger, G., Schroots, J.J.F., Heikkinen, E., Drusini, A., Paul, C. Charzewska, J. & Rosenmayr, L (2004). Assessing competence. The European Survey on Aging Protocol (ESAP) Gerontology, 50. 330-348.



3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

3.3 ¿Se puede retrasar o prevenir el deterioro cognitivo?

José Luis Dobato Ayuso

Médico Adjunto

Unidad de Neurología. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid

I.- Marco Conceptual ¿Qué es y no es deterioro cognitivo? Tipos de deterioro cognitivo

Se puede definir deterioro cognitivo como un rendimiento intelectual defectuoso, que se ha deteriorado desde un nivel previo, con un nivel de conciencia normal.

Se ha de diferenciar del retraso mental, que se define como un rendimiento intelectual defectuoso por falta de adquisición de "hitos" cognitivos a lo largo del desarrollo, usualmente por patología cerebral orgánica. Por tanto, lo que existe es una falta de adquisición de rendimientos normales, no "deterioro" desde un nivel previo.

Tampoco es un rendimiento neuropsicológico defectuoso por alteración del nivel de conciencia y atención, que constituiría un cuadro confusional (por ejemplo, en el caso de intoxicaciones).

Dependiendo de la intensidad del deterioro, se puede dividir éste en :

Deterioro cognitivo ligero. La intensidad del deterioro es insuficiente para interferir de forma significativa en las actividades de la vida diaria de la persona. (tabla I)

DETERIORO COGNITIVO LIGERO:
Estado actual:
oWinblad y comité expertos (2004)
- No demencia
Demostración de deterioro en el tiempo por tests y/o quejas del paciente y/o del informador.
- AAVVDD preservadas o mínimamente deterioradas las instrumentales complejas.
oGENCD-SEN 2000 - 2002
- Queja cognitiva refrendada por informador y por tests, en cualquier área neuropsicológica (incluyendo la conducta).
- En ausencia de demencia ó c.confusional
- Se recomienda objetivar variación temporal

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Cuando el deterioro interfiere de forma significativa en las actividades laborales, sociales o familiares del sujeto, y además afecta de forma global a los distintos "dominios" cognitivos (memoria, abstracción, lenguaje, orientación, actividades prácticas y ejecutivas), hablamos de DEMENCIA, que no sería sino una forma global y severa de deterioro cognitivo (tabla II).

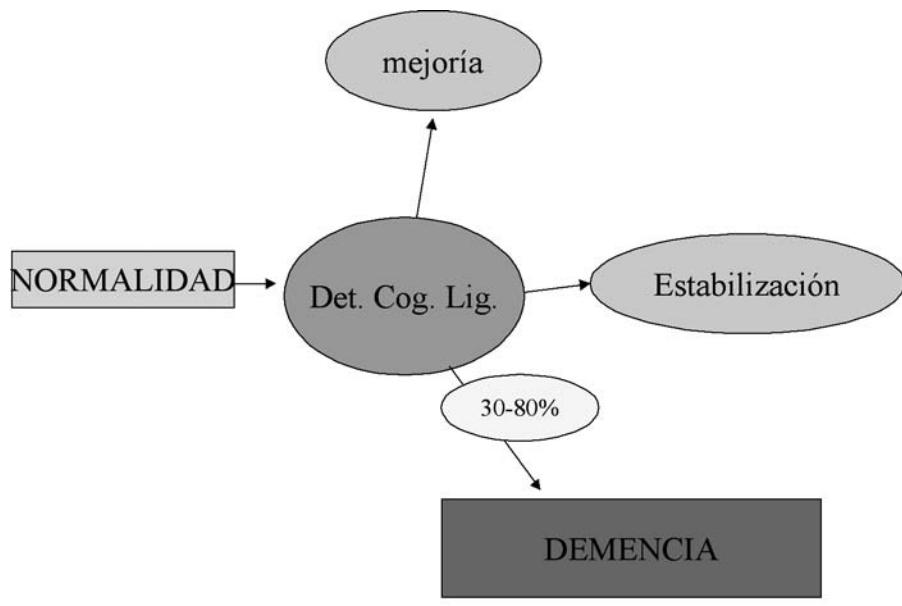
CRITERIOS Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA DEMENCIA COMO SÍNDROME CRITERIOS DE DEMENCIA DSM - IV	
A) Desarrollo de déficit cognitivos múltiples manifestados por: <ul style="list-style-type: none"> - Alteración de la memoria. - Una de las siguientes alteraciones cognitivas: <ul style="list-style-type: none"> - Afasia - Apraxia - Agnosia - Alteraciones ejecutivas (Abstracción, planificación, secuenciación) 	
B) Los déficits cognitivos han de ser de la suficiente intensidad como para provocar un deterioro significativo en la actividad social o laboral, y suponen un deterioro respecto a un nivel previo.	
CRITERIOS DE DEMENCIA CIE 10	
<ol style="list-style-type: none"> 1.- Deterioro de memoria. 2.- Deterioro de pensamiento y razonamiento, con reducción del flujo de ideas y de manejo adecuado de la atención. 3.- Estos déficits deben interferir en la actividad cotidiana. 4.- Se debe mantener un nivel de conciencia normal. 5.- Los síntomas deben estar presentes durante al menos 6 meses 	

II.- Importancia del deterioro cognitivo ligero

La importancia del DETERIORO COGNITIVO LIGERO, es que si bien puede en algunos casos ser atribuido a causas "benignas" (ansiedad, alteración anímica, exceso de fármacos sedantes, incluso al propio envejecimiento...) siempre precede a la demencia en todos los casos de patología progresiva (degenerativa como la enfermedad de Alzheimer, vascular, infecciosa...) con una tasa de progresión, dependiendo de los criterios operativos usados (uno de los temas en controversia en los últimos 10 años en la literatura neuropsicológica) de entre un 30% y un 80% a los 5 años.

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Esquema I

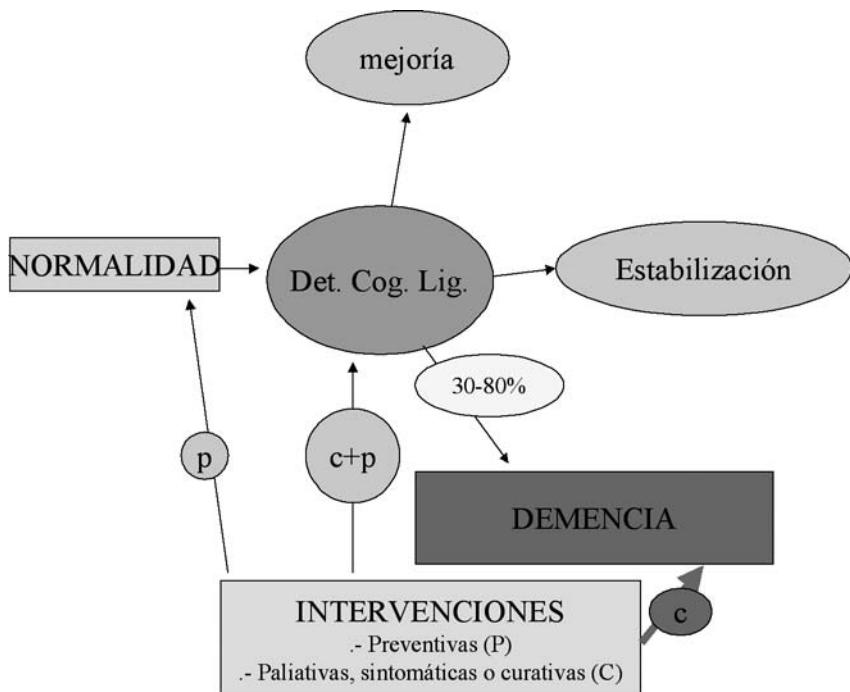


Así pues, salvo en casos excepcionales de demencia brusca tras un dramático evento neurológico (p. ej. traumatismo craneoencefálico severo con lesión cerebral importante, infarto cerebral único o hemorragia cerebral en "zona estratégica" para las funciones intelectuales), entre el estado de normalidad y la demencia siempre va a existir un estado intermedio, el de deterioro cognitivo ligero; por poner un símil, entre la temperatura normal y la fiebre de 40°C, siempre se pasa por un estado de febrícula (37-37.5°C)

No obstante, también es cierto que no todos los casos de deterioro cognitivo van a evolucionar a demencia (entre un 70 y un 20%, dependiendo de los criterios usados no evolucionarán), pues pueden ser secundarios a situaciones "benignas", reversibles o no progresivas, que son la base de las intervenciones terapéuticas a tener en cuenta en esta condición; por seguir con el símil anterior, no todos las febrículas van a evolucionar a cuadros de 40°C de fiebre, y en una proporción no desdeñable de casos, podremos intervenir precozmente para evitar que esto ocurra.

CLAVES PARA UNA VEJER SATISFACTORIA

Esquema II



III.- Intervenciones terapéuticas en el deterioro cognitivo

Uno de los axiomas de la Medicina es que las intervenciones terapéuticas serán tanto más adecuadas cuanto mejor se conozca la causa del problema, y el deterioro cognitivo no se escapa de esta premisa, de forma que siempre se ha de intentar, si es posible, determinar su causa.

Cuando este deterioro es severo y global, en estadio de demencia, existen criterios clínicos universalmente aceptados para catalogar el caso dentro de las principales entidades degenerativas como enfermedad de Alzheimer (mas del 50% de los casos de demencia), demencia con cuerpos de Lewy (15-20%), demencia frontotemporal (5-10%), etc...así como para algunas demencias secundarias (p. ej., demencia vascular -30%-).

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Sin embargo en el estadio de deterioro cognitivo ligero, aún asumiendo que en todos los casos de demencia degenerativa en estadios precoces el paciente va a pasar por este cuadro previamente, aun no hay criterios universalmente aceptados que permitan atribuirlo, a una entidad demenciente concreta (si bien parece que el déficit en memoria aislado sería muy indicativo de enfermedad de Alzheimer, o un deterioro cognitivo de tipo disexecutivo y desinhibido podría indicar una demencia frontotemporal precoz, todavía no existe consenso internacional al respecto).

No obstante, y aun asumiendo estas deficiencias, a tener en cuenta que existen unas causas tratables, y en algunos casos reversibles, de deterioro cognitivo ligero, que deben ser detectadas precozmente para intentar evitar el paso a demencia, o incluso al fallecimiento del paciente: a pensar en deterioros sutiles secundarios a tumores cerebrales, encefalopatías metabólicas, infecciosas o "tóxicas" (muchas veces por fármacos psicotrópicos) o a patologías psicológicas y psiquiátricas como ansiedad o depresión,... todas ellas tratables y muchas "curables" si son detectadas a tiempo y manejadas de forma correcta.

Lógicamente, las intervenciones encaminadas a retrasar o prevenir el deterioro cognitivo serán distintas dependiendo del estado cognitivo del sujeto, a saber: si desafortunadamente ya está en estadio de demencia habría que intentar retrasar el declive intelectual y funcional, y solo muy excepcionalmente se conseguirá revertir o curar el cuadro; en el de deterioro cognitivo ligero las intervenciones irán encaminadas a retrasar o prevenir la demencia; y en el estado de cognición normal habrá que buscar retrasar o prevenir el deterioro cognitivo ligero. (esquema II).

III.1.- Intervenciones en el deterioro cognitivo en estado de demencia: Tratamiento farmacológico y no farmacológico de las demencias.

El tratamiento de la demencia es un tema multidisciplinario, que abarca tanto tratamientos con fármacos como conductual y cognitivo.

Tratamiento no farmacológico

Debe ir enfocado al paciente y cuidadores, debería realizarse por personal cualificado, como psicólogos y psicoterapeutas. Son procedimientos orientados a técnicas de orientación la realidad y reminiscencia y validación afectiva, desde el punto de vista cognitivo, así como técnicas conductuales respecto al ámbito del comportamiento.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Su eficacia parece incluso pudiera ser similar a la terapia farmacológica en la enfermedad de Alzheimer ligera-moderada.

Tratamiento farmacológico

En cuadros de demencia **secundaria de etiología tratable** (hidrocefalia, por neuroinfecciones bacterianas, por proceso expansivos intracraneales...) estos cuadros deberán ser adecuadamente manejadas.

La **demencia vascular** se deberá tratar con aquellas medidas encaminadas a la prevención secundaria del ictus, personalizada a cada paciente.

En las **demencias degenerativas** en los últimos años se ha realizado un gran avance en los fármacos encaminados a un tratamiento sintomático, en especial en la enfermedad de Alzheimer:

A.- Tratamientos encaminados a mejorar el nivel cognitivo, centrados en la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad por cuerpos de Lewy, y la demencia vascular y mixta potenciando la transmisión colinérgica:

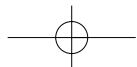
- Fármacos anticolinesterásicos centrales (tacrina, rivastigmina, donepezilo, galantamina) se consigue estabilización de la sintomatología cognitiva durante uno a dos años, y lentificación de la progresión posterior, aunque sólo excepcionalmente se consigue mejoría sintomática

- Agonistas nicotínicos y muscarínicos (xanomelina, SB202026) de escasa eficacia y muchos efectos secundarios

B.- Tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales, que en un momento u otro de la evolución aparecerán en casi todas las demencias (80% de los casos).

- Benzodiazepinas de vida media corta para el tratamiento de los trastornos del sueño.

- Inhibidores de recaptación de serotonina , mejor que los antidepresivos clásicos por su escasa actividad anticolinérgica para el tratamiento de los trastornos de la afectividad



3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

- Neurolépticos de última generación (risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona), mejor que los clásicos (al presentar menores efectos anticolinérgicos y extrapiiramidales) para los trastornos de irritabilidad, ansiedad, del pensamiento y percepción y de conducta y personalidad. En controversia últimamente por posibles efectos secundarios vasculares.

C.- Respecto al tratamiento etiopatogénico de las demencias degenerativas, queda mucho más camino por recorrer:

- Antioxidantes (vitamina E, selegilina), sustitución hormonal estrogénica en mujeres postmenopáusicas (THS), antiinflamatorios no esteroideos (AINES), han demostrado en algunos estudios de cohortes posible efecto protector ante la enfermedad de Alzheimer. En estudios doble ciego/placebo para enlentecer el deterioro, THS y AINES (excepto un ensayo con indometacina, con abundantes efectos secundarios) no han demostrado ser eficaces. Sólo algunos antioxidantes, como la vitamina E, han demostrado muy leve eficacia.

- "Vacuna "de la enfermedad de Alzheimer (inmunización activa con B-amiloide), que prevendría o disolvería el acúmulo del amilode de las placas seniles típicas en el cerebro de enfermedad de Alzheimer; fue eficaz en el modelo experimental de ratón transgénico, pero los ensayos en humanos fueron suspendidos por el desarrollo de encefalitis en algunos casos. Actualmente se está experimentando con inmunización pasiva, con idea de reducir este fatal efecto secundario.

- Otro grupo de fármacos, como los inhibidores de calcio, precusores de acetilcolina (lecitina, colina), protectores de membrana (acetil carnitina) y potenciadores metabólicos (piracetán, hydergina, gingko biloba), en algunos estudios parecen ser estabilizadores de la progresión. Su efecto no se ha demostrado inequívocamente en ensayos doble ciego-placebo.

- MEMANTINA: es una molécula inhibidora de los receptores glutaminérgico NMDA que retrasaría la degeneración neuronal, y se ha demostrado en ensayos doble ciego/placebo eficaz también en retrasar el deterioro en la enfermedad de Alzheimer, indicándose para casos en estadio moderado-severo.

- OTROS (en vías de investigación): Inhibidores de secretasas, depleción de amiloide sérico, quelantes metálicos, terapia antitau, estatinas. Todavía sin resultados concluyentes.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

III.2.- Intervenciones en el deterioro cognitivo ligero

Son intervenciones encaminadas a impedir su evolución a demencia, estabilizarlo, o si posible, revertirlo hasta un nivel de cognición normal:

A.- Tratamiento sintomático - cognitivo:

- **Farmacológico:** Procolinérgicos, anti NMDA, antioxidantes, AINES. No se ha demostrado eficacia, salvo un estudio con Donepezilo, y sólo en claros casos con perfil neuropsicológico de "pre Alzheimer".

-**No Farmacológico:** No hay estudios publicados, pero posiblemente eficaz la terapia cognitivo - conductual referida anteriormente en el apartado de demencia por "extrapolación" de los resultados obtenidos.

B.- Tratamiento sintomático - de patología asociada:

Con frecuencia el deterioro cognitivo ligero se asocia a otras patologías, que pueden ser su causa, o, en todo caso pueden agravarlo: si tratamos adecuadamente estas condiciones, podremos en algunos casos mejorar los rendimientos intelectuales, y siempre, la calidad de vida del paciente. Así entidades y situaciones usualmente asociadas serían:

- **Depresión / Ansiedad:** Estos cuadros pueden por interferencia atencional, empeorar los rendimientos intelectuales. Habría que tratarlos de acuerdo con las pautas al uso, y en caso de deberse utilizar terapia farmacológica, al igual que se menciona en el apartado de tratamiento de la demencia, mejor con IISSRRSS que con antidepresivos clásicos, por la misma razón (escasos efectos anticolinérgicos de estos últimos).

- **Patología vásculocerebral:** En caso de asociarse patología vásculocerebral conocida (infartos o hemorragias cerebrales), aplicar las guías terapéuticas de prevención secundaria de ictus, personalizado a cada paciente (antiagregación , anti-coagulación, control de factores de riesgo vascular, .. etc.)

- **Yatrogenia:** Con relativa frecuencia, en los ancianos nos encontramos con un exceso de medicación psicotrópica, utilizada como tratamiento sintomático de situaciones como ansiedad, insomnio, sintomatología anímica... en muchas ocasiones

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

prescrita por distintos profesionales en distintos momentos, y que el paciente puede tomar de forma irregular o excesiva, sin claro control... en estos casos, evidentemente, la racionalización de la medicación puede hacer remitir situaciones concretas de "enturbiamiento mental" que el exceso de fármacos psicoactivos pueden producir, en concreto en pacientes ancianos, con problemas de metabolización y eliminación por su edad y posibles patologías asociadas.

- **Trastornos metabólico - sistémicos:** como insuficiencias renales, hepáticas o respiratorias, que también pueden producir cuadros encefalopáticos, que pueden evidentemente empeorar los rendimientos cognitivos del sujeto, y que lógicamente si tratamos de forma adecuada, vamos a conseguir mejorar sus rendimientos intelectuales.

III.3.- Prevención del deterioro cognitivo ligero

Serían actuaciones sobre un estadio de cognición normal, para evitar o retrasar el inicio de un deterioro cognitivo:

- Manejo de factores de riesgo vascular: HTA, DM, obesidad, dislipemia, tabaquismo...DIETA EQUILIBRADA, para evitar el deterioro cognitivo asociado a patología vásculocerebral.

- Por supuesto, adecuado manejo de otros problemas médicos (renales, hepáticos...), para evitar las encefalopatías metabólicas antes mencionadas.

- Adecuado manejo de psicofármacos y de patología ansiosodepresiva, según las pautas anteriores.

- Mantenimiento de actividad intelectual ("entrenamiento cognitivo"), aunque sea "informal": lectura, arte, relaciones sociales, "hobbies", estudios adaptados (p.ej. "clases de adultos"). En base a:

Estudios epidemiológicos de relación inversa entre nivel educativo y actividad intelectual y Demencia (teoría de la "reserva intelectual").

Eficacia demostrada de terapia cognitivo-conductual en Demencia.

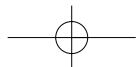
***Todo ello asumiendo que si existe un proceso degenerativo en fases iniciales, no va a detenerse, pero su impacto funcional será menor o más tardío.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Referencias

- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, Barcelona 1995
- CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor, Madrid 1992
- Demencias: Diagnóstico y tratamiento. De Román Alberca Serrano Ed.Masson, Barcelona 1998.
- Guías en Demencias: Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. Revisión 2002. Del Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología. Ed. Masson, Barcelona 2002.
- Cuadernos de Neurología. Demencias: Síntomas cognitivos y conductuales. JL Dobato Ayuso. Ed. Momento Médico. Madrid 2002.
- Olazaran J, Muniz R, Reisberg B, Pena-Casanova J, del Ser T, Cruz-Jentoft AJ, Serrano P, Navarro E, Garcia de la Rocha ML, Frank A, Galiano M, Fernandez-Bullido Y, Serra JA, Gonzalez-Salvador MT, Sevilla C. Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology*. 2004 Dec 28;63(12):2348-53
- Petersen RC, Thomas RG, Grundman M, Bennett D, Doody R, Ferris S, Galasko D, Jin S, Kaye J, Levey A, Pfeiffer E, Sano M, van Dyck CH, Thal LJ; Alzheimer's Disease Cooperative Study Group. Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. *N Engl J Med*. 2005 Jun 9;352(23):2379-88. Epub 2005 Apr 13. PMID: 15829527
- Morris JC. Dementia Update 2005. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*. 2005 Apr/Jun; 19(2): 100-117
- Gauthier S, Reisberg B, Zaudig M, Petersen RC, Ritchie K, Broich K, Belleville S, Brodaty H, Bennett D, Chertkow H, Cummings JL, de Leon M, Feldman H, Ganguli M, Hampel H, Scheltens P, Tierney MC, Whitehouse P, Winblad B; International Psychogeriatric Association Expert Conference on mild cognitive impairment. Mild cognitive impairment. *Lancet*. 2006 Apr 15; 367(9518):1262-70.





3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

3.4 Ejercicio para todos. Proyecto de dinamización, seguimiento y evaluación de la "mesa de actividad física y deporte para todos los mayores" del municipio de Madrid.

Mª Cruz de Tena-Dávila Mata

Jefe de sección de Programación, Evaluación y Formación.

Dirección General de Mayores

Ayuntamiento de Madrid

Introducción

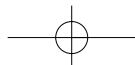
La mesa de ejercicio físico propuesta desde la DGM del Ayuntamiento de Madrid en el 2004, fue creada para establecer un espacio de coordinación y concertación, que buscaba alcanzar mayor bienestar y mejorar la calidad de vida de los mayores del municipio de Madrid, a través de la práctica de ejercicio físico regular.

Partíamos del conocimiento de que las intervenciones desde los municipios, son saludables en la medida que garantizan, con políticas públicas concretas, un ambiente físico y social que responde a las necesidades de bienestar y desarrollo de las personas que lo habitan.

En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto de que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida.

En ese sentido, promover la actividad física desde los municipios, se ha convertido en una imperiosa exigencia hoy en día, en una necesidad de las personas, para vivir de manera más saludable. La actividad física constituye una de las estrategias de salud más atractivas, de bajo costo y alto impacto.

La promoción de la actividad física, exige la concentración de esfuerzos de diferentes sectores y especialistas; al respecto, los gobiernos locales tienen un rol fundamental que cumplir. Por ello, la constitución de un espacio interdisciplinar, con diferentes técnicos, con distintas competencias en materia de actividad física hacia las personas mayores dentro del municipio, como son, Dirección General de Mayores,



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

los 21 distritos de Madrid, Dirección General de Deportes y Madrid Salud, supone un enclave idóneo para conocer lo que se hace, donde y como en cada una de las áreas, y establecer objetivos a corto y medio plazo de cómo mejorar dichas prácticas.

El objetivo con el que partimos estaba claro, **conseguir** que todos los mayores de la ciudad de Madrid alcancen la actividad física como hábito saludable en su vida.

El Formato a seguir quedaba establecido mediante **la coordinación** de los planes estratégicos de políticas municipales que priorizan la promoción de la actividad física entre los mayores, consiguiendo o intentando al menos multiplicar los resultados al aunar los esfuerzos.

Toda la información y análisis acumulado desde 2004 a 2006 está condensado en el presente documento. Este documento, presenta reflexiones, evidencias científicas y propuestas de políticas concretas que implementan las líneas de trabajo del municipio.

Algunos datos del municipio de Madrid

Un hecho referido a la salud pública, y que investigaciones científicas han revelado, es que la inactividad física y el sobrepeso se encuentran entre los principales factores de riesgo de las enfermedades no trasmisibles más frecuentes de nuestra época, y las terapias antienvejecimiento se basan en la adopción de los hábitos de vida saludables.

En el caso de nuestra población con más de 600.000 mayores de 65 años (Hombres: 232.498, Mujeres: 368.193), conocemos a través de la Encuesta de Salud que ha hecho el Instituto de Salud Pública de Madrid en el 2005 que el 45% de los mayores de 65 años son sedentarios, llegando en el caso de las mujeres al 52%.

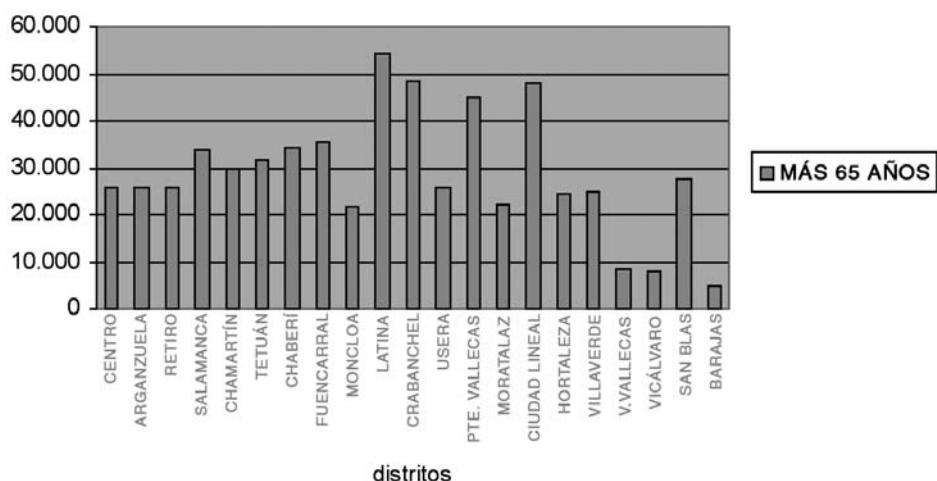
Además la población de 60 años y más es heterogénea y representa diversas cohortes de edad, sexo, antecedentes socioeconómicos, valores culturales y capacidades funcionales, con diferentes necesidades y preferencias respecto a la actividad física, luego las políticas en esta materia deben de contemplar estos aspectos mediante la flexibilidad y diversidad.

Tenemos 21 distritos diferentes en cuanto a extensión y densidad demográfica, incluso en algunos el contemplar la posibilidad de crear nuevos equipamientos cerrados se ve como un reto inalcanzable dentro del marco de las políticas de urbanismo:

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

sin embargo, cada vez más se contempla la creación de parques, zonas verdes, carriles bicicletas y zonas peatonales como fuente de una ciudad sostenible, moderna y saludable. De ahí que se intenten elaborar programas para promover y apoyar la actividad física en las personas adultas mayores en el hogar, los parques y los centros comunitarios.

Mayores de 65 años del municipio de Madrid.



Fundamentación

Es conocido que la tendencia global a la inactividad es prevalente en las áreas urbanas, por ello para tratar estos temas y promover la salud y el bienestar entre personas de todas las edades al nivel mundial, el Programa de Envejecimiento y Salud de la OMS y los programas de Actividad Física están trabajando en concierto para promover la actividad física a lo largo del ciclo de vida.

En la Carta Europea del Deporte de Mayo de 1992, en el artículo 13 se acuerda el lema "**Deporte para todos**". Este lema advierte de la importancia de la intervención municipal dentro del Marco del Deporte Europeo. Además, asume un compendio de "prácticas físicas" más definidas como recreativas y lúdicas, promovidas muchas de ellas por animadores socioculturales, con un claro mensaje político de inclusión social que resalta el aspecto solidario y participativo que tiene el ejercicio físico.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

En la Carta de Aalborg tal como fue aprobada por los participantes en la Conferencia Europea sobre Ciudades Sostenibles celebrada en Aalborg, Dinamarca, el 27 de mayo de 1994, se estableció que la actividad física es un área interactiva dentro de las políticas de sostenibilidad local para la mejora ambiental del medio urbano.

En el año 1999 'Año Internacional de las Personas Adultas Mayores', la Organización Mundial de la Salud (OMS) promovió una caminata mundial para celebrar el envejecimiento, y estimular a las personas mayores a permanecer físicamente activas. Llamado el "Abrazo Mundial", tal evento consistió en una cadena de caminatas organizadas localmente, la cual rodeó el mundo durante 24 horas. Desde 1999 el Abrazo Mundial se ha convertido en una celebración anual que tiene lugar siempre alrededor del primer día de octubre, 'Día Internacional de las Personas Adultas Mayores'.

La OMS, decide dedicar el Día Mundial de la Salud (7 de abril) del año 2002 a la actividad física con el lema "Por tu salud, muévete". Ese mismo año, la Asamblea de las Naciones Unidas incorpora la actividad física y el deporte entre los objetivos para los adultos mayores.

En el año 2004 la OMS lanza la "Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud". El año 2005 es declarado por las Naciones Unidas como el "Año Internacional del Deporte y la Educación Física".

Entre las barreras estructurales a vencer para conseguir este objetivo internacional está la dificultad de coordinación local para eliminar la duplicación de esfuerzos y maximizar los limitados recursos humanos y financieros, de ahí la apuesta de la DGM para soslayar esta barrera.

Iniciativa de la DGM en el municipio de Madrid: *Ejercicio físico para todos los Mayores "moverse es cuidarse"*

Es una lema que aglutina diferentes líneas de trabajo dentro de las políticas municipales a favor de la promoción de la actividad física en todas sus formas (deporte, ejercicio, actividad física recreativa...) y abarca a todos los mayores del municipio, independientes y dependientes, activos y sedentarios.

Esta iniciativa está encuadrada dentro del marco actual de las políticas de envejecimiento y de las políticas sociales con respecto al envejecimiento activo, en ellas



3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

se desprende un principio general de actuación en relación a la actividad física de las personas mayores (incluidas aquéllas que estén enfermas, asistidas o discapacitadas): Impulsar las actuaciones de prevención y educación, entendiendo estas medidas como un derecho más de las personas mayores en la sociedad del conocimiento y del aprendizaje permanente y un acceso legítimo a todas aquellas acciones que promuevan la salud, la participación, la seguridad y la independencia.

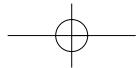
El proyecto de trabajo contempla:

- 1.- El **compromiso** explícito con la promoción de la actividad física colocándola como parte del trabajo de envejecimiento activo llevado acabo por la DGM.
- 2.- La **elaboración** de áreas de ejercicio en equipamientos cerrados y abiertos que faciliten el acceso a todos los mayores del municipio.
- 3.- **Oferta variada y diversa** que se adecue a las distintas necesidades y a las diferentes situaciones funcionales de los mayores, partiendo del concepto de **multiactividad física**: centros sociales, centros culturales, polideportivos, centros de día, centros recreativos y parques.
- 4.- Estrategias de **divulgación y difusión** allá donde estén los mayores, de las ventajas de una vida activa regular que favorezca la independencia.
- 5.- La elaboración de documentos técnicos que respalden su institucionalización.

Metodología de trabajo. Mesa de ejercicio físico para todos los mayores

La forma en que este esfuerzo concertado se establece es mediante un espacio funcional, entre los distintos actores sociales y sectores locales, que denominamos: **Mesa de Ejercicio físico para los Mayores**.

Es un espacio de trabajo, de acuerdos y de colaboración, comprometido y multidisciplinar. La intersectorialidad permite aunar fuerzas, conocimientos y medios para comprender y resolver problemas que no pueden ser resueltos por un solo sector, además de cubrir diferentes aspectos que requiere la actividad física en todas sus variantes.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

El objetivo común en cualquiera de los casos es ayudar a las personas a incrementar su actividad física, en entornos sociales y físicos disponibles y seguros.

Las acciones deben ser **transversales y coordinadas**, de modo que los esfuerzos se aborden de manera conjunta y los beneficios alcancen a todos. La ejecución de esta iniciativa municipal pasa porque todas las actividades de los distintos actores (sectores) se potencien y no se sustituyan ni se excluyan.

En resumidas cuentas las líneas de actuación deben ser concertadas en base a varios principios que permitan la sostenibilidad del proyecto:

- 1.- **Integral**: intenciones que satisfagan necesidades diferentes.
- 2.- **Participativo**: entre entidades o subsistemas institucionales.
- 3.- **Redes**: crear cauces de acceso y salida en la práctica de ejercicio físico según la situación del mayor.
- 4.- **Local**: centrar la acción en el plano local, el lugar donde viven es fundamental en las intervenciones de salud.
- 5.- **Activo**: la participación y protagonismo de los ciudadanos favorece la efectividad de las intervenciones.
- 6.- **Equitativo**: distribuir con responsabilidad.

1. Conocer para adecuar el aprovechamiento de los recursos y actuar

7. Nuevos objetivos

6. Identificar nuevas necesidades

2. Fomento del ejercicio para todos los mayores

EJES DE ACTUACIÓN
COORDINACIÓN COMO VEHICULO GESTOR

5. Evaluar mediante un continuo regreso de la información

3. Nuevas fórmulas innovadoras de descongestión

4. Nuevos participantes en la mesa de ejercicio para todos, para llegar a grupos excluidos

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Los programas y proyectos de trabajo comunes van encaminados a promover la actividad física intramunicipal, donde los logros son para los ciudadanos, priorizando de alguna manera la "creación de una red de recursos" o servicios diferentes para todos sin excluir ningún grupo.

Todo ello con un claro sentido realista, acordando unos plazos, para revisar objetivos de manera que el proyecto sea dinámico y adecuado a las necesidades detectadas.

Funciones de la mesa de trabajo

1. Convocar a los responsables.
2. Planificar las acciones.
3. Ordenar la toma de decisiones.
4. Priorizar.
5. Trabajar en conjunto.
6. Temporalizar.

Acciones abordadas 2004 a 2006

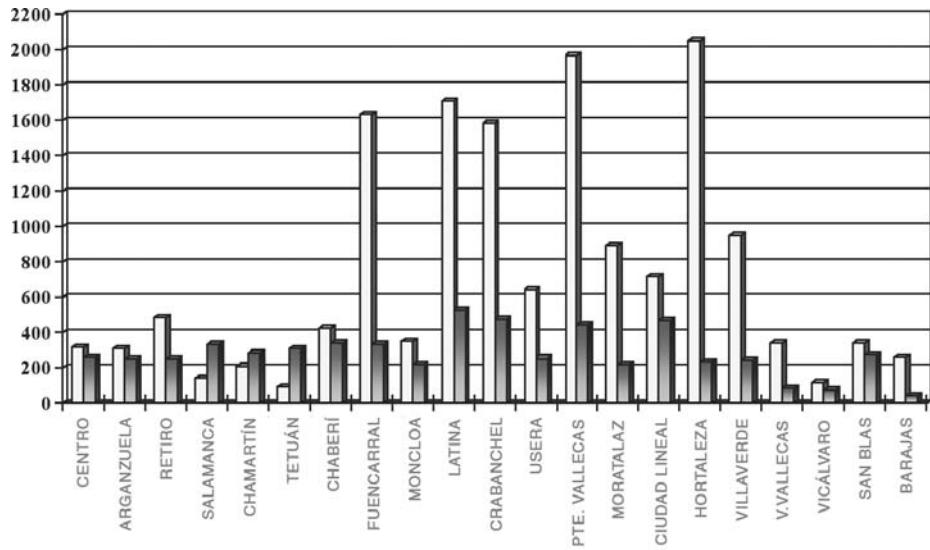
1º Análisis de la situación: " Conocer de qué disponemos "

Queríamos fortalecer el enfoque multidisciplinar y el abordaje multisectorial en la promoción de la actividad física desde el principio del trabajo y así garantizar la consideración de los diferentes factores que determinan la práctica de la actividad física.

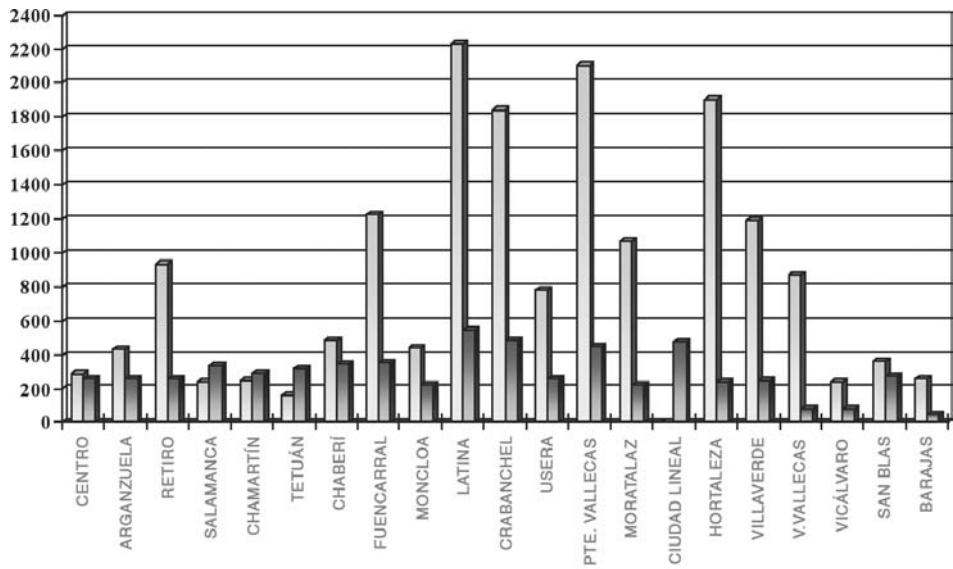
Para ello, se recabó información sobre equipamientos de los diferentes responsables, recogiendo datos sobre la topología de equipamientos por distritos (unidad de área geográfica), criterios de admisión, plazas y cobertura en relación a la población mayor de 60 años.

Con las variables, zonificación, actividades y demografía se ha establecido una tabla de datos que se actualiza anualmente. El observatorio permite identificar las zonas de menor cobertura y establecer un mínimo equitativo, de manera que se establezcan estrategias que contribuyan a su implementación.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA



Plazas de A. Física Población >65 años por %



Plazas de A. Física Población >65 años por %

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

2º Divulgar: "Una población bien informada selecciona mejor su estilo de vida"

Consolidar la difusión permanente del mensaje de la OMS sobre los 30 minutos de actividad diaria indispensable para mantener un buen estado de salud y los riesgos de una conducta sedentaria.

Para ello, establecimos eventos cercanos a donde viven los mayores (distritos) que denominamos **Jornadas de Ejercicio Físico para todos los mayores**. Desde principio se remarcaba la importancia del trabajo en equipo con la distribución de tareas según las competencias. Este trabajo queda representado en las propias jornadas a través de los representantes técnicos y de la ciudadanía de los diferentes sectores que participan.

Se establece un programa uniforme en cada uno de los distritos que abarca los distintos aspectos a divulgar, entornos de formación y práctica de ejercicio físico, públicos y cercanos, para poder realizar la práctica de actividad física.

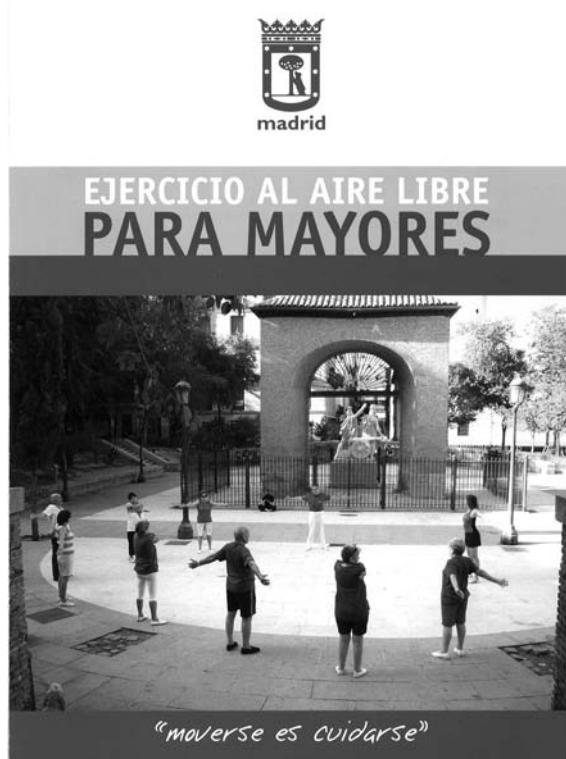
El mensaje común que se quiere transmitir es que la actividad física se compone de todos los movimientos de la vida diaria, incluyendo el trabajo, la recreación, el ejercicio, las actividades deportivas y las actividades lúdicas y recreativas, va más allá del deporte y sobretodo del deporte competitivo. Llevando estas Jornadas a Polideportivos municipales añadimos además el mensaje de que estos equipamientos no son lugares restringidos para los deportistas.

La creación y **diseño de un libro para los usuarios: Ejercicio Físico para todos los mayores**: Moverse es cuidarse, que aborda el mensaje claro, directo y sencillo que promociona los 30 minutos de actividad física moderada cada día: caminar y/o montar bicicleta, subir las escaleras, entre otros.

Desarrollo de programas para el fomento de estilos de vida activos, saludables y recreacionales que incluyan mensajes de autocontrol como son "**Ejercicio Físico al aire libre**" de la DGM y "**Caminar por Madrid**" de la DGD: Cada individuo debe realizar por lo menos 30 minutos de actividad física de moderada intensidad cada día; los cuales representan un gasto de 1500 calorías por semana, que equivalen a caminar 15 Km. semanales. Como la actividad física es acumulable, en un mismo día se puede dividir períodos de 10 minutos. (Organización Mundial de la Salud).

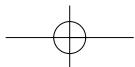


CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA



Desde el punto de vista de la adecuación del ejercicio a grupos de población específicos, las personas mayores presentan unas características propias que las diferencian del resto de la población general. La dificultad en modificar los posibles hábitos negativos adquiridos a lo largo de la vida así como el propio envejecimiento, son elementos a tener en cuenta en la programación y valoración de la eficacia de los programas de actividad física y su posible relación con el aumento en la calidad de vida.

Por lo tanto, en el diseño y evaluación de los programas de actividad física para personas mayores se debe tener en cuenta no solo la pertinencia de un determinado tipo de ejercicio (aeróbico frente no-aeróbico), y su pauta de aplicación (intensidad, frecuencia y duración), sino también la valoración subjetiva que, en términos de autoeficacia, bienestar psicológico y autoestima, realizan los participantes en esos programas. Por ejemplo, una sensación gratificante e inmediata puede contribuir a mejorar la autoeficacia percibida, la sensación de control y el mantenimiento de una pauta de actividad física regular.



3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS



Ejercicio físico para todos los mayores:

"Moverse es cuidarse"

3º.- Difusión: "Dar a conocer"

Son necesarias orientaciones técnicas para la Promoción de la Actividad Física, para ello, se difunden entre los técnicos las buenas prácticas y experiencias exitosas mediante documentos técnicos, el primero editado en el año 2005: **Envejecimiento saludable: Ejercicio físico para todos**. Dichos documentos subrayan la importancia de los compromisos, alianzas y coordinaciones estratégicas e intersectoriales en el abordaje integral del tema.

Además, el compromiso de transmitir en todos aquellos foros científicos y técnicos los logros conseguidos y el camino andado mediante la realización de evaluaciones cualitativas y cuantitativas de los programas emprendidos.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA



Elementos clave para el éxito de un programa de actividad física para todos los mayores

Podemos considerar unas premisas básicas para que este Proyecto logre su continuidad y son :

- 1.- Soporte político.
- 2.- Alianzas y coaliciones fuertes intramunicipales: salud, deportes, profesores educación física, ciudadanía.
- 3.- Multidisciplinariedad.
- 4.- Información basada en evidencias científicas.
- 5.- Mensajes claros y sencillos.
- 6.- Escenarios apropiados (para el entretenimiento, ocupacional, actividades domésticas).





3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

- 7.- Planteamiento de Programas flexibles.
- 8.- Satisfacción de los participantes en las actividades de difusión de la información y de la práctica de ejercicio.
- 9.- Difusión de los resultados entre los técnicos municipales y otros foros científico.

Conclusiones

Las líneas desarrolladas y las normas señaladas, constituyen el referente conceptual, metodológico y operacional para promover comportamientos saludables, a través de la actividad física, entre la población mayor de Madrid.

Hay, sin duda, elementos clave para el éxito de programas de actividad física, el principal es el soporte político para el lanzamiento de programas de actividad física. El estudio y la investigación respecto del impacto de la práctica o ausencia de la actividad física en la salud, la relación costo-beneficio y el efecto de las intervenciones en los diferentes ámbitos deben ser materia de investigaciones que retroalimenten las decisiones políticas de los gobiernos locales.

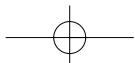
Posteriormente, brindar información basada en estas experiencias científicas, con mensajes específicos, claros y sencillos, por ejemplo: "*moverse es cuidarse*" que lleguen a la ciudadanía.

De igual manera, se requieren alianzas y coaliciones entre los municipios y los sectores, deportes, mayores, educación, salud. La promoción de la actividad física no es tarea de una sola institución, es una responsabilidad multisectorial.

La actividad física es parte de la misión que los municipios se han planteado, procurando mejorar la calidad de vida de su población mayor y fomentando ciudades saludables.

Referencias

- De Gracia, M. y col., 1.999, "Valoración de los beneficios psicológicos del ejercicio físico en personas mayores", Apuntes de Educación Física y Deportes, nº 57, pp. 46-54.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

- Manuel de Gracia y María Marcó Universitat de Girona. "Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores". Psicothema. 2000. Vol. 12, nº 2, pp. 285-292 . ISSN 0214.
- Manuel J. Castillo Garzón, Francisco B. Ortega Porcel y Jonatan Ruiz Ruiz. "Mejora de la forma física como terapia antienvejecimiento" Med Clin (Barc). 2005;124(4):146-55)
- José J. Varo Cenarruzabieta y cols. "Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo". Med Clin (Barc). 2003;121(17):665- 672.
- Libro: Ejercicio físico para todos los mayores: moverse es cuidarse (www.munimadrid.es)
- Libro: Ejercicio saludable: ejercicio físico para personas mayores (www.munimadrid.es)



3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

3.5 Nutrición y envejecimiento

Francisco Robles Agudo

Especialista en Geriatría Hospital de Cantoblanco
Comunidad de Madrid

"Nunca es demasiado tarde, ni demasiado temprano para empezar a cuidarse"
Valentín Fuster.

Quiero comenzar este capítulo felicitando a nuestros mayores por disfrutar de uno de los acontecimientos más importantes del siglo XX, el aumento espectacular de la expectativa de vida. Imagino que entre nuestros deseos para el siglo XXI está que continúe la tendencia y al mismo tiempo poder disminuir los años de dependencia, y para cuando la dependencia resulte inevitable bienvenida sea la Ley de Dependencia.

Para aumentar la expectativa de vida libre de incapacidad, seguro que este siglo aportará grandes avances médicos, tecnológicos, etc. Aún así, todavía hoy, el envejecimiento libre de incapacidad se fundamenta en unos pilares básicos: No fumar, alimentación saludable, actividad física y una buena actitud ante la vida (menos estrés y sentirse feliz).

La evidencia científica ha demostrado que para mejorar la salud, la autonomía y la calidad de vida de la población anciana, es esencial mantener una nutrición adecuada. Cuando este objetivo no se cumple aparece la malnutrición y sus consecuencias con un aumento de la morbilidad y/o mortalidad. Por malnutrición entendemos los trastornos provocados por un exceso, déficit o desequilibrio de energía o nutrientes en relación con las necesidades metabólicas y tisulares. En las sociedades desarrolladas los gobiernos y la propia OMS luchan contra la epidemia de obesidad que afecta a sus ciudadanos. No obstante, en estas mismas sociedades desarrolladas, en la población de edad avanzada, sigue siendo más frecuente la malnutrición por déficit y en ella nos vamos a centrar en este tema.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

A. Epidemiología

La prevalencia de malnutrición varía mucho en función de los criterios diagnósticos utilizados y del medio donde se han efectuado los estudios.

1. Ancianos en la comunidad

Aproximadamente un 25% de la población anciana no institucionalizada tiene un aporte calórico insuficiente e inversamente proporcional al grado de actividad física. El porcentaje es mayor en ancianos con dependencia funcional y con comorbilidad. En la población anciana ambulatoria la prevalencia de malnutrición varía del 1 al 15%, si bien puede ascender al 40% en aquellos ancianos que permanecen en la comunidad, pero al mismo tiempo padecen enfermedades crónicas e incapacidad funcional severa. La prevalencia de déficits vitamínicos y minerales es muy variable pero, sobre todo, es frecuente en sujetos con baja ingesta energética. En ancianos sanos ambulatorios se han detectado déficit de vitaminas A, D, E, B1, B6, B12 y ácido fólico. Es de destacar que la deficiencia de vitamina D alcanza hasta un 87% en ancianos institucionalizados y un 72% en los que de forma ambulatoria acuden a una clínica de caídas.

2. Ancianos hospitalizados

La prevalencia de malnutrición en ancianos ingresados en un hospital varía desde un 10 - 40% en el momento del ingreso al 30 - 65% durante la hospitalización. El 75% de los pacientes que ingresan con buen estado nutricional desarrollan importantes deficiencias nutricionales durante el ingreso.

En estudios hospitalarios nacionales que han utilizado la escala de detección de malnutrición, *Mini Nutritional Assessment* (MNA), la prevalencia alcanza un 68% si se contabilizan los pacientes desnutridos y los que presentan riesgo de malnutrición. Esta situación guarda relación con la duración del ingreso hospitalario. Un 50% de los mismos tenían un índice de masa corporal (IMC) > 25, lo que indica que el sobrepeso no excluye el riesgo de malnutrición por déficit.

3. Ancianos en centros residenciales y unidades de larga estancia

En general, se estima que la prevalencia de malnutrición en las residencias de ancianos se sitúa entre un 25 - 60%. El 40% requieren ayuda para comer y el 30% consumen menos de 0.8 gramos de proteínas /kg/día. La pérdida de peso es un factor que predice la mortalidad en los ancianos institucionalizados.

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

B. Factores de riesgo de malnutrición

Los profesionales que atienden a los ancianos deben estar alerta ante la presencia de factores de riesgo de malnutrición para hacer un diagnóstico y tratamiento precoz. La identificación precoz de los factores de riesgo puede evitar la malnutrición y sus consecuencias. La malnutrición se asocia con un mayor riesgo de enfermar, con la necesidad de institucionalización u hospitalización, la prolongación de la estancia media, el deterioro de la capacidad funcional y una mayor mortalidad. Al mismo tiempo la pérdida de autonomía para las actividades de la vida diaria es un factor de riesgo de malnutrición.

Tabla I. Factores de riesgo de malnutrición en función de la ubicación y del grado de dependencia del anciano.

Ancianos independientes que viven en la comunidad

- Pobreza
- Nivel cultural bajo
- Soledad
- Depresión
- Mal estado de la boca
- Alcoholismo
- Pérdida de apetito
- Prácticas dietéticas erróneas

Ancianos dependientes que viven en la comunidad

- Deterioro cognitivo y/o funcional
- Aislamiento
- Enfermedades agudas
- Agudización de enfermedades crónicas
- Depresión
- Dificultades de acceso a la comida
- Falta de cuidadores

Ancianos institucionalizados

- Incapacidad física o psíquica grave
- Enfermedades crónicas
- Polifarmacia
- Agudización de procesos crónicos
- Úlceras por presión

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Los factores de riesgo pueden variar en función de la ubicación del anciano y/o de su situación funcional (Tabla I). También con la edad avanzada disminuye la ingesta energética media y con ello la de la mayoría de los nutrientes. Esto es debido a una disminución de los requerimientos calóricos por un menor gasto metabólico basal, resultado de los cambios en la composición corporal (aumento de la masa grasa y disminución de la masa magra, de la densidad ósea y del agua corporal total) y sobre todo por una disminución de la actividad física. Sin embargo, no existe ninguna evidencia de que un anciano sano, con buen grado de actividad física, deba alterar su dieta con respecto a aquella que seguía cuando era más joven. Con un buen nivel de actividad física los requerimientos nutricionales son muy similares a los del adulto, excepto un discreto aumento en los requerimientos de proteínas, junto a una atención especial a la ingesta de calcio, vitamina D, ácido fólico, vitamina B12, y agua por el mayor riesgo de deshidratación.

La menor ingesta energética implica el riesgo de no poder aportar la cantidad de micronutrientes necesaria para satisfacer los requerimientos diarios. En aquellos ancianos cuya alimentación sea deficitaria o se encuentre en situación de riesgo de malnutrición, debe sugerirse la administración de complementos de vitaminas y minerales que cubran las cantidades diarias recomendadas.

El aporte de suplementos de calcio y vitamina D frena la pérdida de masa ósea y disminuye la frecuencia de fracturas de cadera. Se aconseja su administración de forma sistemática, salvo contraindicación, en la población anciana institucionalizada con poca exposición al sol.

C. Diagnóstico de malnutrición en el anciano

En los últimos años ha aumentado el interés por la nutrición ante la evidencia de una mayor morbilidad y mortalidad en los pacientes con malnutrición y un mejor pronóstico con una intervención nutricional adecuada. Con la intervención precoz sobre los factores de riesgo detectados podemos prevenir la malnutrición (Tabla II). Por este motivo es importante que todos los profesionales implicados en la atención a los ancianos sean capaces de detectar y tratar los problemas relacionados con la nutrición. Sin embargo, todavía hay programas de valoración geriátrica que no incluyen la valoración nutricional.

Para hacer el diagnóstico de malnutrición en el anciano debemos realizar una valoración geriátrica (clínica, funcional, mental y social) que incluirá la valoración de

3 . ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

estado nutricional: historia clínica, encuesta dietética, exploración clínica, valores antropométricos y bioquímicos.

Tabla II. Prevención de los déficits nutricionales.

- Educación nutricional: detectar los malos hábitos alimentarios, corregir falsas creencias sobre la menor necesidad de comer en los ancianos o sobre lo perjudicial de algunos alimentos.
- Mantener la boca limpia y revisar periódicamente la dentadura.
- Valorar la posibilidad de acceso a la compra de alimentos o la dificultad para la preparación de la comida. Si es necesario recurrir a sistemas de soporte domiciliario, implicando servicios sociales, vecinos o voluntariado.
- Evitar la indicación de regímenes restrictivos, si no son estrictamente necesarios.
- Vigilar situaciones de especial riesgo nutricional como, por ejemplo, el alta de un hospital o las enfermedades intercurrentes.
- Debe asegurarse una ingesta suficiente de líquidos. En casos de trastornos de deglución debe valorarse la utilización de gelatinas o de dietas adaptadas. Puede considerarse el uso de espesantes.
- Revisar la polifarmacia disminuyendo los medicamentos anorexígenos y analizando las posibles interacciones y/o incompatibilidades entre la medicación y algunos alimentos.
- Diagnóstico y tratamiento de la depresión.
- Estimular la realización de ejercicio físico continuado.

1. Historia clínica

En la historia clínica evaluaremos los factores de riesgo que pueden influir en el estado nutricional del anciano (Tabla I). En ocasiones, esto es suficiente para diagnosticar la(s) causa(s) de un cuadro de anorexia o pérdida de peso, detrás del cual puede haber depresión, alcoholismo, etc. De esta forma, mediante una valoración global del paciente, podemos evitar la realización de numerosas y costosas exploraciones complementarias. Con frecuencia los ancianos son estudiados exhaustivamente en busca de neoplasias que expliquen cuadros de anorexia y pérdida de peso, cuando la pérdida de peso puede estar ocasionada por uno o varios de los factores de riesgo enumerados en la Tabla I.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

También hay que realizar una buena encuesta dietética, ya que la ingesta inadecuada es el primer estadio de la depleción nutricional, al que seguirán las alteraciones bioquímicas y las manifestaciones clínicas.

2. Exploración clínica

Se debe realizar una exploración clínica completa y además prestar atención a determinados signos de sospecha de malnutrición: deterioro funcional, adelgazamiento, fragilidad capilar, glositis, aumento de tamaño de las glándulas parótidas, pigmentación cutánea, estriación transversal en uñas, caída de cabello, hepatomegalia y edemas entre otros.

3. Medidas antropométricas

Las medidas antropométricas son signos tardíos de malnutrición y no identifican la malnutrición inicial. Además, los valores antropométricos se modifican con el envejecimiento más que cualquier otro índice nutricional. Así, a partir de la edad adulta hay una disminución progresiva de la talla, que es especialmente marcada a partir de los 60 años (más de 1 cm por década).

También el peso se modifica a lo largo de la vida aumentando hasta los 40-50 años para estabilizarse hasta más o menos los 70 años. A partir de esta edad es frecuente una disminución progresiva del peso conforme continúa avanzando la edad. No obstante, el seguimiento del peso y el índice de masa corporal son buenos indicadores del estado nutricional:

1. Peso. La pérdida significativa de peso a lo largo del tiempo es un buen indicador de malnutrición. La pérdida involuntaria de peso superior o igual a un 5% en 1 mes ó a un 10% en 6 meses es indicativa de malnutrición con independencia del peso actual y es subsidiaria de ampliar el estudio.

2. Índice de masa corporal. Debido, en gran parte, a la pérdida de talla que se produce con la edad, en los ancianos se considera normal un IMC de 22 a 27 kg/m², incluso algunos autores consideran la normalidad de 24 a 29 kg/m². Aquellos ancianos que mantienen un IMC en este rango presentan una menor mortalidad cardiovascular y total.

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

4. Parámetros bioquímicos

Determinadas pruebas de laboratorio pueden ofrecernos información sobre el estado nutricional. Además suelen ser los primeros en alterarse, antes que los parámetros antropométricos y antes de que aparezcan signos clínicos de desnutrición.

Las determinaciones más utilizadas son los niveles séricos de albúmina, transferrina, prealbúmina o proteína transportadora de retinol cuya disminución debemos considerar como un indicador del estado de salud además de un indicador de la proteína visceral. La albúmina es el marcador más utilizado en la práctica clínica. Una albúmina por debajo de 3.5 g/dl se considera señal de malnutrición leve; menor de 3.0 g/dl, moderada, y menor de 2.5 g/dl, severa. La albúmina es un factor pronóstico de morbilidad y mortalidad en los ancianos.

5. Escalas de valoración nutricional

Algunos autores han desarrollado cuestionarios o escalas para la detección sistemática del posible riesgo de malnutrición, ya que la valoración nutricional convencional requiere un personal cualificado y determinaciones de laboratorio, lo cual conlleva un alto coste, en comparación con los cuestionarios, que son sencillos, rápidos y no requieren determinaciones analíticas.

Actualmente, entre la multitud de escalas de valoración nutricional disponibles, el *Mini Nutritional Assessment* constituye el test con mayor sensibilidad y especificidad, pudiendo adaptarse a cualquier entorno del anciano. También se ha desarrollado una versión reducida del MNA de 6 preguntas que se utiliza como cribaje (Tabla III). El objetivo del MNA es evaluar el riesgo de malnutrición para realizar una intervención en las fases iniciales de la misma.

En resumen, para la detección precoz de la malnutrición en la población anciana deberíamos realizar como mínimo un seguimiento periódico del peso e IMC. También podemos utilizar la versión reducida del MNA como método de cribado y si la puntuación obtenida es menor de 12, entonces utilizar el MNA completo como método de valoración nutricional.

Es muy importante reconocer a los pacientes en riesgo de malnutrición y/o aquellos diagnosticados de malnutrición para que puedan recibir el tratamiento más apropiado lo más precozmente posible. Cuando con la intervención precoz sobre los

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

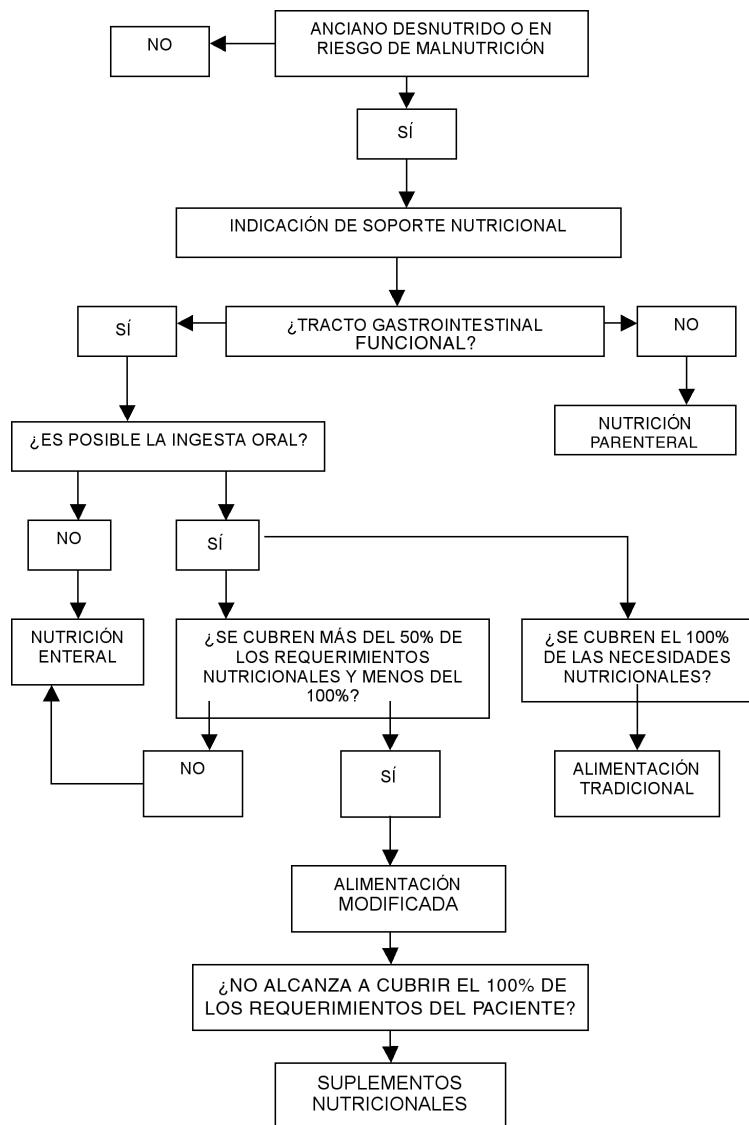
factores de riesgo no hemos podido prevenir la malnutrición podemos establecer actuaciones terapéuticas para tratarla. De hecho, la intervención nutricional ha demostrado una mejora de la calidad de vida y de los parámetros nutricionales.

Tabla III. Mini Nutritional Assessment (MNA). Evaluación del estado nutricional.

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

D. Intervención nutricional de los ancianos

Una vez diagnosticada la malnutrición la intervención nutricional debe realizarse de manera individual, en función del estado nutricional, de la pluripatología y de la capacidad funcional del anciano. El objetivo es proporcionar todos los nutrientes necesarios y en las cantidades adecuadas para mantener un buen estado de nutrición.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Para conseguirlo podemos utilizar: la alimentación oral tradicional, la alimentación modificada, los suplementos, la nutrición enteral o la nutrición parenteral (Figura 1):

1. Alimentación oral tradicional

La población anciana es un conjunto muy heterogéneo de individuos para los que resulta difícil hacer unas recomendaciones dietéticas en general. La intervención inicial consistirá en dar consejos dietéticos para conseguir una dieta variada y equilibrada que asegure el aporte de todos los nutrientes.

Como no hay un alimento completo, para conseguir una alimentación variada y equilibrada deben estar presentes en la dieta diaria alimentos de los diferentes grupos: cereales, frutas, verduras, hortalizas, lácteos, carnes, pescados, huevos, legumbres, frutos secos, aceites y grasas en las proporciones adecuadas. En función de los conocimientos científicos actuales, estas recomendaciones basadas en los alimentos se recogen de un modo gráfico en la "Pirámide de la alimentación saludable adaptada a las necesidades de las personas mayores", reflejada en la Figura 2.

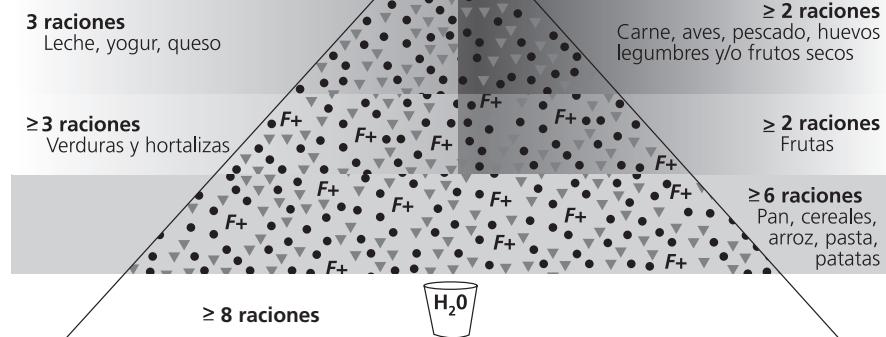
Pirámide de la dieta saludable para personas > 70 años

- No tabaco
- Ejercicio: 30-60' / día

Consumo limitado de:
grasas, aceites y dulces

Suplementos
Ca, Vit. D, Vit. B12 (Folato)

- Peso adecuado (IMC: 24-29)



H2O: Agua, infusiones, zumos, caldos...

- F+ ícono que identifica los alimentos ricos en fibra
 • ícono que identifica los alimentos ricos en azúcar
 ▼ ícono que identifica los alimentos ricos en grasas

1 ración: cantidad de alimentos que se consume normalmente

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

En este esquema se propone una dieta básica universal para ancianos, que debe servir como marco alimentario normal para todas las personas de edad avanzada que no requieran una modificación estricta en su dieta. Las dietas terapéuticas se estructurarán a partir de la dieta básica, siguiendo un perfil parecido al de las prescripciones señaladas para la población adulta.

Este enfoque de hacer recomendaciones nutricionales basadas en los distintos grupos de alimentos está bien y es relativamente sencillo, pero a la población anciana le resulta difícil la adherencia a las recomendaciones cuantitativas y además este enfoque no considera el contexto cultural, los aspectos sociales, económicos, ambientales y el modo de vida relacionado con la alimentación.

Para tener en cuenta todos estos aspectos, el mejor enfoque consiste en hacer las recomendaciones nutricionales basadas en la alimentación. Es evidente que hay una gran variedad de culturas de la alimentación (atlántica, asiática,...) que pueden favorecer un envejecimiento saludable, libre de incapacidad. En nuestro medio la alimentación tradicional se ajusta a la cultura alimentaria mediterránea, conocida como "dieta mediterránea", que podemos definir como el conjunto de hábitos alimentarios que han seguido tradicionalmente los habitantes de las regiones mediterráneas, aunque con algunas variaciones entre las distintas regiones:

- Utilización de gran variedad de productos frescos, locales y de temporada.
- Técnicas culinarias que permiten la elaboración de apetitosas recetas: paella, potaje, canelones, gazpacho, etc., que contienen una gran variedad de ingredientes de nuestra tradición alimentaria; que además de buena para la salud proporciona placer.
- Actitud más relajada con respecto a la comida.
- Mayor presencia de sol.
- Mayor actividad física, compatible con la sobremesa y la siesta.

Las características fundamentales de esta cultura de la alimentación, de la dieta mediterránea en cuanto al consumo de alimentos aparecen recogidas en la Tabla IV. También podemos representarlo de forma gráfica en la llamada "Pirámide de la Dieta Mediterránea" (Figura 3).



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

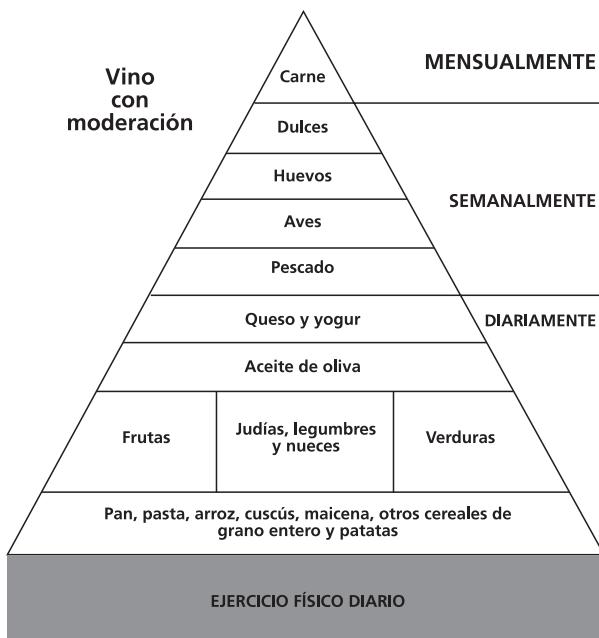
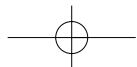


Tabla IV: La dieta mediterránea se caracteriza por el consumo de:

- Aceite de oliva, rico en grasas monoinsaturadas, como principal grasa culinaria
- Abundancia de alimentos de origen vegetal: frutas, verduras, cereales, legumbres, frutos secos
- Alimentos de producción local, frescos y estacionales y poco procesados
- Fruta fresca diariamente como postre y ocasionalmente dulces que contienen azúcares refinados o miel
- Productos lácteos diariamente, en cantidad moderada
- Pescado y aves de corral en cantidad moderada
- Un máximo de cuatro huevos a la semana
- Vino en cantidades pequeñas o moderadas con la comidas
- Pocas carnes rojas y azúcares
- Escasa cantidad de grasas sólidas: mantequilla y margarina, ricas en grasas saturadas
- Utilización frecuente de especias, hierbas aromáticas y otros condimentos (perejil, laurel, orégano, romero, tomillo, limón, ajo, cebolla, pimiento, tomate)



3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

La adherencia a la dieta mediterránea tradicional disminuye la morbilidad y la mortalidad cardiovascular y por ciertos tipos de cáncer, por lo que es importante mantener y transmitir esta herencia cultural. Parece que estos beneficios se deben a un efecto sinérgico de la dieta mediterránea en su conjunto, más que a los efectos protectores de cualquiera de sus componentes. Cada componente o grupo de alimentos de la dieta mediterránea, tomado individualmente, no proporciona una protección tan significativa como la combinación de todos los ingredientes de la dieta, probablemente por una acción sinérgica del conjunto: ácidos grasos monoinsaturados, ácidos grasos poliinsaturados omega-3, fibra, betacarotenos, vitaminas C, D, calcio, antioxidantes. También la dieta atlántica (Galicia, Portugal, etc.) es igual de saludable e incluso más variada, con un elevado consumo de productos del mar, frutas, verduras y cereales.

Como estamos exponiendo, las recomendaciones basadas en la alimentación van más allá de los nutrientes y de los distintos grupos de alimentos e incluyen: variedad de alimentos, la forma de producir (agricultura) y procesar (industria) los alimentos y las técnicas culinarias. Este enfoque fomenta el mantenimiento de los platos y técnicas culinarias tradicionales saludables, incorporando platos tradicionales saludables de otras culturas. Son recomendaciones prácticas y sencillas que facilitan el mantenimiento de la dieta a largo plazo y el aporte de todos los nutrientes y no nutrientes. Estas recomendaciones basadas en la alimentación junto al resto de los pilares básicos para un envejecimiento saludable los podemos recoger de modo gráfico en un diábolo (Figura 4).



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Los ancianos deben transmitir a los hijos, nietos y a la comunidad todo cuanto sea posible sobre la cultura alimentaria propia, los conocimientos sobre salud y las habilidades afines (por ejemplo, sobre producción, elección, preparación y almacenamiento de los alimentos). Esto es compatible con la llegada a los mercados españoles de productos nuevos, sobre todo frutas tropicales, y con la degustación de recetas de otras latitudes, también saludables: guacamole, cuscús, etc.

La elaboración de las recomendaciones nutricionales basadas en la alimentación, específica de cada cultura, que tengan en cuenta los mejores datos científicos disponibles, es preferible al fomento de cambios en los patrones de consumo de alimentos sobre la base de estudios de los componentes individuales de los alimentos y el desenlace de enfermedades particulares que en la mayoría de los casos solo benefician a las empresas.

Por todo lo expuesto, siempre que sea posible debemos recurrir a la alimentación tradicional, incluso con modificaciones (fraccionar la ración, cambiar la textura de los alimentos, aumentar el contenido energético y proteico de la dieta sin aumentar el volumen...). Además es la alimentación que induce más satisfacción para el individuo y tiene las mejores cualidades organolépticas. Debemos frenar la tendencia de la sociedad actual a la llamada "comida rápida", al consumo excesivo de alimentos precocinados, enlatados y/o congelados, ricos en ácidos grasos trans. Las grasa trans aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Se recomienda que su ingesta sea inferior al 1% de la energía total y evitar las producidas industrialmente (margarinas, bollería, empanados, etc.) que aparecen en las etiquetas de composición del producto como "aceite vegetal parcialmente hidrogenado". Una alternativa es demandar comida rápida saludable.

Aún siguiendo estas recomendaciones, en la población anciana existen múltiples factores que pueden dificultar una alimentación adecuada y suficiente, como la presencia de anorexia, la dificultad para masticar por falta de dentadura, disfagia, enfermedades gastrointestinales, y por supuesto la dificultad para conseguir alimentos y prepararlos por encontrarse en situación de dependencia. Para ellos podemos utilizar la alimentación modificada.

2. Alimentación modificada

La alimentación modificada es aquella alimentación adaptada a diferentes condiciones clínicas, permitiendo así, además de nutrir, conservar el placer de comer y facilitar su preparación en personas que tienen dificultades para hacerlo (Tabla V).

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Tabla V. Alimentación modificada.

- | |
|---|
| Dietas trituradas de alto valor nutricional |
| • Dietas mecánicamente blandas a base de productos comerciales con una composición conocida de energía, macro y micronutrientes |
| Enriquecedores de la dieta |
| • Módulos de proteínas, grasas o carbohidratos |
| Modificadores de textura |
| • Espesantes y gelatinas |
| Otras alternativas nutricionales |
| • Leche sin lactosa, alimentos sin gluten, etc. |

La alimentación modificada tiene su aplicación en individuos con problemas de masticación, dificultad para la deglución de líquidos y/o sólidos, y en general cuando queremos asegurar suficiencia nutricional, en ancianos que se pueden beneficiar de algún tipo de enriquecimiento de su alimentación.

En determinadas circunstancias patológicas no es posible utilizar alimentos de consumo habitual (alimentación oral tradicional) ni en su forma natural, ni adecuadamente preparados o manipulados (alimentación modificada) y no se pueden cubrir el 100% de las necesidades nutricionales. En esos casos se pueden utilizar: los suplementos, la nutrición enteral o incluso la nutrición parenteral.

3. Suplementos

De acuerdo con la DSHEA (Dietary Supplement Health and Education Act) los suplementos nutricionales son productos destinados a suplementar la dieta para mejorar la salud y se pueden agrupar en tres tipos: Suplementos nutricionales con fórmulas completas, suplementos nutricionales de fórmulas no completas y suplementos vitamínicos y minerales.

Para la guía de Práctica Clínica de Nutrición Domiciliaria del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, "los suplementos o complementos son

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

aquellos productos que se utilizan en el tratamiento de situaciones metabólicas especiales, diseñados para complementar los alimentos de consumo ordinario que son insuficientes para cubrir las necesidades de un paciente. Son fórmulas no necesariamente completas, ni necesariamente equilibradas, por lo que no deben constituir una fuente exclusiva de alimentación".

Los suplementos nutricionales constituyen una modalidad de nutrición que no requiere el empleo de sondas de alimentación y que se administra por vía oral. Procederemos a la suplementación cuando con las medidas expuestas en los apartados anteriores (alimentación oral tradicional y/o alimentación modificada) no se cubren los requerimientos nutricionales. La aceptación y el cumplimiento en el uso de suplementos son mayores cuando la elección del tipo (consistencia y variedad de sabores) y la pauta de administración (tiempo y duración) se realizan, siempre que sea posible, de acuerdo con el paciente.

La indicación correcta de los suplementos nutricionales ha demostrado múltiples ventajas: disminución de la estancia hospitalaria, aumento de la recuperación funcional durante la rehabilitación de patologías como la fractura de cadera, disminución de las úlceras por presión y de las infecciones.

4. Nutrición enteral

La nutrición enteral consiste en la administración, bien a través de una sonda bien por vía oral, de dietas líquidas completas o modificadas, alimentos transformados, preparaciones de nutrientes intactos o predigeridos y suplementos dietéticos. Los avances técnicos permiten que este tipo de nutrición sea una opción viable tanto como terapia exclusiva, como suplemento de la alimentación oral o como aporte mixto, asociada a la nutrición parenteral.

La nutrición enteral debe instaurarse en todos los enfermos, malnutridos o no, que durante un tiempo prolongado no puedan o no quieran alimentarse con una dieta normal que cubra sus necesidades, teniendo suficiente capacidad digestiva. De manera general, podemos considerar candidatos a nutrición enteral aquellos ancianos con tubo digestivo funcionante, pero cuya ingesta oral es insuficiente para cubrir sus necesidades, entendiendo por insuficiente cuando no se alcanza el 50% de los requerimientos nutricionales diarios, aproximadamente 1.000 kcal/día y 30 gramos de proteínas.

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

5. Nutrición parenteral

La nutrición parenteral consiste en la administración de nutrientes por vía intravenosa. Puede ser parcial cuando el aporte intravenoso suplementa el aporte enteral, o total cuando la totalidad de las necesidades nutritivas se aportan por esta vía. Está indicada cuando el tubo digestivo no puede ser utilizado por un tiempo superior a 5-7 días. No es correcto excluir a un anciano de este tipo de tratamiento sólo por criterio de edad.

E. Ética y nutrición: ¿Hasta cuándo nutrir?

Los factores éticos deben considerarse de manera especial en la selección del tratamiento nutricional en el anciano, sobre todo en los casos de demencias avanzadas o pacientes con enfermedades en situación terminal. No obstante, hasta ahora no se ha podido establecer un consenso médico, una clara normativa legal o al menos unas directrices éticas universalmente aceptadas.

Referencias:

1. Amarautos E, Martínez A, Dwyer J. Nutrition and quality of life in older adults. *J Gerontol* 2001; 56: 54-64.
2. Arbonés G, Carvajal A, Gonzalo B, González M. Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo "Salud Pública" de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutr Hosp.* 2002; 17 (5): 109-137.
3. Casimiro C, García de Lorenzo A, Usan L. Evaluación del riesgo nutricional en pacientes ancianos ambulatorios. *Nutr Hosp.* 2001; 16: 97-103.
4. Dawson-Hughes B, Harris SS, Krall EA, Dallal GE. Effect of calcium and vitamin D supplementation on bone density in men and women 65 years of age or older. *N Engl J Med* 1997; 337: 670-6.
5. Domini LM, De Felice MR, Tagliaccica A, De Bernardini L, Cannella C. Nutritional status and evolution of pressure sores in geriatric patients. *J Nutr Health Aging* 2005; 9 (6): 446-54.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

6. Hu FB. The mediterranean diet and mortality-olive oil and beyond: N Engl J Med 2003; 348: 2595-6.
7. Knoops K, De Groot L, Kromhout D, Perrin A, Moreiras O, Menotti A, Van Staveren WA. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women. The HALE Project. JAMA 2004; 292: 1433-1439.
8. Milne AC, Avenell A and Potter J. Meta-analysis: protein and energy supplementation in older people. Ann Intern Med 2006; 144: 37-48.
9. Moreiras O, Cuadrado C, Beltrán B. Estudio SENECA: conclusiones en relación con las recomendaciones y pautas dietéticas. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37 (Suppl): 2-8.
10. Noel M, Reddy M. Nutrition and aging. Prim Care 2005; 32 (3): 659-69.
11. Ramón JM, Subira C y Grupo Español de Investigación en Gerontología. Prevalencia de malnutrición en población anciana española. Med Clin 2001; 117: 766-70.
12. Robles F. Nutrición, obesidad y sedentarismo. En: Rodríguez Artalejo y Rodríguez Mañas L (eds). El anciano con factores de riesgo cardiovascular. Madrid. Sociedad Española de Medicina Geriátrica; 2003: 159-197.
13. Ruipérez I. ¿Se nutren bien las personas mayores? Med Clin 2003; 120 (5): 175-6.
14. Trichopoulou A, Costacou T, Bania C, Trichopoulos D. Adherence to a mediterranean diet and survival in a Greek population. N Engl J Med 2003; 348: 2599-608.
15. White HK. Nutrition in advance Alzheimer's disease. NC Med J 2005; 66:307-312.

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

3.6 Envejecimiento saludable desde la perspectiva comunitaria (experiencia del área 1 de Madrid)

Juan Luis Ruiz-Jiménez

Médico y miembro de la Comisión Sociosanitaria del programa del Mayor Distrito Puente de Vallecas

Introducción

Vamos a tratar sobre la experiencia de una intervención comunitaria que estamos viviendo desde hace varios años en el Área 1 del Servicio Madrileño de la Salud (SERMAS) y que puede aportar ideas sobre como abordar, entre todos los protagonistas, el reto del "envejecimiento".

Contexto

Analizamos el periodo comprendido entre 1988 al 2006.

Territorio

Área 1 del mapa de Zonificación de Madrid que comprende un amplio territorio ubicado en el Sureste de la Comunidad de Madrid. Consta de cinco distritos urbanos del Municipio de Madrid, Puente y Villa de Vallecas, Retiro, Vicálvaro y Moratalaz, y las zonas rurales de Campo Real, Villarejo de Salvanés, Arganda y Rivas Vaciamadrid.

Tiene una superficie de 1142 km², la segunda en extensión de la CM, que supone el 14% del total siendo la segunda en dispersión de la zona rural. En la actualidad dividida en 29 zonas básicas de salud y 4 Distritos Sanitarios.

Población

A 31/12/2003 la población del Área 1 era de 691.278 con 333.404 hombres (48,08%) y 357.874 mujeres (51,92%) con la siguiente pirámide:

0-14 años:	99.283 - 14,3 %
14-64 años:	475.054 - 68,8 %
65-74 años:	68.536 - 9,9 %
> 65 años:	48.200 - 7 %

Representa el 12,43 % del total de la población de la CAM, la segunda en cuanto al número de habitantes.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

En 2006 hemos alcanzado la cifra de 729.101 En los últimos 10 años hemos crecido en un 29%.

Lo más relevante sobre la evolución y tendencia en los últimos años es el incremento poblacional, la incorporación de la inmigración (alrededor del 15% del total) que enlentece el envejecimiento progresivo existente y aumenta las tasas de la natalidad y fecundidad. La distribución de los mismos es heterogénea en los diversos distritos sanitarios.

Es una población con niveles socioculturales y económicos medio-bajos.

Recursos

Existe una red amplia de servicios públicos en los sectores sanitarios, sociales asistenciales, educativos y culturales que en los últimos años han vivido trasformaciones importantes.

También existen otros recursos comunitarios como puedan ser las ONG, grupos de Ayuda Mutua, asociaciones y movimientos sociales diversos que actúan con el sector de los mayores.

Movimiento social demandante, reivindicativo y participativo con amplia experiencia en procesos comunitarios.

Necesidades y demandas

Estado de salud deficiente con altas tasas de morbilidad y peor percepción de su salud en los sectores sociales más vulnerables y en especial en la población mayor.

Desigualdad en salud con respecto a otros territorios de la CAM.

Envejecimiento de la población con severa co-morbilidad que provoca alta dependencia funcional. Soledad de los mayores de 75 años en porcentajes muy altos.

Alta frequentación y demanda de servicios públicos.

Puesta en marcha de una reorientación del sistema sanitario para adecuarlo a la Estrategia de Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Reforma del sistema sanitario español de finales de los 80 con la nueva Ley de Sanidad de 1986 y la trasformación del nivel de Atención Primaria.

Reformas en los Sistemas sociales.

Estrategia planteada

Se parte de la consideración de la salud como derecho humano básico definida desde una concepción amplia, como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y social así como afrontar de forma activa los retos del ambiente. Constituye un recurso para la vida y el bienestar de las personas, necesario para el disfrute y el desarrollo social.

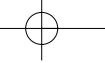
El marco de referencia teórico en la que nos hemos ubicado es el establecido en la Estrategia de Promoción de la Salud de la OMS, cuyos hitos históricos se sitúan en el último tercio del siglo XX pero que siguen vigentes en este siglo.

En la conferencia de ALMA ATA (1978) se definió la estrategia de PS, y dentro de ella, se consideró que la APS es "la clave para alcanzar en todo el mundo un nivel aceptable de salud que forme parte del desarrollo social y se inspire en un espíritu de justicia".

En la Carta de Ottawa (Canadá 1986) ya se establecía que "La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medioambiente".

Se propusieron cinco grandes líneas de acción en su implementación:

- Elaboración y desarrollo de políticas intersectoriales públicas saludables.
- Creación de entornos que contribuyan a la salud.
- Refuerzo de la acción comunitaria.
- Desarrollo de habilidades y actitudes personales.
- Reorientación de los servicios de la salud.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

En la 51^a Asamblea Mundial de la Salud de la OMS celebrada en mayo de 1998, se acordó la "Política de Salud para Todos para el siglo XXI" en la que se establece como permanente objetivo principal el conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud.

Plantea para ello dos metas principales:

- Promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida.
- Reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones, y del sufrimiento que originan.

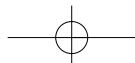
Tres valores básicos constituyen los cimientos éticos de Salud21:

- La salud como derecho fundamental de los seres humanos.
- La equidad en materia de salud, y la solidaridad de acción entre todos los países, dentro de ellos y entre sus habitantes.
- La participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, instituciones y comunidades en el desarrollo continuo de la salud.

Para su consecución se han formulado cuatro estrategias principales:

- Estrategias multisectoriales frente a los determinantes de salud.
- Programas e inversiones dirigidos a los resultados sanitarios, y encaminados al desarrollo de la salud y de la atención sanitaria.
- Atención primaria orientada a la comunidad y a la familia, con un carácter integrado, con la asistencia de un sistema hospitalario flexible y con capacidad de respuesta.
- Proceso de desarrollo comunitario de carácter participativo, que implique a los agentes relevantes en materia de salud, en el hogar, centros educativos, en el trabajo, así como en el ámbito comunitario y nacional, que promueva tanto la toma de decisiones como la aplicación y la responsabilidad conjunta.

Existe evidencia científica suficiente para afirmar que tal estrategia contribuye al mejoramiento de la salud y la prevención de enfermedades tanto en países desarrollados como en los en vías de desarrollo.



3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

La promoción de la salud se describe como un proceso, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de la persona para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud.

Líneas de intervención comunitaria llevadas a cabo

Antes de nada señalar que los protagonistas del proceso comunitario en el que estamos inmersos son los siguientes:

1. Administraciones públicas: intervienen las municipales, autonómicas y su momento las estatales de los sectores social, sanitario y educativo.
2. Profesionales y técnicos de los recursos del territorio, en especial, sanitario y social.
3. Ciudadanía. Tanto a nivel individual como en el ámbito grupal y comunitario con gran diversidad de grupos.

Cada uno ha tenido distinto nivel de compromiso y participación en los diferentes instrumentos utilizados y en las distintas etapas que el proceso ha vivido o está viviendo.

Medidas políticas y técnicas

Señalamos las que consideramos más relevantes para abordar el envejecimiento:

- Ley de Sanidad de 1986 y su desarrollo. Extensión del modelo de atención primaria y mejoras en la atención a la salud.
- Coordinación y acciones intersectoriales entre los sectores implicados en la problemática del mayor. Constitución de la Comisiones Sociosanitarias para la atención a los mayores con alto riesgo social.
- Mejoras en los Servicios Sociales Asistenciales con mayor dotación de recursos.
- El Plan Gerontológico que ha ido evolucionando a la reciente Ley de Dependencia que está tramitándose en la Cortes.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Acción comunitaria en salud

- Apoyo a las asociaciones vecinales, sociales y grupos de Ayuda Mutua. Contactos, reuniones, grupos de trabajo y realización de tareas comunes. En especial señalar el trabajo realizado con grupo de mujeres, asociación de viudas y colectivos de mayores.
- Reforzar el contexto comunitario en salud mediante la creación de red social y colaboración con las iniciativas comunitarias.
- Colaboración con la Coordinadora de Sanidad de Vallecas.
- Plataforma en Defensa y mejora de la sanidad pública. En ella participan un amplio colectivo de unos 40 movimientos, de asociaciones vecinales, grupos sociales, políticos y sindicales, trabajadores sanitarios, representantes de consejos de salud del Área 1, medios de comunicación, grupos de mayores. Su función es la típica abogacía de la salud por el sistema sanitario público y por la mejora de la salud.
- Voluntariado. Se ha llevado a cabo una experiencia de potenciar el voluntariado desde los Centros de Salud de Puente de Vallecas para diversas labores de acompañamiento y apoyo a personas mayores dependientes.

Entorno saludable

- Información mediante folletos, carteles, charlas en lugares comunitarios sobre temas de salud, servicios sanitarios y problemas de los mayores.
- Medios de comunicación social. Artículos en periódicos y revistas. Intervenciones en radio y TV locales.
- Vivienda-salud Investigación- acción- participación. Vivir en San Diego. Realizado desde CS de Vicente Soldevilla y movimientos sociales. Las influencias del hábitat urbano en las condiciones de salud de sus pobladores. Denuncia y motivación hacia cambios.
- Programa de Medicina y salud dentro del programa de Mayores "Participa con nosotros" de Radio Vallecas dirigido por Francisco González Lázaro. Desde 1996 hasta este año se llevó a cabo este programa con participación de diversos profesionales y con claro contenido información y de sensibilización sobre la problemática del mayor y la salud. Ese programa ha aportado información muy amplia de temas muy diversos que tiene que ver con los mayores, además de una voz crítica y valiente con contenidos reivindicativos y un lugar de debate y reflexión.

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Desarrollo de habilidades personales y sociales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1983 la educación para la salud (en adelante EpS) como cualquier combinación de actividades informativas y educativas que llevan a una situación en la que la gente desee vivir sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantenerse en salud y busque ayuda cuando la necesite. La considera como "Una estrategia fundamental para lograr las metas de salud. El propósito es contribuir a construir la capacidad de las personas para que participen activamente en definir sus necesidades y negociar e implantar sus propuestas para el logro de metas de salud. Como fin, el objetivo consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destreza necesarias para la promoción y protección, de su salud individual, la de su familia y la de su comunidad".

Los objetivos de la EpS son los siguientes:

- Promover la reflexión y el análisis sobre todos los factores medio-ambientales, políticos, socioculturales, físicos y psíquicos que intervienen en los comportamientos de las personas.
- Desarrollar o reforzar comportamientos saludables. Involucrar a las personas para hacer elecciones acertadas en sus estilos de vida.
- Prevenir enfermedades y conductas de riesgo.
- Proporcionar recursos y habilidades básicas para el autocuidado, la competencia personal y social, para resolver sus problemas de salud, generar comportamientos saludables y cambios sociales.
- Introducir aspectos individuales como la autoestima, para hacer un aprendizaje saludable, o el trabajo con la comunidad.

La EpS ha obtenido buenos resultados en promoción y prevención de salud y se configura como una de las principales estrategias para conseguir el autocuidado de las personas y la competencia personal y social. La EpS mediante el aprendizaje significativo permite que la persona aprenda desde sus vivencias, conocimientos previos, y observando la realidad desarrolla sus capacidades, la reinterpreta pudiendo tomar una actitud transformadora.

Asimismo se señala a la atención primaria de la salud (en adelante APS) como un espacio privilegiado de la educación sanitaria, y por ello se asignan a los

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

profesionales socio sanitarios roles, funciones y tareas que incluyen la EpS como instrumento, tanto de la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, como de su cura y rehabilitación.

El modelo de educación para la salud priorizado dentro de los diferentes en juego en el mundo de la salud pública ha sido el que propicie el desarrollo de habilidades personales y sociales para efectuar cambios en las condiciones que permitan alcanzar mejores niveles de salud y de autonomía. Este modelo convive con otros modelos como el educativo y el preventivo.

Características esenciales de este modelo:

- Enseñar a pensar y a aprender a aprender. Que el sujeto piense y ese pensar le lleve a transformar su realidad.
- Aprendizaje significativo: desde la experiencia de los participes, teniendo en cuenta sus creencias, actitudes, valores, habilidades.
- Aborda contenidos de conocimiento, actitudes y habilidades.
- Dinámica grupal como instrumento facilitador para el aprendizaje.
- Uso de técnicas pedagógicas diversas.
- Comunicación bidireccional.
- Evaluación cuanti-cualitativa.

Las topologías utilizadas con la población mayor han sido las siguientes:

- Eps individual. Información y consejo de vida saludable en las consultas de los profesionales de los equipos del área.
- Eps con grupos para abordar diversos temas como algunas patologías crónicas como diabetes, hipertensión arterial, poliartrrosis, etapas vulnerables como mujeres y cuidadoras y estilos de vida en especial el ejercicio, relajación y alimentación saludable.
- Eps comunitaria para la dinamización social. Escuelas Comunitarias de Promoción de la Salud para trabajar con los Agentes de Salud Comunitaria. Este proyecto convertido en programa de intervención ha sido toda una

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

experiencia rica y novedosa llevado a cabo en el Área en el que participan los tres protagonistas que hicimos referencia al principio. En el se han desarrollado las siguientes actividades:

- Elaboración de una Guía Educativa de Promoción de la Salud para trabajar con agentes de salud comunitaria. Tiene una metodología pedagógica con materiales didácticos que ayudan a los profesionales y pedagogos para desarrollar actividades de Eps con distintos grupos de población.
- Realización de Talleres de Eps comunitarias en lugares comunitarios que llamamos Escuelas Comunitarias de PS. En total se han realizado más de 20 talleres a los que han asistido alrededor de 500 personas con un alto grado de satisfacción por el taller y con resultados positivos en potenciar la acción comunitaria y la participación.
- Formación del personal sanitario para llevar a cabo esta actividad.

Reorientación de los servicios sanitarios

En primer lugar señalar que en ese periodo se hizo un importante esfuerzo para trasformar el modelo antiguo de cupo por el de Equipo de Atención Primaria con un enfoque de atención más integral y promotor de la salud. Si bien se ha tardado bastantes años en llegar a la cobertura de casi el 100% al final se ha conseguido. Se construyeron muchos centros de salud con espacios para el encuentro comunitario, se formaron los equipos multidisciplinares a los que se les incorporó trabajadores sociales y fisioterapeutas y a todos se les dio formación y método. En todo el proceso hubo importantes aportaciones por parte del movimiento ciudadano como de los profesionales y de los gestores aunque la intensidad y voluntad de cambio ha variado a lo largo del tiempo. Existe en la actualidad una situación de crisis por la no adecuación de los recursos al aumento poblacional y nuevas demandas y necesidades.

En segundo lugar señalamos como una aportación importante la incorporación en la cartera de servicios de los Centros de Salud del Área 1, los servicios de atención al mayor, actividades preventivas y de promoción, atención domiciliaria al inmovilizado y al enfermo terminal y la educación con grupos.

En este paquete señalar como muy específico para la población mayor dependiente el "*Programa sociosanitario de atención al mayor de riesgo*" que ha supuesto un avance y mejora significativa, aunque todavía insuficiente, de la atención

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

al mayor y sus cuidadores. En este programa se incluyen aspectos claves como la valoración integral del mayor, la captación de los de mayor riesgo, la atención y seguimiento de sus necesidades y demandas, el cuidado al cuidador, la educación para la salud y la coordinación intersectorial a través de una serie de instrumentos como las Comisiones Sociosanitarias de Distrito y Área.

Recientemente se ha realizado una evaluación profunda del programa dentro del Plan 18000 en la que han salido aspectos importantes de mejora que confiamos que se pongan en marcha. Los más importantes son:

- Apoyo y actualización del programa.
- Reforzar el protagonismo del nivel primario en ambos sectores.
- Mejora en la dotación de recursos sanitarios y sociales para ampliar coberturas en la atención integral, domiciliaria y promover la continuidad y la coordinación intersectorial.
- Incrementar el enfoque promotor de la salud.
- Fortalecer la relación de apoyo y ayuda simétrica entre profesional y población.
- Incrementar la coordinación inter e intrasectorial. Potenciar las CSS de distrito y reconstituir la del Área.
- Homologar criterios, escalas de valoración y sistemas de información.
- Propiciar mayor participación de ONG, grupos de ayuda mutua y voluntariado.

También señalar como algo novedoso y valioso la línea de la coordinación intersectorial con salud pública, sectores sociales y educativos y también grupos comunitarios para distintos aspectos y abordaje de problemas del área.

Por último en este Área, se pusieron en funcionamiento y todavía funcionan 12 consejos de salud como órganos de participación comunitaria en el control, evaluación y asesoramiento de los servicios sanitarios. De acuerdo a la normativa de la CAM son órganos de consulta e información y lugares de encuentro entre el sector población y el de los servicios. Si bien hay críticas importantes sobre la razón de ser, funcionamiento y utilidad de los mismos siguen siendo órganos que a nuestro entender realizan una función de abogacía y acción política sobre los temas de los servicios.

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Conclusiones

- 1) Existe evidencia científica suficiente para afirmar que esta estrategia contribuye al mejoramiento de la salud, la prevención de enfermedades, la autonomía y la participación comunitaria.
- 2) El proceso, a pesar de sus ciclos e incertidumbres, está siendo enriquecedor por su diversidad, creatividad, amplitud y variedad de participantes y su capacidad promotora de cambios.
- 3) Se ha conseguido fortalecer el contexto comunitario en salud con una red tupida y amplia de nudos interrelacionados que asume un compromiso de abogacía por la salud en nuestro territorio y que es clave para el desarrollo de la estrategia de promoción de salud.
- 4) La reorientación de los servicios sanitarios del nivel primario (APS) hacia un enfoque más promotor de la salud mediante mejoras estructurales y una política activa de formación en Eps ha permitido dotar a este escenario de una red de profesionales básicamente capacitados y sensibilizados en la promoción de la salud.
- 5) Una promoción de la salud eficaz conduce a cambios en los determinantes de la salud. La Eps es un instrumento necesario dentro de la estrategia de PS que incluya el resto de las dimensiones. Las acciones que apoyan a las personas para que adopten y mantengan estilos de vida saludables, y que crean condiciones de vida (entornos) que apoyan la salud, constituyen elementos clave de una promoción de la salud eficaz.
- 6) Ha supuesto un esfuerzo y dedicación importante de recursos, en especial de los humanos, de los niveles técnicos y sociales, profesionales de las instituciones y líderes sociales de las organizaciones sociales. El nivel político y gestor ha ido más a remolque y ha mostrado más resistencias.
- 7) Existe escaso desarrollo y formación en la metodología apropiada de intervención comunitaria, coordinación intersectorial y participación que las facilite y optimice.
- 8) La participación comunitaria con capacidad para tomar decisiones o influir en ellas ha quedado muy limitada por las líneas políticas.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

- 9) La responsabilidad de la estrategia se debe compartir entre el nivel político, el técnico y el social, si bien a mayor poder y capacidad de tomar decisiones, mayor compromiso y exigencia en el proceso. Desgraciadamente las tres instancias no han ido armónicas ni han tenido los mismos objetivos explícitos o implícitos en los distintos momentos del periodo.
- 10) En la promoción de la salud del siglo XXI son necesarias nuevas respuestas, y se ha de estar firmemente comprometido con la responsabilidad social, conscientes de los nuevos determinantes, cambios, nuevos valores y amenazas de la salud. El desafío para los años venideros estará en reorientar los servicios sanitarios y también en abrir el potencial inherente en muchos sectores de la sociedad dado que sin su participación es imposible afrontar los principales problemas actuales de salud y en conocer los condicionantes que la EpS tiene planteados.

Referencias

- Castell, E: Grupos de formación y Educación para la salud (Aprender a cambiar) PPU Barcelona 1988.
- FADSP: Promoción de la Salud. ¿Sueño o alternativa? Colección Sanidad Pública. Ed Fadsp Madrid. 1992.
- Freire, P.: La educación como práctica de la libertad. Ed. Siglo XXI. Buenos Aires, 1973.
- Hawe, P, Degeling, D y Hall, J: Evaluación en promoción de la salud. Guía para trabajadores de la salud. Ed. Masson. Barcelona, 1993.
- Insalud : Recomendaciones metodológicas básicas para elaborar un proyecto educativo. Madrid 1999.
- IUHPE: La evidencia de la eficacia de la promoción de salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Dos libros. Edita Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid. 2000.
- Insalud: Estrategia de promoción de salud en el área 1 del Insalud de Madrid. Edita Insalud. Área 1 Atención Primaria. 2000

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

- Ministerio Sanidad y Consumo: Ley General de Sanidad. Ed Centro Publicaciones. Madrid 1995.
- OMS: Promoción de la salud: documento informativo sobre conceptos y principios. Copenhague; OMS, 1984
Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986.
Salud 21, Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999
- PACAP: Documento sobre Recomendaciones: ¿Cómo iniciar un proceso de intervención comunitaria y participación desde un centro de salud?. Barcelona. 2004
Revista Comunidad. Nº 7 2004. Experiencia de las Escuelas Comunitarias de Promoción de la Salud del Área 1.
- Perez, MJ y Echauri, M: Instrumentos de Promoción de Salud. Dimensión Humana 1998; 5 (vol.2): 35-44.
Estilos de vida. Promoción de Salud. Acciones Colectivas y Comunitarias. Edita Gobierno de Navarra, 2001.
- Tones, BK: Educación sanitaria e ideología de promoción de salud: Revisión de enfoques alternativos. 2º Seminario de Educación para la salud, 1986.
- Turabian, JL: Apuntes esquemas y ejemplos de Participación Comunitaria en la salud. Ed Diaz de Santos. Madrid 1992.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

3.7. Aspectos preventivos de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a personas en situación de dependencia.

Luis Antonio Gil Romero

Jefe del Servicio de Seguimiento del Plan Gerontológico
Instituto Nacional de Mayores y Servicios Sociales

Introducción

El 5 de octubre se votó, en el Pleno del Congreso y de forma rotunda (más del 95% de los diputados) el dictamen de la Comisión del Congreso, que modificaba ligeramente el Proyecto aprobado por el Gobierno el 21 de abril, mejorando y reforzando la orientación del texto hacia la Promoción de la Autonomía.

La ley, en trámite parlamentario, además de constituir un derecho básico, crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, el cual tiene por finalidad el garantizar las condiciones y el contenido, en materia de protección, a que se refiere la ley.

Queda así configurado un **derecho subjetivo de ciudadanía**, fundamentado en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, y por tanto garantizado por el Estado, el cual, en función de sus competencias, deberá regular las condiciones que garanticen la igualdad de todos los españoles (Art. 149.1.Constitución Española).

El Sistema ha sido diseñado con escrupuloso respeto al texto constitucional, al modelo de Estado que define y a la distribución de competencias entre las diferentes Administraciones Públicas, de forma que, en su financiación y gestión, colaboren todas ellas, pero con pleno respeto de las competencias asumidas en desarrollo del artículo 148.1.20 de la Constitución, compatibilizándolas y armonizándolas.

La Prevención en la Ley

La prevención está recogida en la Ley de tres formas distintas; como principio inspirador (Art. 3), como servicios específicos del Sistema (Art.15), el primero en formar parte del Catálogo de Servicios, y de manera más o menos explícita en otros servicios, como característica inherente a los mismos, como son:

- La teleasistencia (implícitamente)
- La ayuda a domicilio, en menor medida (implícitamente)
- Los Centros de Día (explícitamente)

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Como servicio específico, la ley:

- Le define por su finalidad, "prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas".
- Indica quién lo debe realizar, "mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud". Nuevamente surge ese viejo anhelo, la Coordinación Socio-Sanitaria, revolución pendiente entre los dos sistemas.
- Establece de qué manera:
 - Actuaciones de promoción de condiciones de vida saludable.
 - Programas específicos de carácter preventivo y rehabilitador.
- A quién se dirige:
 - A personas mayores
 - A personas con discapacidad
 - A afectados de procesos de hospitalización compleja

Y por último, instituye los **Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia**, lo que sin duda ninguna es la gran aportación del sistema en este campo.

Encargando al Consejo Territorial, acordar criterios, recomendaciones y condiciones que deberán cumplir los Planes.

Y a las CCAA la elaboración de los Planes.

La Prevención como Servicios Sociosanitarios

En este contexto de la prevención como claro servicio sociosanitario, deberán tenerse muy en cuenta.

- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y concretamente su Art. 11 donde se definen las prestaciones de salud pública y se indican sus actuaciones, entre las que se encuentran:



3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

- c) La promoción de la salud
- d) La prevención de las enfermedades y de las deficiencias, así como otros concurrentes en la finalidad preventiva de la actuación.
- El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de la Salud y el procedimiento para su actualización, en cuyo apartado 3.1. "Prevención y promoción de la salud" establece actividades tanto de educación, información y asesoramiento, como de vacunación o intervención a nivel individual, familiar o comunitario.

Los Planes de Prevención de las situaciones de Dependencia

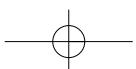
Como hemos visto, la prevención en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAP) se operativizará realmente mediante estos planes que elaborarán las Comunidades Autónomas.

¿Por qué las CCAA?, pues sencillamente, porque tanto la gestión de los Servicios Sociales, como de los Sanitarios, son competencia de aquéllas, y por tanto quién los puede coordinar de forma eficaz.

En función de ellos cada Comunidad Autónoma, a partir de este documento, implantará en mayor o menor medida aquellos sistemas y servicios que sean consensuados como los de mayor eficacia e impacto.

Estos planes, cuyos contenidos se han estudiado y analizado por el grupo de trabajo creado al efecto en el seno del IMSERSO para aplicación de la Ley, deberán estar integrados al menos por los siguientes elementos:

Contenidos de los planes de prevención	
1.-	Objeto
2.-	Alcance
3.-	Objetivos
4.-	Beneficiarios
5.-	Actuaciones y programas
6.-	Evaluación de los resultados





CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

1. Objeto

Incluirá la conceptualización del modelo preventivo y los principios en que se sustenta.

Si concebimos la discapacidad, y la dependencia que ésta pueda conllevar como un proceso fluido y cambiante, dependiente tanto de las limitaciones funcionales, como de los apoyos disponibles en el entorno, una forma de reducir las limitaciones consiste en proveer servicios y apoyos dirigidos a la promoción de la autonomía personal del sujeto.

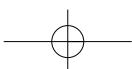
La prevención, en un sentido amplio, es el conjunto de medidas que contribuyan a reducir las limitaciones físicas o mentales y mejorar la calidad de vida de un sector de la sociedad, el de las personas que se hallen en situación de dependencia.

2. Alcance

Indicando los niveles de actuación, su amplitud e intensidad y las administraciones o entidades que intervienen en su ejecución.

La prevención se efectúa en tres niveles:

- Prevención primaria: esta dirigida a evitar la aparición de una enfermedad o una deficiencia o a disminuir la prevalencia de la misma. Son actuaciones encaminadas a la protección de la salud, orientadas a promover el bienestar de la población, dirigidos, por ejemplo, a evitar la accidentabilidad laboral o vial, o a fomentar las prácticas y hábitos saludables.
- Prevención secundaria: es la que se basa en la detección precoz de las enfermedades, trastornos o situaciones de riesgo. Se instrumenta a través de programas especiales dirigidos a colectivos identificados en situación de riesgo, como los niños prematuros, los embarazos de riesgo, la detección precoz de enfermedades o deficiencias, etc.
- Prevención terciaria: actúa una vez que existe la enfermedad o la deficiencia para evitar la discapacidad, disminuir sus efectos y/o evitar discapacidades añadidas, secundarias al déficit principal.





3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

La realización de un plan de prevención que actúe en estos tres niveles requiere ineludiblemente de la participación de los departamentos responsables de salud, educación, trabajo y servicios sociales, cuando menos.

3. Objetivos

El plan de Prevención de las Situaciones de Dependencia debe tener por objetivo general, disminuir la prevalencia e incidencia de deficiencias y discapacidades, que puedan dar lugar a situaciones de dependencia.

En un doble nivel de objetivos más específico, estaría:

- Prevenir la ocurrencia de la deficiencia
- Prevenir muchos de los impactos negativos que la deficiencia puede conllevar

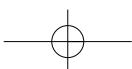
Dado que la prevención de la ocurrencia es prioritariamente competencia de Sanidad y la prevención de las situaciones de dependencia es un objetivo central de Servicios Sociales, la Coordinación Sociosanitaria resulta ineludible para la eficacia de este modelo.

4. Beneficiarios

Las personas llevan a cabo su desarrollo en sucesivas etapas que se podrían agrupar en tres procesos vitales singulares bien diferentes.

- A) Procesos de adquisición de habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas, sociales...
- B) Procesos de meseta, en los que las personas ejercitan sus capacidades y aportan a la sociedad el rendimiento de su trabajo.
- C) Procesos de envejecimiento, en los que las personas van paulatinamente perdiendo recursos.

El perfil de las personas que se hallan en situación de dependencia y sus necesidades, en cada una de estas etapas y según la enfermedad o deficiencia de que se trate, es plural y, en consecuencia, un plan de prevención debe dirigirse a objetivos diversos y contemplar medidas especializadas.





CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Dada la amplitud del concepto de prevención y la multiplicidad de posibles situaciones de dependencia, describimos algunos grupos generales que serían usuarios preferentes del plan de prevención, sin perjuicio de que éstos sean ampliados por las CC.AA. que, consecuentemente, deberán implementar las medidas concretas de:

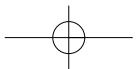
- A) Los menores que, como consecuencia de padecer una discapacidad grave, no puedan incorporarse a los servicios generales educativos y sociales existentes en su Comunidad y requieran dedicación continua de su familia, de manera que sea preciso interrumpir la actividad habitual de la persona que asuma el cuidado del niño.
- B) Adultos, con discapacidad grave, que dé lugar a uno de los niveles de dependencia recogidos en el Proyecto de Ley.
- C) Personas mayores, que se hallen en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos en el Proyecto de Ley.
- D) Personas que se hallen afectadas por procesos de hospitalización complejos.

5. Actuaciones y programas

Los planes de prevención deben posibilitar: la financiación de servicios o prestaciones, el establecimiento de convenios de colaboración, la realización de campañas informativas y, en general, la adopción de medidas encaminadas a la prevención de enfermedades o deficiencias que den lugar a situaciones de dependencia.

Estas acciones deben referirse a:

- Atención a mujeres embarazadas, con especial consideración de los embarazos de riesgo.
- Detección, diagnóstico y tratamiento precoz de niños con deficiencias o discapacidades que den lugar a situaciones de dependencia.
- Tratamiento de rehabilitación para personas con:
 - Déficit funcional recuperable.
 - Enfermedades crónicas o procesos degenerativos.





3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

- Realización de campañas de prevención de accidentes infantiles, de tráfico y laborales.
- Promoción de proyectos de investigación científicos y tecnológicos, que contribuyan a reducir la prevalencia de deficiencias y discapacidades o a reducir el impacto negativo de las mismas.
- Promoción de adaptaciones técnicas, que faciliten el desempeño de la actividad habitual de la persona en situación de dependencia, y eviten o ralenticen el deterioro funcional de sus capacidades.
- Detección, diagnóstico y tratamiento de factores de riesgo, que puedan dar lugar a enfermedades o deficiencias de mayor prevalencia.
- Programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.
- Otras actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad

6. Evaluación de los resultados

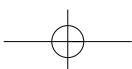
Toda planificación debe ser evaluada en el tiempo, analizando sus posibilidades de mejora y obrando consecuentemente en ulteriores planificaciones, lo que da una vigencia temporal a estos planes y unas posibilidades ilimitadas de mejora.

7. Conclusiones

Para que cualquier plan de prevención sea eficaz, resulta imprescindible implementar un sistema de información que garantice el acceso de los ciudadanos a los recursos sociales disponibles en la situación y en el momento preciso.

La prevención solo es eficaz si es oportuna

Para que este sistema de información sea eficaz se deberá cuidar la formación continuada de los responsables de facilitar dicha información, sea personal o a través de medios electrónicos.

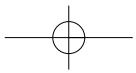
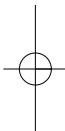
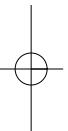




CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Igualmente se deberá implantar definitivamente, una franca Colaboración Socio-Sanitaria, entre cuyos sistemas se establezca una ágil y fluida comunicación entre los servicios sanitarios y sociales, con adecuados procesos, que agilicen la derivación a los servicios pertinentes o el disfrute de las posibles prestaciones.

La prevención solo es eficaz si es coordinada



3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

3.8 Accidentalidad y dependencia, el mayor como peatón y conductor.

Rosa García Durán

Subinspectora de Policía Municipal
Dirección General de Seguridad
Ayuntamiento de Madrid

Introducción

En los últimos años se ha producido un incremento sostenido de la población mayor de 65 años, que corresponde con un aumento del número de peatones, viajeros y conductores con esa edad. En el futuro éste aumento será aún más significativo.

Según las estadísticas las personas mayores constituyen uno de los grupos de riesgo de mayor accidentalidad con relación al tráfico.

La movilidad forma parte de la calidad de vida y funcionalidad de las personas mayores, por lo que la intervención mediante campañas de prevención y concienciación vial resulta necesaria, para disminuir las incidencias de circulación sufridas por ésta población en nuestra ciudad.

Con esta finalidad, el *Cuerpo de Policía Municipal de Madrid* en colaboración con la *Concejalía de Empleo y Servicios Sociales* viene desarrollando diferentes y continuas campañas de prevención y concienciación vial para personas mayores, así como, hacer un llamamiento a este colectivo para tomar conciencia de sus propias limitaciones e informar y elaborar normas de conductas o estrategias seguras y responsables, encaminadas a incrementar la seguridad vial y reducir el riesgo de sufrir un accidente de tráfico.

Tipología de los accidentes de tráfico característicos de las personas mayores

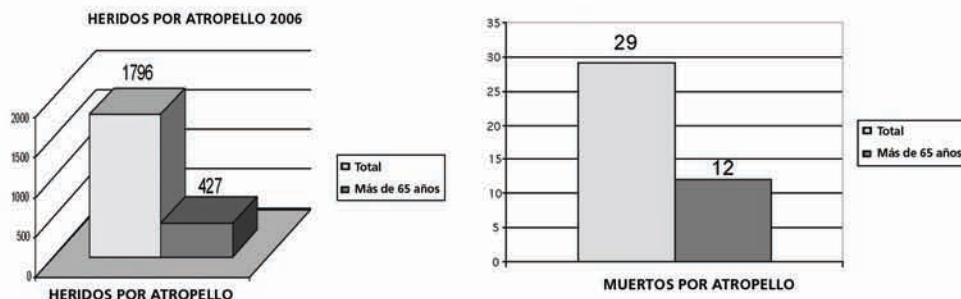
Atropello

Es el accidente ocurrido entre un vehículo y un peatón que ocupa la calzada o que transite por aceras, refugios, paseos o zonas de la vía pública no destinada a la circulación de vehículos.

En Madrid, en el año 2006 resultaron heridas por atropello 1.796 personas de las que 427 tenían más de 65 años, es decir, un 23,7% del total.

CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Mientras que el número de fallecidos por la misma causa, en el mismo año fue de 29 personas, de las que 12 tenían más de 65 años (41,1%)



Entre las **causas principales** que conllevan a producirse el atropello, en las que están implicadas las personas mayores, se encuentran las siguientes:

- Irrumpir las calles por zonas no señalizadas y de forma inesperada.
- Cruzar con la fase para peatones en rojo.
- Invadir la calzada entre los coches aparcados o en doble fila.

Como **estrategias y propuestas** para mejorar la movilidad de las personas mayores están:

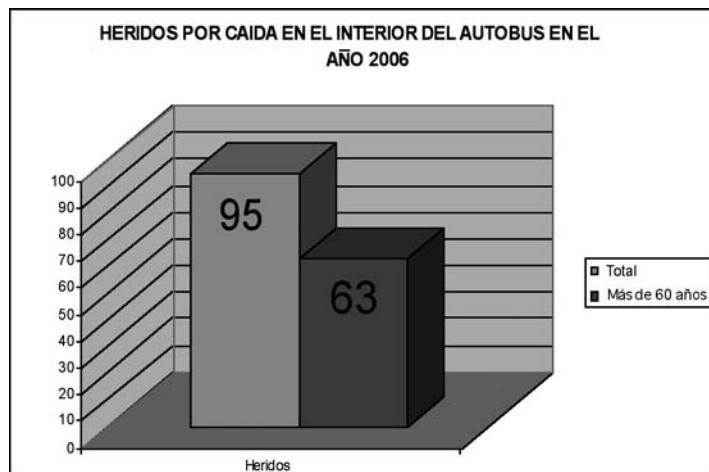
- Buscar un lugar de cruce señalizado, a ser posible con señal luminosa (semáforo)
- Prestar atención antes de iniciar el cruce, mirando a un lado y otro, comprobando siempre la posible presencia de vehículos.
- No forzar el paso.

Caídas de viajeros en el interior del autobús

Accidente sufrido por uno o más pasajeros en el interior de un autobús, como consecuencia de frenazo o movimientos bruscos imputables al conductor, circunstancias de la vía o a otros vehículos.

En Madrid en el año 2006, el número de personas que resultaron heridas de diversa consideración por caídas en el interior del autobús fue de 95, de las que 63 eran mayores de 65 años, es decir, un 66% del total.

3. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS



Entre las **causas que motivan la accidentalidad** en el interior del bus se encuentran:

- Bajarse de la acera e ir al encuentro del autobús.
- Cruzar la calle por delante o detrás del bus cuando está detenido.
- Desplazarse y no agarrarse correctamente en el interior del autobús.

Conductas y estrategias encaminadas a una segura utilización del autobús:

- Permanecer sobre la acera.
- Viajar sentado o agarrado con firmeza y no desplazarse cuando está en marcha.
- No apresurarse al subir o bajar del bus, si es necesario alertar al conductor
- Hacer uso del cinturón de seguridad en trayectos fuera de ciudad.

Características físicas de las personas mayores

Con el transcurso del tiempo, las personas vemos disminuidas nuestras capacidades físicas. Si además, hablamos de personas mayores, las limitaciones sensorio-motoras resultan más palpables, siendo un condicionante a tener en cuenta si tratamos de seguridad vial.

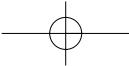
CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Las alteraciones o cambios afectan básicamente a la vista, oído y a la psicomotricidad. Éstas limitaciones no deberían de ser un obstáculo para disfrutar de una movilidad segura en sus desplazamientos y contribuir a una mayor calidad de vida, si se toma conciencia y se elaboran estrategias encaminadas a una mayor seguridad vial, potenciando recursos como la experiencia adquirida a través de los años.

En consonancia con lo anteriormente expuesto, es importante advertir a nuestros mayores en sus diferentes roles en relación con su movilidad; conductores, peatones y pasajeros de vehículos, de que cualquier síntoma que muestren o evidencien al inicio de tratamientos con fármacos o medicamentos que habitualmente ingieren pueden producir efectos perjudiciales en relación con su seguridad vial. De ahí, la importancia que adquieran los profesionales sanitarios en la labor de aconsejar e informar a ésta población sobre la materia en cuestión.

El mayor como modelo para los jóvenes

"Los niños y jóvenes, prestan atención al comportamiento de los mayores, con el convencimiento de que ello es lo correcto".



4. RECURSOS MUNICIPALES PARA MAYORES. DESDE LA DEPENDENCIA A LA PREVENCION

Florencio Martín Tejedor

Director General de Mayores
Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales
Ayuntamiento de Madrid

I. Madrid y sus mayores

¿Quiénes y cuántos son los mayores a los que debemos atender?

Me gustaría comentar algún aspecto socio-demográfico que facilitará la comprensión de lo que a continuación les expondré:

Los mayores de 65 años alcanzan la cifra de 600.691 personas, lo que significa el 18,74% del total. Comparados con los mayores de la Comunidad de Madrid (14,5%) y con España (16,9%), observaremos un diferencial de 4 y 2 puntos respectivamente de más mayores en la ciudad de Madrid.

La distribución interna de la población mayor no es, además, homogénea. De los 21 distritos de la capital los hay muy envejecidos -con casi el 23% de su población que rebasa los 65 años: Chamberí - y menos envejecidos - con sólo un 11% de personas de más de 65 años: Barajas -.

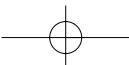
El sobreenvejecimiento es otro rasgo característico a tener en cuenta cuando hablamos de nuestros mayores, de su salud y también de las tasas de dependencia existentes en nuestra ciudad.

Los mayores de 80 años suman 162.830 personas, más del 5% de la población madrileña. Representan el 27% de la población madrileña de más de 65 años.

¿Cómo viven?

En Madrid, los mayores de 65 años viven:

- Solos 131.011 (22%)
- Con otros: 469.680 (78%)



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

II. La dependencia en Madrid

¿Cuáles son a grandes rasgos los niveles de dependencia que encontramos en nuestra ciudad a día de hoy?

Si tomamos como referencia los datos del Libro Blanco extrapolados a la ciudad de Madrid, o la encuesta de salud de la ciudad de Madrid 2004-2005, sabemos que en Madrid hay 66.800 mayores de 65 años que se encuentran afectados por algún grado de dependencia.

2005				2010
GRADO DE DEPENDENCIA	65-79 años	80 y + años (54,82 %)	TOTALES	TOTALES
3. Gran dependencia	3.820 (28,95%)	9.375 (71,05%)	13.195	14,88 % Δs/ 2005 (1963 +) = 15.158
2. Dependencia severa	8.894 (37,69%)	14.705 (62,31%)	23.599	13,42 % Δs/ 2005 (3167 +) = 26.766
1. Dependencia moderada	17.452 (58,20%)	12.531 (41,80%)	29.983	7,60 % Δs/ 2005 (2278 +) = 32.261
TOTALES (100 %)	30.166	36.611	66.777	11,09 % Δs/ 2005 (7408 +) = 74.185

Más de la mitad de los mayores dependientes lo son por causas psíquicas, los llamados dementes (síndrome AFASO-APRAXO-AGNÓSICO).

4. RECURSOS MUNICIPALES PARA MAYORES.

DESDE LA DEPENDENCIA A LA PREVENCION

De acuerdo con los criterios habitualmente aplicados en este tipo de estudios sobre prevalencia de demencia en la población (*), para Madrid arroja las siguientes cifras:

- Con menos de 65 años habría	800 (0,05%) personas dementes
- Entre 65 y 69 años	1.600 (1%) "
- Entre 70 y 74 años	3.600 (2,3%) "
- Entre 75 y 79 años	5.500 (4,4%) "
- Entre 80 y 84 años	9.500 (11,5%) "
- De 85 y más años	17.000 (25%) "
TOTAL.....	38.000

III. Recursos municipales desde la dependencia a la salud

Qué hacemos por estos mayores dependientes:

- Recursos.
- Programas

IV. Claves de la actuación municipal a favor de la prevención de la dependencia

Volviendo a nuestros mayores

Cómo son

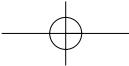
Son más y más diferentes que en ningún otro momento anterior de la historia, del conjunto de la población. Son más heterogéneos, más diversos entre sí, más poliedricos podríamos decir, en la medida en que nos muestran abundantes caras de distinto significado. Y aún es posible imaginarnos que en el futuro esta diversidad como grupo social se acentuará.

Como proceso, el envejecimiento se inicia en el instante mismo en que nacemos. Envejecer es connatural a nuestro existir.

Cómo se les ve, su envejecimiento

Pero también el proceso de envejecimiento, con su deterioro anatómico y funcional inherente al paso de los años, tiene que ver con el modo de vida, con la actitud vital y con el contexto donde se vive.

(*) Asumiendo los datos de un estudio de revisión realizado por Félix Bermejo desde el estudio NEDICES (Neurological Disorders in Central Spain) y datos de la literatura inglesa para los menores de 65 años (Harvey 2003). NEDICES es un estudio multicéntrico que se ha realizado en Getafe, Madrid, zonas de Salamanca y Arévalo (Ávila), con una muestra de más de 5.000 mayores de 65 años.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Culturalmente, por tanto, ser mayor o anciano es un concepto elástico, que se define según los tiempos y las circunstancias en que nos encontramos y tiene que ver con las condiciones personales y colectivas, tanto objetivas como subjetivas.

Hoy día distingo 3 corrientes culturales para referirse a los mayores:

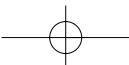
En primer lugar, debo señalar una corriente cultural que ve en toda persona mayor a una persona dependiente, y a toda persona dependiente como persona pasiva, inactiva e insatisfecha. Esto es falso.

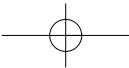
En segundo lugar encontramos una corriente ocultadora de los mayores y en especial de los mayores dependientes. Quiero señalar con ello que nos ocultamos frecuentemente que los mayores son personas con sentimientos y deseos, que sufren, se alegran, se enamoran, se irritan, gozan con nuevos proyectos, se ilusionan con ganar dinero y les molesta que no se les tenga en cuenta. Los mayores tienen aspiraciones, disfrutan con la sexualidad, con un viaje, una buena comida, un paisaje bello, y les apetece tomar una cerveza bien fría un día caluroso. Se disgustan si llegan tarde y se ponen contentos con los regalos que reciben. Les gusta bailar y estar un rato con sus amigos.

En tercer lugar existe la creencia de que la persona mayor no puede ni quiere cambiar su situación. Que no quiere aprender y, finalmente, que no merece la pena hacer esfuerzos por cambiar el curso de los acontecimientos, cuando de quien se trata es de una persona mayor.

Podemos decir que la edad efectiva de una persona viene dada por la interrelación de su edad cronológica (suma de años), la biológica o funcional (cambios anatómicos /bioquímicos), la psíquica (madurez y equilibrio activo) y la social (status y rol social que desempeña).

Con excesiva frecuencia se asocian los términos envejecimiento, discapacidad y dependencia, como si estas (dependencia y discapacidad) acompañaran siempre a aquella (la edad). Esto es falso. La inmensa mayoría de las personas mayores (más del 70%) no sufren discapacidad alguna. Más del 85% son independientes para llevar una vida normal hasta edades muy avanzadas.





4. RECURSOS MUNICIPALES PARA MAYORES.

DESDE LA DEPENDENCIA A LA PREVENCION

La dependencia es evitable

Ya hemos apuntado que la dependencia es evitable.

La conocida hipótesis de la compresión de la morbilidad consiste en afirmar que la reducción de las enfermedades es superior a la reducción de la mortalidad. La gente se sigue muriendo, pero hemos logrado reducir las dolencias con que vive a los últimos días de su vida.

No sólo vivimos más, sino que vivimos más años libres de discapacidad. Y de aquí una consecuencia lógica: las discapacidades - la dependencia - se acumularán en el último tramo vital.

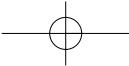
Más importante que la propia esperanza de vida al nacer es la idea de esperanza de vida activa o libre de discapacidad.

El envejecimiento saludable está ligado a múltiples variables: biológicas, psicológicas y sociales. Los aspectos funcionales del organismo; los cognitivos y emocionales; la capacidad de relación; el nivel de participación social y familiar gratificantes; la estabilidad económica; la ausencia de dolencias; la sensación de seguridad; la capacidad de adaptación al presente y de previsión del futuro; las expectativas vitales;... son variables esenciales en la predicción de un envejecimiento saludable.

Al dar el salto de la esperanza de vida en general al de esperanza de vida activa o saludable entra en juego un factor de excepcional importancia que es la actitud individual frente al hecho de vivir. Hoy, 9 de cada 10 personas mayores tienen una vida autónoma e independiente.

Y aún si damos un paso más y completamos el anterior de vida activa deberíamos hablar de vida satisfactoria entrando de lleno en el campo de las emociones, los sentimientos, la autopercepción, la autoestima... en definitiva la salud psíquica y la felicidad.

Insisto, en nuestra cultura, todavía hoy, se asocia frecuentemente vejez con enfermedad; vejez y discapacidad; vejez con dependencia, con inutilidad y con soledad. Estos binomios son los que, entre otras cosas, hemos venido a defender que se separen, que se disocien, para que la sociedad pueda comenzar a reconocer el verdadero potencial que las personas mayores como colectivo albergan en todos y cada uno de los pueblos y ciudades de nuestro país.



CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

V. Qué podemos hacer a favor de la autonomía personal

La autonomía personal se conserva, se desarrolla o se recupera sólo si hay compromiso de cada uno. Requiere una actitud activa.

Los agentes externos a uno mismo, la familia, los amigos, los servicios públicos debemos facilitar oportunidades de vida activa. La Ley de la Dependencia apenas se refiere a la prevención primaria. La Ley se refiere más a una prevención secundaria y terciaria. Pero nosotros hemos de preguntarnos por aquellas medidas que pueden contribuir a mantener la salud, a conservar la independencia y a prevenir la discapacidad en los mayores.

Estas medidas - desde la óptica de una administración pública como es el Ayuntamiento de Madrid - podemos agruparlas en:

Educativas:

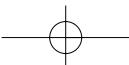
Aquellas que pretenden tomar conciencia o actualizar conocimientos acerca de aspectos que previenen riesgos. Aquellas que incrementan conocimientos prácticos o por el hecho mismo de aprender.

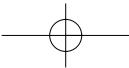
- Cursos sobre seguridad vial.
- Cursos sobre nutrición / alimentación sana.
- Universidad para mayores.
- Prevención de riesgos domésticos.
- Difusión de actividades culturales, musicales, artísticas, literarias, ...
- Cursos sobre informática, cocina...,
- Etc.

Facilitadoras del ejercicio físico:

Aquellas que proporcionan y estimulan la actividad física haciéndola atractiva, destacando los efectos positivos de la misma y su capacidad preventiva. (Las mejorías producidas por un ejercicio físico programado se obtienen hasta una edad media de 87 años. Rando, 72 a 98 años):

- Baile.
- Ejercicio físico al aire libre.
- Ejercicio programado en polideportivo.
- Natación.





4. RECURSOS MUNICIPALES PARA MAYORES.

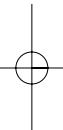
DESDE LA DEPENDENCIA A LA PREVENCION

- Paseos culturales, medio-ambientales, históricos, museísticos,... donde se conjugan el ejercicio físico y la cultura o el conocimiento.
- Excursiones al campo.
- Juegos tradicionales que requieren actividad, movimiento,... generalmente en grupo.
- Taichí,...Etc.

Ocio participativo:

Aquellas actividades programadas que permiten ocupar un tiempo libre con enriquecimiento y reposo personal, a la vez que facilitan la relación, el encuentro, el aprendizaje, la implicación en objetivos y tareas colectivas:

- Talleres de pintura, macramé, papiroflexia, marquetería, dibujo,...
- Coros y danzas.
- Grupo teatral
- Grupo musical
- Juegos de mesa
- Concursos, debates, excursiones... Etc.

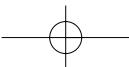


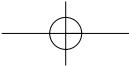
Hábitos de vida:

Aquellas medidas que buscan mantener hábitos saludables o cambiar los que no lo son y que de forma clara contribuyen a prevenir la enfermedad y dependencia:

- Difundir y formar en una alimentación sana.
- Vacunaciones.
- Reconocimientos periódicos de salud.
- Organización del tiempo diario.
- Implicación en las tareas de arreglo del hogar, compras, ...
- Importancia de las relaciones vecinales, familiares, de amistad.
- Hábitos higiénicos (pies, prótesis,...)
- Lectura de prensa, escuchar radio, ver TV.
- Realización de crucigramas.
- Evitación de automedicación.

Finalmente, constituyendo un capítulo aparte con entidad propia.





CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

Voluntariado:

Se incluirán aquí medidas que facilitan y estimulan la pertenencia a grupos dedicados a atender y apoyar a personas necesitadas.

Este fenómeno, relativamente moderno en su concepción y organización, constituye - sin embargo- un derivado natural de la condición humana (compasión, solidaridad, apoyo mutuo, altruismo,...). Siempre hubo voluntariado entre las gentes: el apoyo mutuo, el apoyo gremial, fenómenos sindicales, colegiales, ... o de otra naturaleza en el pasado hoy los conocemos como acciones voluntarias.

El voluntariado da ocasión para la actividad, el compromiso, el disfrute, la participación moderada y responsable de los mayores y termina por convertirse en un estilo de vida pleno y placentero.

Frente al modelo individualista del "disfrute todavía de su cuerpo" o "vuelva a ser joven" que invita a la hiperactividad egocéntrica el voluntariado ofrece un quehacer sosegado y enriquecedor.

La vejez - dice Luis Cencillo, antropólogo y psicoanalista - "*es la ocasión providencial para ser depurados de los infundados orgullos de la juventud o de la cincuentena*".⁽⁷⁾

Los Ayuntamientos tenemos mucho que hacer.

VI. Conclusiones

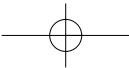
1º.- La prevención primaria de la dependencia no se activa cuando la persona cumple los 80, ni los 70, ni los 60 sino cuando el niño adquiere conciencia de que lo que haga por sí mismo, en beneficio de sí mismo, le reportará salud y bienestar.

2º.- Existe capacidad de cambio positivo (plasticidad) y de prevenir las enfermedades gracias a los avances científicos y técnicos.

3º.- Las medidas de carácter preventivo ofrecen resultados duraderos y mejores cuando se llevan a cabo en sujetos más jóvenes.

4º.- Es preciso abordar de forma sistemática, coherente y profunda la PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA que incluya:

(7) Cencillo, Luis. "Riesgos Patógenos de la Jubilación" Rev. Crítica N° 936 año LVI.Pág.41

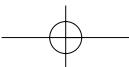
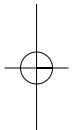


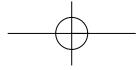
4. RECURSOS MUNICIPALES PARA MAYORES. DESDE LA DEPENDENCIA A LA PREVENCION

- 1.- Educación como elemento transmisor de conocimientos y valores.
- 2.- La enseñanza, difusión, mentalización de la sociedad, y de los más jóvenes sobre todo, de la importancia que tiene un estilo de vida saludable.
- 3.- La potenciación del voluntariado como pieza fundamental (filosofía de vida podríamos calificarla) en la prevención de la dependencia.
- 4.- La coordinación entre los sistemas de servicios sociales y de salud.

Referencias:

- Memoria de gestión de la Dirección General de Mayores (www.munimadrid.es)
- Libro "Centros de Día y Dependencia" Modelos y perspectivas en las grandes ciudades (www.munimadrid.es)
- Libro "Servicios de Ayuda a Domicilio" La dependencia en casa. (www.munimadrid.es)





CLAVES PARA UNA VEJEZ SATISFACTORIA

