

VIII JORNADAS 2011



Centros jóvenes para los nuevos mayores



Centros jóvenes

para los nuevos mayores

Jornadas 2011

Centros jóvenes

para los nuevos mayores

Jornadas 2011

Dirección

Ilma. Sra. D.^a M.^a Dolores Navarro Ruiz
Delegada de Gobierno de Familia y Servicios Sociales

Ilma. Sra. D.^a M.^a del Carmen González Fernández
Directora General de Mayores y Atención Social
Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales

Coordinación

Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo
Dirección General de Mayores y Atención Social
Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales

Ayuntamiento de Madrid

Editorial Glosa, S.L.

Avinguda de Francesc Cambó, 21, 5.ª planta - 08003 Barcelona

Teléfonos: 932 684 946 / 932 683 605 - Telefax: 932 684 923

www.editorialglosa.es

ISBN: 978-84-7429-562-7

Depósito legal: B-18.904-2012

© Editorial Glosa, S.L.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio, incluyendo las fotocopias o cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin la autorización por escrito del titular de los derechos.

Índice

Presentación	9
--------------------	---

Proyecto FUTURAGE. Líneas de investigación en envejecimiento

Proyecto FUTURAGE. Líneas de investigación en envejecimiento	13
<i>Vicente Rodríguez Rodríguez</i>	

Centros de mayores: origen, datos de estructura, cobertura y entorno, modelos de gestión

Origen de los centros de mayores, objetivos, justificación y evolución histórica	31
<i>Miguel Gil Montalbo</i>	

Centros públicos para mayores en el Ayuntamiento de Madrid	47
<i>Juan de la Torre Vidal</i>	

Construyendo un sistema de indicadores de calidad para los centros de mayores	57
<i>Toni Rivero Fernández</i>	

Plan de mejora del Ayuntamiento de Barcelona para los casales y espacios municipales para las personas mayores	63
<i>C. Gil i Miquel</i>	

Programas y servicios de los centros

Envejecimiento activo en los centros. Escuela de la Experiencia	71
<i>Aitziber Indart Tellería</i>	
Imágenes de los profesionales sobre la vejez y el envejecimiento activo	81
<i>Rocío Fernández-Ballesteros García y Antonio Bustillos López</i>	
Beneficios percibidos por la práctica del programa de ejercicio al aire libre para mayores	89
<i>Roberto Ibarra Pujana, Esperanza Molina Díaz, María Cruz de Tena-Dávila Mata y Pilar Serrano Garijo</i>	
Acercarse a los mayores, conocer sus valores: el proyecto «Abuelos y abuelas de cine»	93
<i>I. Parro Fernández</i>	

Los protagonistas de los centros

Los mayores en la sociedad y visibilización social de los centros	99
<i>Salvador Guirado Tamayo</i>	
Perfiles actuales de los mayores, evolución de la población que acude a los centros de mayores	111
<i>Agustina Sánchez Gómez</i>	
El papel de las juntas directivas de los centros de mayores	131
<i>M.^a Josefa Alba Rodríguez</i>	
El voluntariado como herramienta de trabajo en los centros de mayores de Murcia	135
<i>M.E. Medina Tornero y G. Martínez Hernández</i>	
La cápsula del tiempo	151
<i>R. Arroyo Arroyo y M. Portero Cobeña</i>	

Bases para la reflexión I: los otros mayores

Los otros mayores: posibles usuarios de los centros de mayores	159
<i>María Cruz de Tena-Dávila Mata, Esperanza Molina Díaz y Pilar Serrano Garijo</i>	

Disfrutando de ser mayor	169
<i>M.V. Barandiarán Luca de Tena</i>	

Seguimiento y revaloración de ancianos frágiles en riesgo de aislamiento	175
<i>M.S. García Carpio, M.C. Martín Díez, M.C. Tena-Dávila Mata y P. Serrano Garijo</i>	

Personas mayores en aislamiento social. Síndrome de Diógenes	183
<i>A.B. Santos-Olmo Sánchez y E. Velázquez Martín</i>	

Marco de coordinación del programa de maltrato psicológico y/o negligencia en las personas mayores del municipio de Madrid	189
<i>E. Florentina Pereyra Macazana, M. González Molina, A. Chulián Horrillo, P. Serrano Garijo y M.C. Tena-Dávila Mata</i>	

Bases para la reflexión II: avanzando

Hacia una sociedad para todas las edades. Programas intergeneracionales en el distrito Centro de Madrid	199
<i>Rosario Arroyo Arroyo y Mercedes Portero Cobeña</i>	

Espacios para mayores, una apuesta de la ONCE	209
<i>David Olalla Vidal</i>	

Los centros de mayores, un espacio para la intervención comunitaria en salud	213
<i>Mercedes Martínez Cortés y Grupo de Trabajo del Programa de Envejecimiento Activo y Saludable</i>	

Actividades compartidas: jornadas intercentros municipales de mayores de la Dirección General de Mayores y Atención Social (DGMAS)	227
<i>M.^a Rosario Méndez Baquero, Alba Libertad Fernández Sánchez y María Heras Montesinos</i>	

Comunicaciones libres

Influencia de las caídas domiciliarias en el grado de dependencia funcional de las personas mayores	235
<i>E. Fernández Pineda, A. Palacios Garay, I. Blanco Duro y T. Ortiz Urbanos</i>	
Proyecto KND, nuevas herramientas y nuevos estilos terapéuticos	241
<i>J.M. Cabello Neila, M. Cabello Herranz, A. Caba Rubio, M. Dávila Calvo y S. Angulo Díaz-Parreño</i>	
Productos de apoyo para mantener activos a nuestros mayores	247
<i>M.M. Yúbero López y J.P. Maté Rodríguez</i>	
«DialogArte filosófico» o cómo el diálogo filosófico nos ayuda a envejecer activamente	251
<i>A. García Vázquez y C. Bengoechea Bernal</i>	
«Activándonos»	257
<i>C. Rodríguez Gutiérrez y M. de Miguel Sánchez</i>	
Perfil sociosanitario de usuarios con ayudas técnicas instaladas en los domicilios	261
<i>C. García Echave, R. Romero Chaparro, P. Giménez Díaz-Oyuelos, A. Buñuel Heras y C. Fernández Gómez</i>	

Conclusiones

VIII Jornadas técnicas de la Dirección General de Mayores y Atención Social	
«Centros jóvenes para los nuevos mayores»	273

Presentación

En noviembre de 2011, como cada año, el Ayuntamiento de Madrid, junto con Obra Social Caja Madrid, celebró sus jornadas técnicas sobre los mayores. En esta ocasión los temas giraron en torno a los centros de mayores, su nacimiento y evolución, hasta convertirse en lo que son hoy, centros sociales de convivencia que contribuyen al envejecimiento activo.

En una sociedad cambiante, con un claro envejecimiento poblacional, las políticas para mayores se han centrado en labores asistenciales y preventivas, ámbito donde podemos encuadrar estos centros para mayores, hogares de jubilados o de pensionistas, «casales» o cualquiera que sea la denominación empleada, auténticos centros de convivencia en los que la socialización es el mayor objetivo.

Su crecimiento numérico en los últimos años ha sido espectacular, aunque el índice de cobertura sea muy dispar en los diferentes territorios, algo que posiblemente obedece a razones sociodemográficas que merece la pena analizar.

Los modelos de gestión, bastante similares en general, ofrecen sin embargo algunas diferencias, desde la dirección de la administración pública responsable hasta la auto-gestión, todo ello sin olvidar que muchas organizaciones sociales de ámbito privado también ofrecen recursos de este tipo.

Sus programas y servicios se han ido modificando a lo largo del tiempo y, sin descartar los juegos de mesa o el baile, son muchas las actividades que se programan en la actualidad, culturales, de ocio, educativas, etc., de manera que por su oferta en salud, seguridad, participación y aprendizaje a lo largo de la vida, pueden considerarse auténticos promotores del envejecimiento activo.

Sus socios y usuarios también han ido cambiando, como lo ha hecho toda la sociedad, y los estereotipos de hace unos años nada tienen que ver con la realidad actual. No

obstante, sigue habiendo colectivos que quedan fuera de este tipo de centros, o que los frecuentan de modo minoritario; se trata de una discriminación indirecta, nada les impide acudir, pero lo que encuentran en ellos no les agrada o no es adecuado a su situación. Ampliar la oferta, haciéndola atractiva para todos, constituye un reto.

Pero también podemos hablar de una discriminación directa, y el ejemplo más patente es por razón de edad, tema controvertido que en estas jornadas pudimos tratar y que sirvió para reflexionar sobre la idoneidad de mantener centros exclusivos para mayores en unos tiempos en los que lo intergeneracional cobra cada vez mayor importancia.

Como en otros años, se presentaron experiencias innovadoras, locales o regionales, incluidas las del Ayuntamiento de Madrid, así como diversas evaluaciones presentadas en forma de comunicación, entre las que se eligió la mejor para la concesión del premio anual.

Fueron muchos los profesionales asistentes, por lo que este encuentro supuso un verdadero éxito para todos aquellos que realizamos un trabajo dedicado a los mayores.

Una gran parte de lo que pudimos compartir y debatir en estas jornadas anuales que organiza el Ayuntamiento de Madrid junto a Obra Social Caja Madrid es lo que recogemos en esta publicación.

Obra Social Caja Madrid

**Dirección General de Mayores
y Atención Social
Ayuntamiento de Madrid**

Proyecto FUTURAGE. Líneas de investigación en envejecimiento

Proyecto FUTURAGE.

Líneas de investigación en envejecimiento

Vicente Rodríguez Rodríguez

Profesor de Investigación del Centro de Ciencias Humanas y Sociales, Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Miembro del Grupo de Investigación en Envejecimiento (GIE-CSIC). Madrid.

Introducción

En el marco europeo existe un interés muy destacado por los estudios sobre el envejecimiento de la población, tanto por la importancia de las cifras de población mayor que tienen los países europeos como por el impacto social que tiene esta población en el conjunto de la sociedad. Como corolario, los investigadores y las instituciones que desarrollan iniciativas científicas han centrado su atención en el envejecimiento de la población en sus múltiples y diversas dimensiones, al mismo tiempo que la administración comunitaria está interesada en crear las estructuras científicas adecuadas para canalizar todas estas capacidades de investigación.

En el caso español, los documentos oficiales de prospectiva científica consideran el envejecimiento de la población un referente esencial para el futuro, especialmente en relación con algunas dimensiones esenciales. En el ámbito biomédico sobresalen los estudios sobre biomarcadores para identificar marcadores genéticos y moleculares de estados patológicos actuales y futuribles a escala científica, y usarlos para el diagnóstico y pronóstico más preciso de patologías y de respuesta a fármacos a escala clínica. También ganan protagonismo los análisis relacionados con la medicina regenerativa y las terapias celulares para la regeneración funcional de órganos y tejidos, y con enfermedades concretas (metabólicas, inflamatorias crónicas y del envejecimiento humano).

En el ámbito de la investigación social se detecta un interés por profundizar en la cohesión, equidad y exclusión social de grupos sociales en los que participen las personas

mayores para evaluar el impacto social, psicológico, económico y educativo del cambio demográfico. Desde otro punto de vista, también hay un claro interés por analizar el papel de las políticas sociales relacionadas con el estado del bienestar y la protección jurídica de derechos individuales y sociales como fundamento de las decisiones públicas y privadas. Finalmente, los estudios sobre el impacto de los cambios a lo largo de la vida y el envejecimiento en sus aspectos cognitivos y psicosociales están ganando cada día más importancia desde una perspectiva psicológica.

Sin embargo, el campo de las aplicaciones tecnológicas quizá sea el que está adquiriendo más desarrollo en los últimos años, al amparo de las innovaciones técnicas que procuran una mejora en la calidad de vida y en el desarrollo de una forma de vida más independiente y autónoma. Algunas investigaciones se orientan hacia el desarrollo y las aplicaciones de sensores y técnicas de monitorización, estimulación y robótica en el ámbito de la teleasistencia y telemedicina, pero también en el campo de las tecnologías de la comunicación, con el desarrollo de aplicaciones y servicios de carácter doméstico y las aplicaciones en los ámbitos de la salud, la asistencia y la inclusión social.

En el ámbito europeo, las directrices son todavía más heterogéneas, las iniciativas más amplias y los desarrollos más abiertos. Las posibilidades que ofrece el desarrollo futuro de la investigación sobre envejecimiento son también mayores. Un simple mirada a las estructuras de organización de la investigación y a los esquemas de financiación en Europa así lo atestiguan. Sin ánimo de exhaustividad, se están apoyando iniciativas como la red científica European Research Area in Ageing 2 (ERA-AGE2, www.era-age.group.shef.ac.uk), proyectos de diseño de programas de investigación (WhyWeAge, www.whyweage.eu/) o mapas de investigación, como FUTURAGE (www.futura-age.group.shef.ac.uk). También se han consolidado estructuras de investigación sobre envejecimiento a través de consorcios, como Ambient Assisted Living (www.aal-europe.eu) o SHARE (www.share-project.org), con un proyecto de la Estrategia Europea de Infraestructuras de Investigación (ERIC). También se están dando los pasos para estructurar la Iniciativa de Investigación Conjunta «More Years Better Lives» (<http://www.jp-demographic.eu>), sobre los retos del cambio demográfico, específicamente el envejecimiento de la población y la Asociación Europea de Innovación «Active and Healthy Ageing» (http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing). Finalmente, los trabajos preparatorios del programa marco europeo Horizon 2020 (http://ec.europa.eu/research/horizon2020/index_en.cfm) han delimitado el envejecimiento de la población (salud, cambio demográfico y bienestar) como uno de los retos sociales que deben ser investigados en el futuro para transformarlo en oportunidades sociales.

En este marco, el objeto de este documento es hacer un repaso de las actividades desarrolladas para la organización del proyecto FUTURAGE, recientemente lanzado para su puesta en funcionamiento, en relación con todas estas iniciativas de investigación.

El Proyecto FUTURAGE

El mapa de la investigación futura sobre envejecimiento en Europa, FUTURAGE, ampara su desarrollo en la apuesta política que la Comisión Europea ha hecho por los estudios sobre envejecimiento al ser un área de importancia social, económica y política para el desarrollo de la Unión, según palabras de la Comisaria de Investigación, Ciencia e Innovación, Máire Geoghegan-Quinn, a principios de 2010. Los retos sociales del futuro más cercano, entre los que sobresale la promoción de un envejecimiento activo y saludable, deben, según su opinión, marcar la agenda estratégica para la investigación futura en Europa, apostando por una forma de hacer investigación en la que primen los aspectos multidisciplinares y relacionados con la innovación.

En este contexto, el proyecto FUTURAGE ha sido financiado por el 7º Programa Marco, durante 2 años, hasta finales de 2011, con el objetivo de crear un mapa de investigación en relación con el envejecimiento en Europa para los próximos 15 años. Ha tenido por objetivo identificar las prioridades en envejecimiento y salud, desde una perspectiva centrada en el curso de vida, a partir de la información existente y las prioridades detectadas por los participantes en el proyecto. Se pretendió utilizar una aproximación multidisciplinar, con objeto de detectar la naturaleza multidimensional del hecho de envejecer, pero también la consideración de sus aspectos de escala general (macro) y específica (micro). La construcción, mediante consenso, de los campos emergentes vino condicionada por la necesidad de una mayor coordinación de la actividad de investigación sobre el envejecimiento en Europa y en las formas más adecuadas para lograrlo, incluyendo la colaboración de las personas mayores a través de sus organizaciones.

La utilización de un proceso interactivo de abajo hacia arriba, que comprometiera ampliamente a los principales interesados, fue la forma más adecuada para organizar la toma de información relacionada con la investigación futura sobre envejecimiento en Europa. Para ello se ha utilizado un método que ha combinado múltiples consultas con expertos y especialistas europeos, dentro de los distintos países firmantes del proyecto, con la celebración de múltiples eventos, organizados de acuerdo a los grupos definidos en el proyecto, en los que se ha discutido el contenido general y el formato final del proyecto, tal y como ha sido lanzado. Para el desarrollo del mismo se contaba con la expe-

riencia proporcionada por iniciativas de investigación europea previas, como Forum, ERA-AGE2, LinkAge, WhyWeAge, etc.

FUTURAGE ha sido, entonces, el resultado de un esfuerzo europeo en el que han participado distintos agentes relacionados con la investigación. Se trata de un proyecto liderado por el Dr. Alan Walker, profesor de Política y Gerontología Social de la Universidad de Sheffield (Reino Unido), que ha contado con la ayuda de otras universidades europeas, como las de Leicester y Newcastle (también del Reino Unido), Heidelberg (Alemania), Namur (Bélgica), Lund (Suecia) y Tampere (Finlandia). El equipo de trabajo se ha completado con varios organismos de investigación, como las Academias de Ciencias de Austria, Finlandia, Lituania y Bulgaria, los Institutos de Salud y Envejecimiento y de Sanidad de Italia, y el Consejo de Investigación Social de Suecia. No han faltado otros organismos europeos interesados en la financiación y/o gestión de la investigación, como el Ministerio de Ciencia e Innovación y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España, el Ministerio de Salud de Italia, el Ministerio de Salud y Familia de Rumanía, la Agencia de Financiación de Rumanía, la Caja de Seguros para la Vejez de Francia, y el Laboratorio de la Ciudadanía de Italia. Por parte de la población mayor, el proyecto FUTURAGE contó con la participación activa de la plataforma AGE, radicada en Bélgica, la organización AGE del Reino Unido y el Consultor C. Van Bronkhorst (Bélgica).

Desde el inicio del proyecto, el equipo promotor diseñó, a partir de las experiencias anteriores, un conjunto de temas prioritarios que pretendían cumplir con las expectativas de la investigación europea. Fueron los siguientes:

- a) En el ámbito de la *biogerontología* se ha puesto el énfasis en el proceso y los mecanismos del envejecimiento, como la longevidad, y no sólo en la morbilidad; en el papel de las mitocondrias y del estrés oxidativo; en la influencia hormonal y en los moduladores y mediadores. Otros aspectos de interés considerados fueron los modelos de envejecimiento, la genética y epigenética del envejecimiento, así como las industrias y tecnologías asociadas.
- b) Para el análisis de los *recursos económicos y sociales* se han considerado aspectos como el apoyo social y familiar, la solidaridad intergeneracional y las transferencias, los modelos de provisión de cuidados, la valoración de los mayores como recurso económico y de cuidados para la sociedad o como receptores de los mismos, sus necesidades sociales, económicas y culturales, y aspectos relacionados con las pensiones y la estabilidad económica.
- c) Otro de los apartados de estudio ha sido el de los *entornos del envejecimiento*, que centra el interés en las interrelaciones entre el envejecimiento de la persona y sus

diferentes ámbitos de desarrollo (domicilio, entorno comunitario y urbano), así como su adaptación a las situaciones de dependencia (transportes y movilidad, productos de apoyo, diseño tecnológico, soluciones para vivir «como en casa»). Dentro de este ámbito se han considerado también el envejecimiento demográfico, el aprendizaje, la participación social y los usos del tiempo.

- d) En el área del envejecimiento saludable y el bienestar físico y mental se han tenido en cuenta el análisis de los factores del envejecimiento libre de dependencia, las desigualdades en salud en relación con el ciclo de vida, trabajo y jubilación, la valoración de los factores psicosociales (comportamientos sociales, desarrollo del ciclo de vida, relaciones personales, envejecimiento activo), las intervenciones para prevenir la discapacidad, para mejorar la salud los cuidados de salud y para promover el envejecimiento saludable en relación con el envejecimiento biológico y los factores ligados a la actividad física y los hábitos de consumo.
- e) Finalmente, se contempló la necesidad de tener en cuenta la *implicación de usuarios y participantes* como agentes esenciales en el proceso de envejecimiento, sin cuyo concurso un ejercicio como el de FUTURAGE hubiera quedado limitado.

Para la elaboración del mapa fue necesario, como se ha mencionado anteriormente, desarrollar una estrategia metodológica específica, la celebración de eventos según los grupos que se han indicado y la celebración de consultas específicas en cada país.

La aportación española

En este contexto español, la consulta de FUTURAGE representa una oportunidad imprescindible para expresar las prioridades científicas de los investigadores españoles en envejecimiento y establecer un contacto con los investigadores españoles interesados en el proyecto. La consulta para obtener la información necesaria para estructurar la aportación española fue lanzada a partir del 15 de diciembre de 2009 entre los cerca de 500 investigadores, asociaciones profesionales y otras entidades inscritas en el directorio de investigadores españoles en el campo de la geriatría y la gerontología, contenido en Portal Mayores (www.imsersomayores.csic.es). Para ello, se utilizó un cuestionario que siguió fielmente la estructura del proyecto FUTURAGE, preparado por el Equipo de Dirección (<http://www.imsersomayores.csic.es/seniinv/formulario-futurage.htm>).

En la línea de lo sucedido en otras consultas nacionales desarrolladas en el mismo momento, la respuesta no fue amplia. En el caso español se recibieron más de 50 respuestas, en torno al 10 % de las personas y entidades consultadas, que se redujeron a

46 después de rechazar algunas con inconsistencias graves en la interpretación adecuada de algunos de los apartados de la consulta y con falta de datos sobre la identidad de los informantes. En un intento de hacer expresiva la extracción disciplinar de los informantes, la distribución de respuestas es muy semejante a la de los proyectos de investigación competitivos financiados en los últimos años; se establecen tres grandes apartados: el de las ciencias médicas, con una cuarta parte; el de las ciencias «humanas», que intervienen sobre las personas (un 40 % del total), como psicología, que es la disciplina dominante, educación, gerontología o trabajo social; y el de las ciencias sociales (un 20 %). La información recogida de los investigadores españoles fue analizada usando el programa Atlas.ti, y se preparó un informe provisional que fue enviado a FUTURAGE como aportación española y que fue publicado en Portal Mayores (<http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/rodriguez-futurage-01.pdf>).

En una segunda fase, las instituciones españolas contribuyen a FUTURAGE con un documento de mayor calado en cuanto a su contenido, que contó con mayor participación y debate, ya que fue obtenido a partir de la celebración, en marzo de 2011, del Congreso «Envejecimiento. La investigación en España y Europa». Estuvo organizado por las instituciones que en España tienen mayor presencia en el ámbito de la investigación sobre envejecimiento, como el Ministerio de Ciencia e Innovación (MICINN), el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y la Fundación INGEMA.

Casi 300 investigadores participaron en el congreso, en los cuatro temas empleados para las consultas nacionales del proyecto FUTURAGE. Para cada uno de ellos se contó con el apoyo de destacados investigadores españoles que contribuyeron a su organización, dinamismo y producción de ideas para el debate. Así, en el ámbito de la *biogerontología*, los encargados fueron los doctores Leocadio Rodríguez Mañas, del Hospital Universitario de Getafe y miembro de la Red Envejecimiento y Fragilidad (RETI-CEF) y José Viña Ribes, de la Universidad de Valencia. Para la organización del tema de *recursos económicos y sociales* disponibles para la población mayor se formó un grupo liderado por Vicente Rodríguez, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, y formado por Lourdes Pérez, de la Universidad Autónoma de Madrid; María Silveria Agulló, de la Universidad Carlos III, y Marcos Bote, de la Universidad de Murcia. Mayte Sancho, de la Fundación INGEMA, dirigió las sesiones sobre *entornos del envejecimiento*, es decir, sobre las interrelaciones entre el envejecimiento de la persona y sus diferentes ámbitos de desarrollo, con el apoyo de Julio Pérez, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, de Cristina Rodríguez, del Centro de Referencia Estatal de

Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT), de Javier Yanguas, de la Fundación INGEMA, de Mercè Pérez Salanova, de la Universitat Autònoma de Barcelona, y de Raquel Poveda, del Instituto de Biomecánica de Valencia. Finalmente, el tema de *envejecimiento saludable* y los factores asociados fue coordinado por Rosa Díaz, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, quien contó con Rocío Fernández Ballesteros, de la Universidad Autónoma de Madrid, y con Pura Díaz Veiga, de la Fundación INGEMA, para su organización.

El congreso pretendió, globalmente, la consecución de tres objetivos: establecer un debate centrado en la investigación sobre el envejecimiento en España, en el momento actual de la sociedad española que propende a un envejecimiento acelerado; reforzar la posición española ante las opciones futuras de investigación en la Unión Europea; y, finalmente, contribuir a la construcción de FUTURAGE, del mapa de la investigación futura en Europa. El resultado final fue la redacción de un documento que fue enviado a los responsables del proyecto FUTURAGE como aportación española al diseño del mapa de investigación. Para su elaboración se contó con tres instrumentos esenciales: los documentos preparados por los responsables de cada uno de los temas para su debate dentro de las sesiones del congreso, las ideas expresadas en las dos sesiones de debate mantenidas y los documentos finales de cada tema, elaborados después de la discusión en sesión plenaria. Está estructurado en tres apartados en los que se han recogido las ideas debatidas: uno de carácter general, otro de signo temático y un tercero de significado metodológico e instrumental.

Los investigadores sobre envejecimiento debatieron, en primer lugar, sobre aspectos generales relacionados con el uso de conceptos y términos científicos que no siempre son equiparables, sin perder de vista que toda investigación debe tener en cuenta a la persona como referente esencial. Se destacó también, de una forma clara, que sólo desde una investigación multidisciplinar se puede garantizar una comprensión amplia de las múltiples dimensiones que afectan al hecho de envejecer. En efecto, los factores que condicionan y determinan el envejecimiento de la población, como fenómeno ligado al ciclo de vida, son múltiples, generan procesos diversos y heterogéneos que pueden tener distinto significado de acuerdo a contextos geográficos y sociales diversos y a niveles de valoración diferentes (individuo, familia, sociedad). Todo el conocimiento generado debe trascender el ámbito científico para ser transferido a la sociedad, a las administraciones públicas y a la empresa. Para ello, es esencial conseguir la implicación de las personas mayores y de los medios de comunicación en la propia investigación y en el diseño de políticas públicas, tanto de forma individual como a través de estructuras asociativas.

Los contenidos temáticos han reflejado, en buena medida, las propuestas iniciales de FUTURAGE.

En el ámbito de la *biogerontología* se enfocó el debate hacia la identificación de los mecanismos intrínsecos del envejecimiento biológico y de las enfermedades que contribuyen a la fragilidad clínica, y su influencia en la calidad de vida de las personas mayores. Como líneas de investigación, se identificaron los mecanismos celulares y moleculares implicados en la longevidad y la fragilidad (*estrés oxidativo* y otros procesos de daño celular), los marcadores y predictores en los sistemas más habitualmente implicados en la fragilidad (musculoesquelético, nervioso, endocrinometabólico, cardiovascular), la interacción enfermedad-enfermedad y enfermedad-envejecimiento, así como sus efectos diferenciales en el desarrollo de fragilidad y discapacidad, en especial las más prevalentes (enfermedades cardiovasculares, diabetes, artrosis, osteoporosis, fracturas, depresión, deterioro cognitivo, demencia, polifarmacia, iatrogenia, caídas, malnutrición y cáncer), y el estudio de los factores individuales y generales que pueden influir en las desigualdades en salud (por ejemplo, edad, sexo, ciclo de vida, historia vital, comportamientos, etc.).

Tres grandes aspectos definieron el debate sobre el *envejecimiento activo y saludable*. Se consideró esencial la valoración de diferentes intervenciones en hábitos de vida saludable, que tienen un carácter multidimensional y promocionan la salud pero que, también, previenen la fragilidad y proporcionan un buen estatus funcional y la longevidad, como la nutrición y la actividad física. Se establecieron algunos requisitos para conseguir esa intervención, como la formación de los profesionales que trabajan con las personas mayores o la puesta en marcha de programas específicos en el sistema de atención primaria por parte de las instituciones que trabajan con personas mayores. Desde un punto de vista socioemocional se consideraron necesarias las investigaciones dirigidas a la identificación o el análisis de los recursos personales, factores de protección del riesgo y de las habilidades emocionales y de afrontamiento («resiliencia») ante situaciones negativas; al análisis y la prevención de estereotipos, la discriminación, el maltrato y el empoderamiento, así como a la valoración de la relevancia de las nuevas tecnologías para la promoción del envejecimiento activo. Atendiendo al funcionamiento cognitivo de la persona que envejece, se insistió en la importancia del mantenimiento de la capacidad mental y del funcionamiento cognitivo con la perspectiva de alcanzar la calidad de vida en contextos sociales, residenciales y geográficos (rural-urbano), en entornos diversos de realización de actividades, con perspectivas «micro» (individual), «macro» (social) y «temporal» (curso de vida).

El área temática dedicada al análisis de los *recursos económicos y sociales* aportó varios aspectos de interés. La persona mayor no es sólo un cliente, un usuario o un paciente, sino, sobre todo, un ciudadano portador de derechos, que los ejerce desde una perspectiva positiva. De esta manera, genera oportunidades y «riqueza social» a medida que va envejeciendo, pero no es posible estudiar sus capacidades si no están insertas en un proceso de jubilación como transición vital, como curso de vida, especialmente cuando se trata de jubilación anticipada a edades adultas. La edad de jubilación es, entonces, una referencia esencial en el análisis de los modelos de retiro y su relación con el aseguramiento de los recursos económicos durante la vejez.

Varios parámetros de interés sobresalen en el debate. El primero es la situación económica de las personas mayores, definida por los recursos monetarios y patrimoniales, que deben ser mantenidos a lo largo del período de jubilación para asegurar la cobertura de las necesidades, por las transferencias intergeneracionales de recursos, los incentivos económicos privados (seguros, fondos de inversión y de pensiones) y la provisión de ayudas públicas y privadas en especie o informales como complemento. Desde una visión «macro», se aprecia la necesidad de estudiar los sistemas de pensiones (seguridad social, empresarial, privada, ahorro propio y familiar), su influencia en el aseguramiento económico de individuos y familias (apoyos, cuidados, gastos en salud relacionados con las enfermedades que inciden en situaciones de fragilidad, discapacidad y dependencia) y su reforma (contribuciones, beneficios, cuantía, años de cotización, relación con los sistemas privados) en busca de su sostenibilidad económica y social. Un segundo aspecto que destacar es el de las estrategias en relación con el mercado de trabajo, como la permanencia en él, a través de la formación continua a lo largo del curso de la vida laboral y el valor de la experiencia de las personas mayores, o su salida de él, valorando las condiciones de oferta y demanda (productividad, costes, régimen y puesto de trabajo, tecnología, incentivos, regulación legal, expectativas de jubilación), que redundan en la satisfacción (empresario, trabajador). Un tercer aspecto es el desarrollo de actividades como factor esencial en la mejora del estado de salud física y mental, la calidad de vida individual y el bienestar comunitario. En este punto aparece nítido el debate conceptual y teórico en relación con distintos tipos de envejecimiento como proceso vital (saludable, exitoso, activo, productivo, etc.) y sus efectos en distintas escalas (individuo, familia, sociedad, estado). Del modo de envejecer se derivan comportamientos que refuerzan a la persona mayor en su capacidad de contribuir al funcionamiento de la sociedad a través de la realización de actividades, en su papel de depósito de conocimiento para su transmisión a las generaciones más jóvenes o para el desarrollo de actividades de formación permanente y voluntariado, en su función como proveedoras de cuidados en el entorno familiar de

acuerdo a sus capacidades personales, a sus compromisos familiares y sociales y a sus obligaciones intergeneracionales.

Finalmente, un cuarto aspecto se estructura en torno a los cuidados a las personas mayores. Es importante el conocimiento de los factores que conducen a la fragilidad y la dependencia (ciclo de vida, condiciones biológicas y cognitivas del individuo, estructura familiar y social, entorno residencial, etc.) y su influencia en la reducción de la satisfacción y la calidad de vida de los individuos, pero también el análisis de eficiencia de los costes de los cuidados y el estudio de los modelos de bienestar públicos y privados que procuran una combinación de cuidados informales, no profesionales y formales que redundan en la mejor accesibilidad y, tercero, la evaluación de la calidad de los servicios y de la formación profesional de los cuidadores. En sociedades como la española es importante considerar el entorno residencial (vivienda, espacio de vida) en la definición del modelo de cuidados y de los recursos asistenciales disponibles y su calidad, en el que interactúan las administraciones locales, las instituciones de apoyo social (públicas, fundaciones), las redes de cuidadores voluntarios y los inmigrantes como cuidadores de personas mayores.

Bajo el epígrafe de los *entornos del envejecimiento* se aglutina un amplio conjunto de iniciativas de investigación. El debate partió de considerar el papel que desempeñan las personas mayores como «agencia de bienestar», contribuyendo a aminorar los efectos de la crisis económica y proporcionando apoyos en la familia con el acogimiento en su vivienda de hijos en situación económica precaria, o en la transferencia económica, con el cuidado o apoyo a otros miembros de la familia. A partir de ahí se valoró la importancia del análisis demográfico, con especial referencia al de las estructuras de edades para entender la evolución de la supervivencia generacional y las diferencias en ritmos del proceso de cambio poblacional, así como sus efectos en la estructura familiar. También obtuvo consenso suficiente la valoración de la importancia del proceso de envejecimiento en ámbitos rurales y de los procesos de movilidad transfronteriza de personas mayores, por los efectos geográficos y sociales en ámbitos municipales, por las consecuencias jurídicas en las relaciones transfronterizas y por los efectos en el reconocimiento de derechos sanitarios, sociales, personales y patrimoniales de las personas mayores extranjeras que viven en España.

Otro contexto esencial es el de la vivienda entendida como un referente de vida, como un marco de interacción entre el individuo, el espacio físico y en entorno social, no sólo como un lugar de residencia para una gran mayoría de la población mayor. Vivir en una vivienda y en su espacio de relación significa también poner atención a los factores demográficos (estructura, hogar), geográficos (movilidad, espacios rurales-urba-

nos), sociales (áreas de posible exclusión) o comportamentales (relaciones sociales), pero sobre todo a las oportunidades que ofrece la vivienda para los modelos y servicios de cuidados que se prestan a las personas mayores. Y en relación con la vivienda, las nuevas adaptaciones tecnológicas como un paradigma emergente en la sociedad actual, que mejoran la calidad de vida, especialmente cuando existe algún tipo de dependencia y se necesitan cuidados personales, que facilitan las actividades de la vida diaria desde el hogar, que procuran movilidad y seguridad de las personas dentro y fuera del hogar, que ayudan a implantar transportes colectivos y particulares inclusivos, y que hacen más adecuado el cuidado domiciliario y la atención integral de la persona.

Como corolario final al debate sobre aspectos temáticos, se consideró esencial la necesidad de investigar sobre los retos de gobernanza que imponen estos paradigmas, sus implicaciones económicas, sociales, industriales, etc., así como los itinerarios que recorrer en el camino de corrección de las desigualdades que perviven al desarrollo de las sociedades del bienestar. Las consecuencias de la profunda crisis económica actual sitúan en el centro del debate político estas propuestas.

El documento se completó con unos contenidos metodológicos y de organización de la investigación. Entre los que emergieron con mayor fuerza conviene destacar el uso combinado de métodos cuantitativos y cualitativos de acuerdo a las estrategias de investigación planteadas o la práctica de uso de datos integrados, unos secundarios, de carácter administrativo, otros primarios, más específicos, tomados de resultados clínicos, epidemiológicos y de encuestas construidas a tal fin (individuos, grupos demográficos específicos, hogares). Se convino también en destacar la conveniencia de fomentar métodos específicos, tanto orientados a investigaciones de carácter transversal como a estudios de carácter longitudinal con objeto de profundizar en las causas de los procesos ligados al tiempo y a los efectos de las cohortes, especialmente interesantes en el estudio del envejecimiento. Por último, se consiguió un consenso amplio sobre el desarrollo de estudios de intervención y evaluación de actuaciones y de medidas y políticas relacionadas con la población mayor, reclamando su carácter interdisciplinar y la implicación de las personas mayores como usuarios.

Desde un punto de vista instrumental, los investigadores españoles participantes destacaron la importancia de hacer una reflexión general para construir un mapa amplio de investigación sobre envejecimiento en Europa que identifique tanto las líneas maestras como los déficits que habrá que cubrir en el futuro. De este proceso, en el caso español, se deriva otro hecho de enorme significado estratégico, como es disponer de bases de datos de investigadores, de proyectos y estudios, y de los datos de investi-

gaciones, además de reforzar las investigaciones multidisciplinares, su carácter comparativo y la formación de consorcios. En este sentido, es también muy importante establecer planes de fomento de la investigación sobre envejecimiento entre jóvenes investigadores que refuercen en el futuro la capacidad de la investigación española siguiendo los estándares europeos. Considerando el espacio europeo de investigación como una entidad, el fomento de la cooperación entre investigadores españoles y europeos con experiencia investigadora sobre el envejecimiento de la población o la promoción de redes, consorcios y programas de investigación son retos estratégicos para el futuro. Resulta especialmente importante el desarrollo de mecanismos de coordinación de las investigaciones y los programas entre estados europeos para conseguir el máximo aprovechamiento de las capacidades de investigación y de los recursos institucionales, especialmente si se consigue el desarrollo de una estructura europea de investigación sobre envejecimiento.

FUTURAGE: el mapa de investigación sobre envejecimiento

Definitivamente, el mapa fue lanzado en octubre de 2011 después de haber completado todo el trabajo de preparación a través de consultas nacionales y de eventos internacionales. El documento puede ser descargado en el sitio web de FUTURAGE (www.futurage.group.shef.ac.uk/road-map.html). Se ha seguido, como se mencionó anteriormente, una forma de aproximación en la que han prevalecido principios como la consideración del envejecimiento como un proceso centrado en la perspectiva del curso de la vida, con carácter holístico y multidisciplinar, como un proceso que se enfoca en la interacción entre la persona y el medio, y en el que esta persona actúa como agente. De esta manera, el paradigma del envejecimiento activo ha ganado consistencia a lo largo del proceso de construcción del mapa para servir de hilo conductor a todas las prioridades definidas para la investigación sobre envejecimiento en el futuro. En definitiva, siete han sido las prioridades acordadas por consenso al final del proyecto. Son:

- Envejecimiento saludable para conseguir años con más vida.
- Mantenimiento de la capacidad mental.
- Inclusión y participación en la comunidad y en el mercado de trabajo.
- Calidad y sostenibilidad de los sistemas de protección social.
- Envejecimiento en buenas condiciones en el hogar y en la comunidad.

- Envejecimiento desigual y desigualdades relacionadas con la edad.
- Mecanismos para intervención en el ámbito biogerontológico.

La transición entre los grupos de trabajo definidos al principio del proyecto y estas prioridades se encuentra representada en la figura 1.

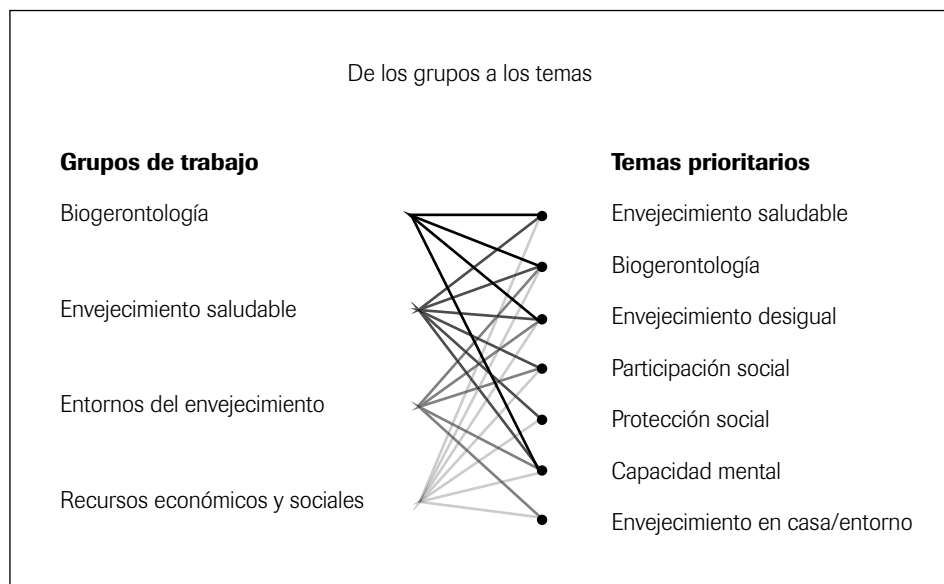


Figura 1. Transición entre los grupos de trabajo definidos y los temas prioritarios acordados

Cada una de las prioridades ha sido analizada desde una perspectiva amplia en el documento final de FUTURAGE, mediante el análisis de su importancia científica, pero también destacando su importancia para la investigación en el futuro próximo en Europa, a la luz de los avances actuales. Además, y éste es el contenido fundamental del mapa, se han explicado cada una de las cuestiones de investigación en las que se desglosan las prioridades y se plantean algunas preguntas de investigación esenciales que se deberán tener en cuenta en el futuro (tabla 1).

Una vez completado y presentado ante la Comisión Europea en octubre de 2011, el mapa está preparado para interactuar con las iniciativas de investigación que se están preparando en la Unión Europea para canalizar la investigación futura. Algunas de las medidas previstas en el documento del mapa (la puesta en marcha del Instituto Virtual Europeo, la incorporación de investigadores jóvenes al cuerpo científico europeo, aprovechando las posibilidades de formación y movilidad de investigadores, o la implica-

Tabla 1. Prioridades e iniciativas de investigación

Envejecimiento saludable

1. Fragilidad: definición y proceso
2. Intervenciones de promoción de la salud
3. Envejecimiento y marcadores tempranos
4. Relaciones entre enfermedades y funcionamiento en el curso de vida
5. Cuidado clínico y social
6. Educación y aprendizaje en el curso de vida
7. Condiciones ambientales para envejecer bien

Participación social

1. Ageísmo
2. Aprendizaje a lo largo de la vida
3. Migración
4. Superación de la incapacidad de acceso al mundo digital
5. Movilidad y accesibilidad
6. Envejecimiento y espiritualidad
7. Voluntariado
8. Participación como consumidor/usuario
9. Discriminación en el mercado de trabajo
10. Capacitación para una vida laboral más duradera
11. Conciliación entre trabajo y cuidados informales

Envejecimiento en casa o el entorno

1. Análisis de las características ambientales del hogar y la comunidad
2. Significado del entorno ambiental para los mayores
3. Envejecimiento y transportes
4. Entornos ambientales del mercado de trabajo
5. Entornos de cuidados de larga duración para la población dependiente
6. Entornos para un envejecimiento saludable
7. Entornos del hogar y la comunidad para la población muy mayor

Capacidad mental

1. Resultados del entrenamiento cognitivo y el ejercicio físico
2. Contextos de mejora del funcionamiento cognitivo
3. Sistemas emocionales y de personalidad para el mantenimiento de la capacidad mental
4. Capacidad mental en el curso de vida
5. Transiciones en los procesos de deterioro
6. Consideración social de la capacidad mental
7. Retos en edades avanzadas
8. Sinergias multidisciplinares e interdisciplinares en el análisis de la capacidad mental

Protección social

1. Sostenibilidad del sistema de seguridad social
2. Apoyo a cuidadores informales
3. Mejora del acceso a servicios
4. Eficiencia, coste y calidad en las intervenciones
5. Cuidado informal apoyado por la tecnología
6. Solidaridad intergeneracional y cooperación

Envejecimiento desigual

1. Seguimiento de desigualdades
2. Salud durante la vida laboral y de jubilación
3. Desigualdades en el mercado de trabajo
4. Desigualdades de salud y discriminación
5. Envejecimiento y migración
6. Estudios sobre la población muy mayor

Biogerontología: de los mecanismos a la intervención

1. Biomarcadores de envejecimiento
2. Telómeros, daño en ADN y disfunción mitocondrial
3. Estrés oxidativo y mantenimiento o daño molecular
4. Sistemas biológicos de envejecimiento
5. Inflamación y funciones inmunitarias
6. Factores metabólicos
7. Receptores nucleares
8. Desórdenes del sistema circulatorio y vascular

ción de los usuarios y la transferencia de conocimiento generado por la investigación europea) tienen carácter general y así ha sido reforzado ese carácter en el documento. Pero, desde un punto de vista operativo y práctico, una de esas expectativas tendrá que ser la inclusión de la investigación sobre envejecimiento en el próximo Programa Marco (Horizontes 2020), como estrategia de política científica europea. Para ello se cuenta con el apoyo político de la Comisaria de Investigación.

Como se ha mencionado en líneas anteriores, existen diversas iniciativas europeas sobre investigación que se van a desarrollar en el próximo futuro. Entre ellas se encuentran, por su calado e importancia general, dos: la Asociación Europea para la Innovación, sobre Envejecimiento Activo y Saludable; y Horizonte 2020.

La primera, European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, en su denominación inglesa, es una iniciativa piloto que pretende mejorar la posición europea en la resolución de retos sociales, como el del envejecimiento, apostando por la investigación y la innovación, ante las debilidades manifestadas por la ciencia europea en este ámbito de la transmisión del conocimiento al mercado. Por lo tanto, la Comisión Europea entiende que en los países europeos existe un enorme potencial que desarrollar. Con estos supuestos en la base, se han definido tres objetivos: *a)* capacitar a los ciudadanos para que, al envejecer, desarrollen una vida más saludable, activa e independiente; *b)* mejorar la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas sociales y de salud en Europa, y *c)* mejorar la competitividad de los mercados al proveerles productos y servicios que ayuden a superar el reto social que representa el envejecimiento actual y futuro de la población en Europa. De acuerdo con todos estos contenidos, está previsto que esta estructura de investigación se centre en tres áreas fundamentales: la promoción y prevención de la salud; los cuidados y la atención a personas, y el desarrollo de una vida independiente y activa, con el objetivo final de, dentro de 10 años, haber conseguido que la población europea haya aumentado su esperanza de vida en 2 años. Para conseguir este objetivo será necesario, se argumenta, contar con la participación de los agentes interesados (usuarios, administraciones y empresas) en el ciclo de la innovación.

La segunda es el programa marco Horizonte 2020, que está previsto que entre en funcionamiento a partir de 2014. En su definición original sigue un principio semejante al de la iniciativa anterior, es decir, la búsqueda de la integración real de la investigación y la innovación, para conseguir que las ideas sean puestas en el mercado y que encuentren oportunidades de negocio. Partiendo de la experiencia de programas anteriores, Horizonte 2020 pretende superar algunas de las rigideces que les han caracterizado, ofrece una estructura científica más simple y crea normas de participación para los

científicos también más sencillas, así como modelos de costes más adecuados. Su estructura científica se basa en la identificación de prioridades científicas en busca de investigación de excelencia, de un liderazgo industrial y de superar retos sociales de vital importancia para la sociedad europea. Uno de esos retos ha sido denominado «Salud, cambio demográfico y bienestar», y su objetivo es dar cobertura a la multiplicidad de iniciativas que en Europa miran hacia el envejecimiento demográfico y sus dimensiones, específicamente la salud. En efecto, de las 16 actividades que Horizonte 2020 tiene previsto desarrollar dentro de este reto, una gran mayoría tiene a la salud y sus dimensiones como el objetivo principal, aunque los aspectos sociales, psicológicos o políticos desempeñan un papel importante pero con un cierto carácter colateral.

En cualquier caso, es de justicia reconocer que la investigación futura sobre envejecimiento de la población en España y Europa va a tener un papel acorde a su importancia social y a su valor como instrumento de planificación de políticas para la población mayor.

Centros de mayores: origen, datos de estructura, cobertura y entorno, modelos de gestión

Origen de los centros de mayores, objetivos, justificación y evolución histórica

Miguel Gil Montalbo

Jefe del Servicio de Programas del IMSERSO, jubilado. Madrid.

Introducción

Este recurso social, cuya denominación evocaba calidez y acogida, ha sido básico en nuestro país, pues ha servido de apoyo a una serie de actividades que, gracias a su existencia, se han podido ofrecer hasta en lugares bien remotos.

Es verdad que lo podríamos calificar como un «recurso de baja intensidad». Quizá hoy estamos muy polarizados hacia la atención a la dependencia, en detrimento de los programas de envejecimiento activo. Sin embargo, hemos de valorar su importancia por su gran implantación en todo el país y por las prestaciones de diversos tipos que este recurso ha permitido ofrecer a la población mayor durante décadas, cuando estaban muy poco desarrollados los servicios sociales que hoy conocemos y conforman nuestro actual Estado de bienestar.

Para hablar de los orígenes de este recurso hemos de situarnos mentalmente en la década de 1970, en tiempos de Franco. Podemos recordar cualquiera de los primeros capítulos de la serie de TVE *Cuéntame cómo pasó*.

La sociedad española de entonces era bien distinta a la actual. Envejecer entonces no era lo mismo que envejecer ahora. Ponerse enfermo entonces, cobrar una pensión de aquellas, vivir en los pueblos de entonces... no era lo mismo que ahora.

La atención a las personas mayores siempre ha sido una preocupación para las administraciones públicas. Los antecedentes en materia de protección social se remontan

a la beneficencia (la Ley General de Beneficencia data de 1849), modelo de atención que convivió con la asistencia social durante toda la etapa franquista (Cerdeira, 1987).

Nosotros, ahora, dejando atrás épocas caracterizadas por la actividad benéfico-asistencial, graciable, asumida por el Estado en beneficio de las personas marginadas, nos situamos en un nuevo marco: la naciente Seguridad Social.

Son de referencia dos textos legales fundamentales:

- Ley 193/1963 de 28 de diciembre sobre Bases de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, nº 312, 30 de diciembre de 1963.

Ya en su preámbulo se anuncia que viene a sistematizar los diferentes mecanismos de protección, entre los cuales se encuentra la asistencia social:

«Parece llegado el momento de operar el tránsito de un conjunto de Seguros Sociales a un Sistema de Seguridad Social.»

«La Seguridad Social entendida como sistema de superación de los esquemas clásicos de Previsión y Seguros Sociales, exige inexcusablemente un régimen complementario de Asistencia Social.»

«Dentro de la Seguridad Social, la Asistencia se configura por la Ley como un sistema complementario, en casos límite, de la protección dispensada por la primera; pero no se trata tanto de un régimen complementario de la Seguridad Social como sistema, cuanto de un régimen complementario de sus prestaciones. De este modo la Asistencia Social actuará para paliar o eliminar los estados de necesidad en que puedan incidir las personas incluidas en el campo de aplicación de la Ley cuando no se acredite el derecho a las prestaciones o se haya agotado el tiempo máximo previsto para su disfrute, incluidas las prórrogas, o resulten insuficientes para la satisfacción de las necesidades que las determinan.»

- Decreto 907/1966 de 21 de abril, aprobando el texto articulado primero de la Ley 193/1963 de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, nº 96, 22 de abril de 1966.

En este texto de desarrollan, en más de doscientos artículos, las bases ya aprobadas del nuevo sistema de la Seguridad Social. La acción protectora del sistema comprenderá la asistencia sanitaria, las prestaciones económicas de incapacidad laboral transitoria (ILT), invalidez, vejez, desempleo, muerte y supervivencia, protección a la familia y

los servicios sociales en materia de asistencia, medicina preventiva, higiene y seguridad en el trabajo, reeducación y rehabilitación de inválidos, empleo y promoción social, y en aquellas otras materias en que el establecimiento de tales servicios se considere conveniente (art. 20.1).

Como complemento de la acción protectora del sistema de la Seguridad Social «podrán otorgarse los beneficios de la Asistencia Social» (art. 20.2) cuyo concepto y contenido se desarrollan en los artículos 36 y 37.

La dirección, vigilancia y tutela del Ministerio de Trabajo sobre la gestión de la Seguridad Social se instrumentaliza (arts. 38 y sig.) mediante las siguientes entidades gestoras:

- Instituto Nacional de Previsión.
- Mutualidades laborales.

Al enumerar las competencias de cada una (arts. 195 y 196) se incluye un idéntico párrafo:

«Asimismo, dispensarán prestaciones con cargo a los fondos asistenciales que se doten y colaborarán, en la forma que se determine, en la ejecución de los programas de los Servicios Sociales.»

Este texto se traslada igualmente al texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1974 (arts. 196 y 197).

Ya tenemos la percha jurídica a partir de la cual se desarrollan competencias y se atribuyen funciones a las futuras entidades gestoras.

Y ahora comentaremos dos órdenes ministeriales que, a propuesta de la Dirección General de la Seguridad Social, se aprueban para la puesta en práctica de la atención a las personas mayores:

- Orden de 19 de marzo de 1970 por la que se establece el servicio social de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos. Boletín Oficial del Estado, nº 70, 23 de marzo de 1970.

En su preámbulo se indica que:

- La Seguridad Social es consciente de los problemas sociales y humanos derivados del progresivo envejecimiento de la población y el elevado número de pensionistas mayores de 60 años.

- Algunas mutualidades laborales ya realizan acciones parciales de asistencia, pero conviene darles el carácter general y planificado que requieren las necesidades que se van a atender.
- La acción protectora de la Seguridad Social, mediante los servicios sociales, ofrece el cauce adecuado para atender este problema.

Por lo tanto, dispone en su artículo 1º:

- Se establece el servicio social de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos.
- El referido servicio social será prestado por un servicio común de la Seguridad Social, que extenderá su acción a los distintos regímenes que integran el sistema de la misma.
- Dicho servicio común queda adscrito a la caja de compensación y reaseguro de las mutualidades laborales.

Señala como actuaciones propias de este servicio social:

- La creación y el mantenimiento de centros gerontológicos, residencias, hogares y establecimientos similares.
- La organización de asistencia y ayuda domiciliaria a los beneficiarios.
- Cualquier otra complementaria de las anteriores.
- La impulsión, el asesoramiento y la promoción de unidades gerontológicas (públicas y privadas).
- La elaboración de planes o programas de acción.

Podrán ser receptoras de estas actuaciones las siguientes personas encuadradas dentro de la acción protectora de la Seguridad Social en cualquier régimen:

- Pensionistas de vejez.
- Pensionistas de invalidez con 60 años o invalidez absoluta.
- Pensionistas de viudedad con 60 años o invalidez absoluta.
- Aquellas otras personas en que excepcionalmente se considere pertinente (por razones de edad, incapacidad, circunstancias individuales o familiares).

Ya tenemos explícitamente considerada la creación y el mantenimiento de los hogares como una actuación propia del servicio social de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos.

Un año más tarde, se publica una nueva orden, a propuesta también de la Dirección General de la Seguridad Social:

Orden del 26 de febrero de 1971 por la que se regula el Plan Nacional de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos. Boletín Oficial del Estado, nº 53, 3 de marzo de 1971.

En su artículo 1º ya se define el Plan Nacional de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos como el instrumento mediante el cual se estudia y sistematiza la asistencia social que ha de prestarse, en el orden gerontológico, a las personas beneficiarias.

Se desarrolla mediante *acción directa* y *acción concertada* (arts. 2º y 3º), con entidades públicas o privadas para extender por todo el territorio nacional una red asistencial integrada por:

- Hogares y clubes de pensionistas, donde:
 - Se promoverá la convivencia.
 - Se facilitará la atención geriátrica, alimenticia, recreativa, cultural, de asesoramiento, de terapia ocupacional y cualquier otra complementaria.
- Residencias para válidos.
- Centros geriátricos, que constarán de:
 - Residencias asistidas.
 - Sanatorios geriátricos de rehabilitación (para inválidos y convalecientes).
 - Hospital de día (para tratamientos de rehabilitación).
- Turnos de vacaciones en residencias y balnearios.
- Ayuda a domicilio.
- Otras que redunden en beneficio de los pensionistas de la Seguridad Social.

En el artículo 4º se establece la siguiente planificación:

- Hogares y clubes en todas las capitales de provincia y poblaciones que se estime procedente por el número de pensionistas.
- Una residencia en cada provincia. En fases posteriores se podrá ampliar.
- Centros geriátricos de rehabilitación en cada región, procurando ubicarlos donde haya alguna facultad de medicina.

En cuanto a la participación de los beneficiarios en el costo del servicio (art. 5º):

- Las prestaciones de hogares y clubes serán gratuitas.
- En ayuda a domicilio y centros gerontológicos según posibilidades y normativa.

Una vez realizado el anterior recorrido por las normas citadas, podemos concluir, a modo de resumen, que la cobertura de la Seguridad Social se estructura en dos modalidades de protección: la básica, que incluye las prestaciones económicas y sanitarias correspondientes a los riesgos clásicos, y la complementaria, que abarca los servicios sociales y la asistencia social de la Seguridad Social.

Los servicios sociales son prestaciones técnicas previstas para las áreas de higiene y seguridad en el trabajo, medicina preventiva, reeducación y rehabilitación de inválidos, acción formativa y otras que resulten convenientes.

La asistencia social de la Seguridad Social es un mecanismo de previsión de casos de emergencia o excepcionales.

Todos los servicios sociales expresamente previstos, más el de asistencia a pensionistas y la asistencia social, tuvieron un importante desarrollo en la etapa franquista.

Tras la muerte de Franco se reestructuran competencias y organismos. Así, por el R.D. de 14 de abril de 1977, se crea en el Ministerio de Trabajo la Dirección General de Asistencia Social y Servicios Sociales, cuya denominación se fue cambiando por la de Dirección General de Servicios Sociales y, posteriormente, Dirección General de Acción Social. Esta dirección general asumió las competencias del Ministerio de la Gobernación en materia de beneficencia y asistencia social, junto con las propias de servicios sociales de la Seguridad Social.

Por último, debemos tener presente el R.D. Ley 36/1978 de 16 de noviembre, por el que se reforma la estructura de la gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. A partir de este momento la Seguridad Social retiene los servicios sociales para las personas de la tercera edad y los minusválidos, que se integran en el IMSER-SO¹, y los restantes servicios sociales de la Seguridad Social (servicio de universidades laborales, servicio de empleo y acción formativa, promoción profesional obrera y servicio de seguridad e higiene en el trabajo) pasan a la Administración del Estado (Casado, 1983 y 2003).

Una pincelada sociológica

Las condiciones de vida de las personas mayores han sido estudiadas en diferentes ocasiones. Para contextualizar mejor aquella época, podemos recordar algunos datos

¹Creado «para la gestión de servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social» (art.1.3).

de la Encuesta sobre Necesidades Sociales y Familiares de la Tercera Edad², que al referirse al *equipamiento de las viviendas* ocupadas por las personas mayores de 60 años, habla de importantes carencias:

- El 24,1 % no dispone de agua caliente.
- El 62,4 % no dispone de calefacción (salvo fuentes de calor aisladas).
- El 21,6 % no dispone de baño completo.
- El 31,0 % no dispone de teléfono.
- El 18,3 % no dispone de lavadora.

El *sistema sanitario* no tenía la cobertura de la que hoy disfrutamos. Existía una extendida percepción subjetiva de necesidades de atención sanitaria no cubiertas:

- El 24 % de las personas mayores enfermas que no recibe ningún tipo de tratamiento cree que necesitaría atención médica.

Nuestro Estado del bienestar, al menos mientras se mantenga en pie, nos ofrece hoy unas prestaciones sociales, económicas, sanitarias, educativas, etc. de las que no han podido disfrutar nuestros padres o abuelos.

Como en cualquier época, acceder a la jubilación suponía entrar en la categoría de anciano, viejo, retirado, en mayor medida que hoy, que a los 60 o 65 años nadie se considera viejo.

La encuesta citada señala que, por lo general, las mujeres realizan un tránsito más natural que los varones al acceder a la jubilación. Estos plantean mayores necesidades de sustitución de la actividad laboral a través del ocio. Mientras que las mujeres citan como ocupación más habitual estar en casa y realizar las tareas del hogar, los varones salen más a la calle, simplemente a pasear o para reunirse con amigos en un bar o en un hogar de la tercera edad.

La sobreabundancia de *tiempo libre*, en ocasiones fuente de conflictividad familiar, permite la realización de actividades de ocio de carácter pasivo (escuchar la radio, mirar la televisión) y otras con participación activa (ir al cine, viajar, practicar algún deporte).

²Datos bien elocuentes, a pesar de ser de 1988, 15 años después del Estatuto de hogares del pensionista de la Seguridad Social.

Las personas mayores que aún viven con su cónyuge son más aficionadas a pasear y realizar viajes o excursiones, aunque con mayor frecuencia las de medio urbano. Practican más algún deporte las personas con mayor nivel de ingresos.

Para acabar de situarnos y para ilustrar la situación con la serie *Cuéntame cómo pasó*, podemos imaginarnos al matrimonio Alcántara escuchando en la radio una intervención de D. Licinio de la Fuente que, como es sabido, fue Ministro de Trabajo del gobierno de Franco entre los años 1969 y 1975 (De la Fuente, 2000):

«[...] Y la política en relación con los mayores no se quedó sólo en las pensiones, sino que en 1970 aprobamos el Plan Gerontológico Nacional³, y empezamos a construir residencias y hogares de pensionistas por toda España a un ritmo que en 1975 suponía inaugurar una residencia cada mes y un hogar cada semana.

Las residencias y hogares se constituyeron en centros de asistencia y convivencia, pero también en centros de rehabilitación y de participación y difusión cultural, comenzándose entonces las exposiciones, conferencias y viajes protegidos que, después, y hay que alabarlos, han conseguido tan notable desarrollo.

Avances importantes que hay que fomentar e incrementar con una política integral de mayores, que no debería degradarse ni envilecerse nunca convirtiéndola en instrumento electoral.»

El diseño de los hogares y clubes

Por Circular 9/1973, de 3 de diciembre, se establece el primer Estatuto de los Hogares del Pensionista de la Seguridad Social, que entra en vigor el 1 de enero de 1974.

En su artículo 1 se define:

«Los Hogares del Pensionista de la Seguridad Social, son Centros Gerontológicos dependientes del Servicio de Asistencia a Pensionistas de la Seguridad Social, en los que se promoverá la convivencia de los socios, facilitándoles atención geriátrica, alimenticia, recreativa, cultural, de asesoramiento y cualquier otra que complemente esta acción asistencial.»

³La Comisión Permanente de la Asamblea General de Mutualidades Laborales aprueba el 2 de octubre de 1969 el Plan Gerontológico Nacional de las Mutualidades Laborales.

Merece la pena señalar cómo en su artículo 2, al especificar quiénes pueden ser socios, donde se enumeran los diferentes tipos de pensionistas (jubilación, invalidez, viudedad, etc.) añade:

«[...] cualquier otra persona, aunque no sea pensionista de la Seguridad Social, siempre que haya cesado en el ejercicio de su profesión u oficio, tenga cumplidos 60 años de edad y sea presentada por dos socios pensionistas que la avalen.»

En el carné de asociado figurará su condición de socio pensionista o socio no pensionista.

Llama la atención el protagonismo que, en aquel contexto social y político predemocrático se otorga a las personas mayores; el empoderamiento, que diríamos hoy, del colectivo de mayores promovido desde la propia Administración Pública.

Hoy nos parece obvio, pero entonces, desde un contexto asistencialista hacia el colectivo de pensionistas, resulta novedoso y hasta casi revolucionario el promover la práctica autogestión de los hogares por parte de sus socios.

Se establece que todos los socios formen parte de la asamblea general, aunque no así sus cónyuges. Formarán parte de la junta administradora 14 vocales: siete natos (serán funcionarios y el asistente social sin voto) y siete electivos (socios pensionistas). El presidente y vicepresidente serán elegidos por la junta administradora entre los vocales electivos. Sin embargo, las funciones del presidente (representar al centro, convocar y fijar el orden del día de las reuniones de la junta administradora) se realizarán «de acuerdo con el administrador».

Las comisiones de trabajo «para promocionar actividades y distracciones a los socios» (relaciones públicas, visitas a enfermos, excursiones, espectáculos, actividades literarias, musicales, deportivas, pictóricas, filatélicas, etc.) las presidirá un vocal de la junta administradora y al menos tres socios designados por la junta.

En 1983, el INSERSO publica un documento técnico (el 28/83 de la serie) en el que «a partir de la experiencia adquirida desde el año 1970, el volumen de centros que se gestionan⁴, la aportación de los trabajadores sociales a ellos dedicados, y la participación de los beneficiarios, se exponen los contenidos, objetivos y actividades que deben

⁴En esta fecha ya existían 1.757 hogares y clubes, de los cuales 376 dependían de la Seguridad Social.

desarrollarse en los Hogares y Clubs de pensionistas, y se señalan de forma indicativa las funciones del personal y de los Órganos de Gobierno».

Se toma como referencia la recomendación número 30 del Plan de Acción Internacional aprobado en la I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Viena, 1982), donde se dice que «los servicios de bienestar social deberán tener por objeto la creación, promoción y mantenimiento, durante el mayor tiempo posible de las funciones activas y útiles de las personas de edad en la comunidad y para la comunidad».

Al hablar de la finalidad y objetivos de los hogares se dice lo siguiente: «Una de las funciones más importantes que debe cumplir es la de llenar el vacío que siente el anciano por el hecho de la jubilación, paliar la soledad en que con frecuencia está sumido», de ahí la necesidad de fomentar la convivencia. Y añade:

«El Hogar tiene que proporcionarle estímulo de vivir, creando constantemente los incentivos necesarios para hacerle participar en la vida ciudadana, convirtiendo su ocio, generalmente pasivo, en ocio activo, organizando las actividades precisas para que el anciano se siga considerando miembro útil de la sociedad.»

«La actividad del Hogar ha de tener necesariamente una proyección hacia fuera, estar en conexión con la vida ciudadana [...]. El Hogar tiene que convertirse en el eje sobre el cual gire la cooperación necesaria para que la acción social a favor de la Tercera Edad sea eficaz.»

«Ubicado en el casco urbano, bien comunicado, con las siguientes dependencias:

- Sala de estar.
- Salas de juegos y TV.
- Cafetería-Comedor.
- Biblioteca-Hemeroteca.
- Dispensario Geriátrico.
- Sala de Rehabilitación.
- Sala de Actividades Ocupacionales y Recreativas.
- Sala de Podología.
- Área administrativa y de Atención Social.»

En lo que se refiere a prestaciones y servicios se dice:

«Asistencia geriátrica: está encomendada al médico, ATS y podólogo, y se centra principalmente en la medicina preventiva y la rehabilitación menor a los socios que lo necesiten.

Asistencia Social: el asesoramiento está encomendado al Asistente Social.

Servicio Social de caso: comprende orientación en sus problemas en el campo social, económico y familiar, información sobre posibles prestaciones y ayudas.

Servicio Social de grupo: actividades, reuniones, coordinación y dinámica de los grupos.

Actividades ocupacionales y de animación sociocultural: desarrollo de inquietudes artísticas y culturales, estimulando la creatividad.

Ayuda especial de comedor: subvención de parte del importe de la comida a los de escasos recursos económicos. Mediante conciertos con CC.LL. o entidades públicas o privadas, este servicio puede alcanzar a todos los ancianos de la localidad que lo necesiten, sean o no pensionistas.

Ayuda a Domicilio: destinada a pensionistas impedidos o con gran dificultad para desplazarse al Hogar o cuya situación económica o familiar lo requiere. Lo presta el Asistente Social, las Auxiliares de Hogar y personal voluntario. Consiste en comida a domicilio, aseo personal, limpieza de domicilio, lavado y planchado de ropa, atención médica preventiva, terapia ocupacional, compañía, peluquería, biblioteca, etc.

Biblioteca-Hemeroteca.

Servicios concertados: cafetería y peluquería (precios asequibles e inferiores a los de la zona).

Pueden solicitar el carné de socio:

- Los pensionistas de jubilación o vejez.
- Los pensionistas de viudedad o invalidez con 60 años cumplidos.
- Cualquier persona, aunque no sea pensionista de la Seguridad Social, siempre que haya cesado en el ejercicio de su profesión y oficio y tenga cumplidos 60 años de edad.
- Los cónyuges de los socios.»

Posteriormente, mediante Orden de 16 de mayo de 1985, se aprueba el Estatuto Básico de los centros de la tercera edad del Instituto Nacional de Servicios Sociales de la Seguridad Social.

Es un Estatuto que:

«[...] trata de incorporar determinadas características generales: en primer lugar, la de ser un Estatuto Básico, porque alberga preceptos fundamentales y susceptibles de posterior desarrollo a través del procedimiento correspondiente, sin perjuicio de su inmediata aplicabilidad. En segundo término, se trata de un Estatuto abierto, en cuanto que fomenta la integración de los centros en la comunidad de la que proceden y en la cual desarrollan sus actividades. Y, por último, se trata de un Estatuto común con normas válidas para todos los centros del Instituto Nacional de Servicios Sociales de la Seguridad Social, para Residencias y para Centros de Día, en el ánimo además de que pueda ser tomado como modelo, o al menos referencia, para los dependientes de otras Instituciones públicas o privadas.»

La asistencia a los hogares y clubes de la tercera edad

Dice la encuesta anteriormente citada, sobre necesidades sociales y familiares de la tercera edad, que aproximadamente la cuarta parte de las personas de 60 años o más declaran que acuden, con mayor o menor asiduidad, a los hogares y clubes para la tercera edad (34,3 % en varones y 16,6 % en mujeres). En mayor medida los más mayores, hasta los 75 años, en que baja el porcentaje. Igualmente en mayor medida en localidades de entre 10 000 y 100 000 habitantes y en menor en urbes superiores a 500 000 habitantes, donde hay más ofertas de ocupación del ocio. Los servicios más usados son las actividades recreativas y la cafetería, les sigue la peluquería (en mayor medida por parte de las mujeres) y la biblioteca (en mayor medida por parte de los varones).

En el *Libro blanco sobre el envejecimiento activo* aparece un gráfico sobre conocimiento y utilización de los recursos sociales en el que figura que, si en 1998 un 29,7 % de las personas mayores asistía o había asistido a centros sociales, hogares o clubes, esta cifra se elevaba hasta el 35 % en el año 2010.

Las propuestas del Plan Gerontológico de 1992

La Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales, en su reunión de 24 de abril de 1991, asumió globalmente el Plan Gerontológico, aunque hasta 1992 no se le dio publicidad

y no tuvo una partida específica en el presupuesto de gastos del INSERSO. Aunque muchos programas recogidos en el Plan Gerontológico ya existían en el momento de su redacción, en él se establecen una serie de objetivos y medidas que desarrollan sus líneas de actuación, y con las que se pretende contribuir a «cerrar definitivamente un estilo en la política social dirigida a las personas mayores que estuvo marcado por el asistencialismo paternalista y por una concepción del jubilado como inútil social, así como a impulsar, dinamizar y afianzar definitivamente uno nuevo en el que se consolide la realización de una política integral, dirigida a unos ciudadanos que, no por contar con más edad, han de tener menos derechos».

Las propuestas concretas que se contienen en el Plan Gerontológico vienen enmarcadas en una serie de planteamientos teóricos, en muchos casos novedosos para el momento, que vienen a armar conceptualmente nuestro todavía joven modelo de servicios sociales:

«Los Servicios Sociales constituyen un moderno sistema de prevención y satisfacción de necesidades que se encuentra en nuestro país en trance de formulación definitiva y de articulación efectiva. Tal sistema debe ser concebido como uno más (como lo es la educación o la salud) dentro del esquema general del denominado “Estado de Bienestar” que en España se está tratando de consolidar».

Se afirma con rotundidad que:

«[...] hay que rechazar la cómoda y falsa identificación del Sistema Público de Servicios Sociales con las tradicionales actuaciones de asistencia social, acciones meramente reparadoras de situaciones de desigualdad, pero mantenedoras de las condiciones que la permiten y generan [...]. El Sistema de Servicios Sociales ha de dirigirse simultáneamente a promover y organizar la solidaridad social [...]. Se entiende por Servicios Sociales Comunitarios los instrumentos de la política social destinados a la atención integral de las necesidades individuales y colectivas de las personas mayores dentro de la comunidad en que viven. Estos Servicios desarrollan programas tendentes a la normalización y a la integración de dicho colectivo.»

De las cinco áreas en que se estructura el Plan Gerontológico (pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio, participación), la más extensa es la de servicios sociales. A los hogares se refiere el objetivo 2.8:

«Extender con criterios de equilibrio interterritorial la red de Hogares y Clubs existente en la actualidad, remodelando las funciones y servicios de los mismos

de manera que se configuren como centros abiertos a la comunidad para promover la cultura, la participación, la presencia activa de los mayores y el intercambio intergeneracional.»

La consecución de este objetivo se pretende a través de una serie de medidas:

- «Tender a conseguir, como mínimo, un ratio de 1 Hogar por cada 2 500 personas mayores de 65 años, distribuyendo los centros proporcionalmente en cada área o sector, como el fin de corregir los desequilibrios territoriales.
- Propiciar la creación de Clubs para mayores en núcleos pequeños de población por parte de Corporaciones Locales, ONGs, Fundaciones, Cajas de Ahorros, etc.
- Actualizar el programa de necesidades de los Hogares para que responda a las exigencias de su nueva proyección. El nuevo programa contemplaría los siguientes servicios: información, salón polivalente, biblioteca, talleres de promoción e intercambio intergeneracional, talleres ocupacionales y artísticos abiertos a la Comunidad, gimnasio, sala de fisioterapia, ducha o baño geriátrico, podología, cafetería, comedor, cocina, peluquería, servicio de comida a domicilio, servicio de lavandería.
- Irradiar los programas de actuación y los servicios de los Hogares a los municipios y población dispersa de la demarcación, mediante desplazamientos periódicos de los profesionales del Centro; traslado de los mayores al Hogar para asistencia a actos o dispensación de servicios, etc.
- Establecer en los centros cuya infraestructura lo permita la unidad de “estancia diurna” para propiciar entre los mayores con autonomía reducida el cuidado adecuado, las posibilidades de incorporación social y la rehabilitación. El establecimiento de dicho servicio requiere contar con el personal de apoyo preciso y con unos vehículos adaptados para cuando la familia no pueda trasladar al anciano.
- Potenciar el área de información de los Hogares, tanto en orden a ofrecer al ciudadano conocimientos de todos los servicios y prestaciones existentes para los mayores, como para recibir sugerencias o demandas de los propios socios o de los ciudadanos en general.
- En los Hogares cuya infraestructura lo permita y en algunos de nueva construcción se establecerán los servicios de comidas al exterior y de lavandería, destinados a personas mayores, mediante las modalidades siguientes: Lavandería (recogida y reparto de la ropa en el domicilio); Comidas (venta de comidas congeladas; servicio a domicilio).»

Podemos concluir con la afirmación que se incluye en el *Libro blanco del envejecimiento activo* (págs. 415-416), publicado por el IMSERSO en este mismo mes de noviembre, acerca de que:

«Los Hogares y Clubes de jubilados, que se remontan a la segunda mitad de la década de los 70, iniciaron este camino con la pretensión de acoger durante el día a miles de personas mayores que en aquel momento tenían muy pocas alternativas para ocupar el tiempo libre, con recursos económicos muy escasos y viviendas que con frecuencia presentaban muchas deficiencias.

Aquel recurso, con claros rasgos de discriminación por razón de edad, pero con una función social importante, cuenta hoy con casi 5 000 centros distribuidos desigualmente por el territorio español y supera los 3 millones de socios.

Las personas mayores ahora ya no necesitan pasar el día en estos centros, sino que acuden a algunas de las múltiples actividades que se ofrecen para todo tipo de gustos y niveles de instrucción: desde alfabetización a programas sofisticados de ordenador, desde clases de gimnasia a bailes de cualquier estilo o programas de entrenamiento de la memoria.

Este tipo de oferta formativa o simplemente lúdica se propone también en otros recursos más normalizados: centros de servicios sociales, casas de cultura, polideportivos, universidades populares, etc. Mención aparte merece el rápido desarrollo observado en el ámbito universitario, que actualmente ofrece en la mayoría de las universidades españolas una amplia gama de posibilidades de aprendizaje.»

Entre las aportaciones recibidas se incluyen las realizadas en las «Jornadas sobre aprendizaje a lo largo de la vida y envejecimiento activo», organizadas por el IMSERSO en abril de 2011, donde se afirma que «el aprendizaje a lo largo de la vida debe considerarse como un derecho de los ciudadanos», que «aporta efectos positivos al envejecimiento en los planos personal y social», y concluye que «los hogares y clubes de mayores deben adaptarse a las nuevas necesidades y demandas de sus usuarios, debiendo ser centros de referencia en el impulso del aprendizaje de las personas mayores» (pág. 314).

También se incluye la propuesta realizada por el Consejo Estatal de las Personas Mayores, en el sentido de que se deben «adaptar los Hogares del Pensionista a los perfiles actuales de las personas mayores, en especial en el medio rural, para que sirvan de lugares que fomenten la participación de las personas mayores» (pág. 521).

Bibliografía

- Cabra de Luna, M. A., y Thiebaut, M. P. (1983). Análisis de la actuación del Gobierno en la Acción Social (en línea). *Documentación Social*, 53, 169-184. [acceso 26/04/2012]. Disponible en: <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/689/12%20-%20AN%C3%81LISIS%20DE%20LA%20ACTUACI%C3%93N%20DEL%20GOBIERNO%20EN%20LA%20ACCION%20SOCIAL.PDF>
- Casado, D. (1983). Notas sobre bienestar social y servicios sociales (en línea). *Documentación Social*, 53, 47-62. [acceso 26/04/2012]. Disponible en: <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/689/04%20-%20NOTAS%20SOBRE%20BIENESTAR%20SOCIAL%20Y%20SERVICIOS%20SOCIALES.PDF>
- Casado, D. (2003). Servicios Sociales de la Seguridad Social. Aspectos institucionales (en línea). *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 11, 19-33. [acceso 26/04/2012]. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5600/1/ALT_11_02.pdf
- Cerdeira, I. (1987). Los servicios sociales del franquismo a la Constitución (en línea). *Cuadernos de Trabajo Social*, 0, 135-158. [acceso 26/04/2012]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=905494>
- IMSERSO (1973). Circular 9/1973, de 3 de diciembre. Estatuto de los Hogares del Pensionista de la Seguridad Social.
- IMSERSO (1987). Análisis de la Guía de Centros para la Tercera Edad. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (1992). Plan Gerontológico. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Madrid: IMSERSO.

Centros públicos para mayores en el Ayuntamiento de Madrid

Juan de la Torre Vidal

Jefe del Departamento de Centros de Día y Residenciales.

Dirección General de Mayores y Atención Social.

Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.

Introducción

A la hora de abordar el tema de los centros para mayores quisiera exponer los objetivos que persigo, que creo que son sencillos: un primer objetivo es conocer la situación, el funcionamiento, las características y las peculiaridades de los centros municipales para personas mayores en el Ayuntamiento de Madrid; el segundo objetivo es explicar los mecanismos de participación existentes en los propios centros y fuera de ellos, y por último hacer una pequeñísima reflexión sobre hacia dónde creo que han de ir los centros municipales para personas mayores del Ayuntamiento de Madrid.

Al comenzar a elaborar este trabajo me doy cuenta de algo obvio, con lo que de nuevo chocamos y que «chirría», y se trata del concepto y de la palabra *mayor*.

Mis padres son «mayores», mi madre tiene 76 años y mi padre cumplirá los 80, pero son otro concepto de persona mayor distinto de aquel constructo que nos habíamos forjado hace años. Mi madre es una asidua a los correos electrónicos y en estos días está haciendo otro curso de informática. Por supuesto, ya ha hecho uno sobre las redes sociales, como Facebook, Twitter, LinkedIn o Myspace. Les tengo que confesar que yo me siento mucho más «mayor» que mis padres, ya que soy un ignorante dentro del mundo de las redes sociales. Y por supuesto que, a lo largo del año, viajan mucho más que yo.

En fin, lo que les quiero transmitir es que el concepto de «persona mayor» ha cambiado mucho y, por lo tanto, los centros para personas mayores también han cambiado y han de cambiar aún más.

El Ayuntamiento de Madrid tiene un total de 89 centros municipales para personas mayores en funcionamiento y tres en construcción que se abrirán el próximo año.

El número de socios, que se acreditan a través de una tarjeta electrónica que puede solicitar cualquier persona mayor de 65 años, es de 281 781. Son muchos socios, nada menos que el 45,26 % de toda la población mayor de 65 años de Madrid, es decir, cerca de la mitad de los madrileños mayores de 65 años ha querido hacerse el carné de socio para poder disfrutar de alguno de los servicios o actividades que se prestan en un centro municipal para personas mayores, o bien para un taller, para ir a la peluquería, para hacer un viaje, para arreglarse los pies en el podólogo o para hacer un curso de Tai-chi.

Son muchos socios y esa es una gran responsabilidad para la Administración. Cerca de 25 000 personas acuden a diario a los centros.

Claro, la variedad y diversidad de talleres y actividades hacen de estos centros un espacio atractivo, cercano y —diría yo— necesario.

Los servicios que se prestan son muy diversos:

- Servicios: podología, peluquería, cafetería, comedor, gimnasio, biblioteca.
- Talleres: pintura, textil, informática, cerámica, madera, teatro.
- Actividades: terapia ocupacional, cultura general, autoayuda, voluntariado, acogida de socios, excursiones, salidas, paseos, baile.

Como pueden ustedes comprobar, son actividades muy diversas y que podrían ir orientadas a personas de cualquier edad, no necesariamente mayores.

Dependencia orgánica de los centros

Dependen de los departamentos de servicios sociales de cada uno de los 21 distritos de la ciudad de Madrid, con el apoyo en algunos servicios y programas del Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales.

La dirección del centro recae sobre el coordinador de centros, como representante del Ayuntamiento de Madrid en los mismos.

Los centros para personas mayores tienen un carácter altamente comunitario, ya que son fácilmente accesibles y están totalmente insertos en los barrios de estos distritos.

Modelos actuales

Al igual que las personas, no todos los centros son iguales.

En primer lugar, quisiera transmitirles que el Ayuntamiento de Madrid apostó hace más de 25 años por un modelo muy claro de centros de mayores, el de *centros específicos para los mayores*, es decir, espacios preferentemente dedicados a personas mayores de 65 años, que aunque a veces cohabiten con otros recursos, como centros de servicios sociales, centros de día para personas dependientes, la realidad cotidiana nos dice que los mayores quieren tener un espacio propio. En este momento no quisiera defender este modelo como el mejor, ya que quizás haya modelos mejores, pero este modelo es el que tenemos.

Dentro de este modelo, existe diversidad de centros, según los espacios que tiene cada edificio. Los centros que el Ayuntamiento viene construyendo en los últimos 15 años suelen ser edificios de varias plantas, con muchos espacios y servicios, pero siguen existiendo otros centros más antiguos y más pequeños, en donde es imposible incorporar todos los talleres y servicios como en los modernos. No obstante, esto no quiere decir que los centros más pequeños no tengan vida, todo lo contrario, sorprende entrar en uno de estos centros y ver la diversidad de actividades y el número tan elevado de personas que los utilizan.

Desde hace muchos años, el Ayuntamiento tenía una cuenta pendiente, y era que toda esta diversidad de actividades y servicios en los centros pudiera tener una cierta homogeneidad y que no ocurriera lo que aún sucede, que un café que se toma una persona mayor en un centro de Vicalvaro no cuesta lo mismo que si se lo toma en un centro de Moncloa, por poner un ejemplo. Para ello se inició un proceso participativo, con el objeto de actualizar los estatutos y el reglamento electoral de los centros municipales de mayores, que eran del año 2004. Este proceso ha dado lugar a la aprobación, el 25 de febrero de 2011, de los actuales estatutos y reglamento de régimen interior de los centros municipales de mayores. Por fin tenemos nuevos estatutos y un reglamento de régimen interior que permite abordar la convivencia en los centros municipales para personas mayores.

Estatutos de los órganos de participación y representación

Dedicaré este apartado para referirme a los mecanismos de participación y representación en los centros municipales para personas mayores. En concreto me gustaría resaltar los siguientes artículos:

Artículo 6. Asamblea general de socios

Los socios constituidos en asamblea general debidamente convocada decidirán por mayoría en los asuntos propios de la competencia de la asamblea.

Acordará la propuesta de actividades del centro para el ejercicio siguiente, que ha de ser aprobada por el concejal presidente de distrito.

La asamblea conocerá, igualmente, cualesquiera otros asuntos que afecten a la vida social, es decir, se constituye como uno de los mecanismos fundamentales de participación en los centros municipales para personas mayores.

Artículo 7. Junta directiva

1. Es el órgano de representación permanente de los socios de cada centro.
2. Está constituida por la presidencia, vicepresidencia, secretaría y vocalías, que en mínimo de tres y máximo de nueve, serán elegidos por y entre los socios en asamblea general por sufragio universal, libre, igual, directo y secreto.

Artículo 15. Elección de la junta directiva

Los miembros de la junta serán elegidos por un *mandato de 4 años*, mediante sufragio universal, libre, igual, directo y secreto por y entre los socios.

Las juntas directivas de los centros procuran el buen funcionamiento del centro, colaborando con la dirección en la adopción de las medidas encaminadas al mejor cumplimiento de las funciones encomendadas. Velan por la máxima armonía de las relaciones entre los usuarios, evitando toda actuación que pueda perturbar la convivencia en el centro. Y tiene otra función muy importante: impulsar la solidaridad en situaciones de necesidad social, fomentando actuaciones tales como la compañía a domicilio, procurando integrar el centro en el entorno social al que pertenece con actitudes igualmente solidarias.

En relación con el *reglamento de régimen interior de los centros municipales para personas mayores*, quisiera tratar cuatro artículos que me parecen muy importantes y polémicos:

Artículo 3. Calendario, horario y acceso

Los centros municipales de mayores abrirán todos los días del año, con excepción de los días 25 de diciembre y 1 de enero.

El centro permanecerá abierto, al menos, entre las 9.00 h y las 21.00 h, de lunes a domingo, todos los meses del año, salvo que por causas de fuerza mayor ello no fuera posible.

Por primera vez se intenta abordar la homogeneidad en los horarios de apertura y cierre en estos centros, ya que existía una disparidad de horarios y de días en los que se determinaba el cierre, y se entiende que estos centros cubren una necesidad tanto en los días de diario como en fines de semana.

Artículo 4. Servicios

De igual manera intentamos definir unos servicios básicos a todos los centros, contando con lo que dije al principio, que existe diversidad de situaciones en ellos, especialmente por su tamaño.

Los centros municipales de mayores contarán, al menos y cuando el espacio lo permita, con los siguientes servicios y espacios básicos:

a) Animación sociocultural. Me detengo en este apartado porque es uno de los más importantes en el reglamento de régimen interior, ya que define por primera vez y consolida la necesidad de actividades de animación sociocultural y, por lo tanto, del perfil de las personas que se dedican a la animación sociocultural.

Estas actividades se han venido realizando desde siempre, pero al incorporarlas en este reglamento se les concede la importancia que tienen. En este sentido, quisiera reivindicar la tarea que vienen realizando desde hace muchos años las personas dedicadas a la animación de los centros municipales para personas mayores, que en muchos casos (me atrevería a decir en todos) hacen que los centros tengan más vida, y se han convertido en el nexo de unión entre las juntas directivas de los centros, la vida de los centros y los responsables municipales. Es una de las figuras que no debe faltar en los centros.

Además de la animación sociocultural, los centros dispondrán de:

- b) Salas polivalentes.
- c) Sala de lectura.
- d) Gimnasio.

- e) Cafetería.
- f) Comedor.

En función de sus características, los centros podrán incorporar todos o algunos de los siguientes servicios y espacios opcionales:

- a) Salón de actos.
- b) Peluquería.
- c) Servicio de podología. Tanto la peluquería como el servicio de podología son de los servicios más demandados en los centros. Las personas mayores, especialmente las mujeres, quieren estar guapas y tener los pies sanos.

Artículo 5. Precios

«Los precios que deban abonar los usuarios por la prestación de los distintos servicios serán privados y se establecerán anualmente por el órgano competente en materia de atención a personas mayores.»

Otro de los caballos de batalla ha sido, y todavía es, conseguir que un mismo servicio cueste lo mismo en todos los centros de Madrid. Me refiero, en concreto, a los servicios de cafetería, comedor y peluquería. Que comer cueste lo mismo aquí que allí, y que peinarse tenga el mismo precio en cualquier centro de mayores.

Esta homogeneización no es sencilla, ya que cada distrito tiene unos contratos distintos con los adjudicatarios de la cafetería, el comedor o la peluquería, pero en los próximos meses el Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales va a lanzar una propuesta de precios unificados que sirvan de referencia para todos los centros. Es cierto que no podremos homogeneizar todo el próximo año, pero se podrá llevar a cabo progresivamente.

Artículo 6.6. Viajes

En este artículo se expone lo siguiente:

«La Junta Directiva del Centro Municipal de Mayores, recogiendo las iniciativas y sugerencias sobre viajes y excursiones de los socios, presentará dichas sugerencias a los servicios sociales del distrito.

El Área de Gobierno competente en materia de atención a las personas mayores establecerá las condiciones de organización y gestión de los viajes y excursiones para todo el Municipio, garantizando la debida publicidad, igualdad de

acceso a todos los socios de los Centros Municipales de Mayores y las mejores condiciones para su desarrollo.»

Aquí entramos en el tema que, sin duda, ha sido más polémico desde el primer momento. Se trataba de regular y establecer las bases para la realización de viajes desde los centros para mayores, viajes que eran organizados por las juntas directivas de los distintos centros y que son muy numerosos y muy demandados por las personas mayores.

También en los próximos días se publicará la regulación de estos viajes, en la línea de que se organicen y se paguen en las propias agencias de viajes. Las agencias y las juntas directivas podrán proponer los viajes, y cualquier privilegio o ventaja irá en beneficio directo de todos los mayores que realicen el viaje.

Consejo Sectorial de Personas Mayores de la ciudad de Madrid

El Consejo fue aprobado en octubre del año 2006 y sustituye a la anterior Comisión de Participación de los mayores que venía funcionando desde el año 1988.

Nace como órgano de participación ciudadana de carácter consultivo, para promover el intercambio, la puesta en común y la adopción de soluciones necesarias ante las nuevas necesidades que se plantean en relación con la atención de las personas mayores (art. 2).

Funciones más destacadas

(Se indica la letra del epígrafe que aparece en el propio reglamento)

- b) Conocer la gestión municipal en materia de política social hacia los mayores.
- c) Asesorar y consultar a los diferentes órganos del Ayuntamiento de Madrid en los asuntos de su competencia.
- e) Fomentar la protección y la promoción de la calidad de vida de las personas mayores de la ciudad de Madrid, con especial atención a aquellas que por razón de mayor edad o dependencia física, relacional o cognitiva más lo necesitan.
- f) Promocionar la participación de las personas mayores en la vida social de la ciudad de Madrid, fomentando el asociacionismo, el voluntariado y la cooperación social en el ámbito de atención a las personas mayores.
- h) Fomentar la aplicación de políticas integrales encaminadas al reconocimiento y la defensa de derechos subjetivos en materia de atención a personas mayores.

Quién lo forma

Vocales, en un número máximo de 30:

- Diez representantes de asociaciones, federaciones, confederaciones.
- Cinco representantes de otras instituciones directamente vinculadas con el sector de actividad propio del Consejo.
- Cinco representantes de consejos, mesas u otros foros de participación que puedan existir en ese ámbito concreto de actuación.
- Cinco representantes de centros municipales para personas mayores con más socios.
- Cinco representantes del Ayuntamiento de Madrid competentes en materias que afecten directa o indirectamente a las políticas de mayores.

En el anterior Consejo Sectorial, que cesó como es preceptivo, automáticamente con el proceso electoral del 22 de mayo de 2011, formaban parte del mismo representantes de los mayores de distintos ámbitos:

I. Asociaciones, federaciones, confederaciones y uniones de asociaciones:

- Asociación de Viudas de Madrid.
- Asociación de Mayores de Madrid XXI.
- Organización Social de Mayores Jubilados y Pensionistas de Izquierda Unida.
- Federación Madrileña de Confederaciones, Federaciones, Asociaciones de Prejubilados, Jubilados y Pensionistas (FEMAS).
- Asociación de Mayores Barrio de la Estrella.

II. Representantes de otras instituciones directamente vinculadas con el sector:

- Unión Sindical Obrera Madrid (USO).
- Confederación Empresarial de Madrid (CEIM).
- Asociación Madrileña de Dependencia (AMADE).
- Unión de Pensionistas, Jubilados y Prejubilados de Madrid UGT.
- Federación Regional de Pensionistas y Jubilados de Madrid CCOO.

III. Un/a representante de cada uno de los distintos consejos, mesas vinculados a los mayores:

- Consejo de Voluntariado. Foro de la Solidaridad.

- Federación de Usuarios-Consumidores Independientes de la Comunidad de Madrid, CICM (FUCI).
- Consejo Regional de Mayores.

IV. Representantes de las juntas directivas de los centros municipales para personas mayores (CMM) con mayor número de socios:

- Presidenta de la Junta Directiva del CMM La Vaguada. Distrito Fuencarral-El Pardo.
- Presidenta de la Junta Directiva del CMM Moratalaz. Distrito Moratalaz.
- Presidenta de la Junta Directiva del CMM La Remonta. Distrito Tetuán.
- Presidente de la Junta Directiva del CMM Príncipe de Asturias. Distrito de Ciudad Lineal.
- Presidenta de la Junta Directiva del CMM Ciudad de Méjico. Distrito de Latina.

V. Representantes del Ayuntamiento de Madrid, competentes en materias que afecten directa o indirectamente a las políticas de mayores:

- Dirección General Actividades Culturales. Área de Gobierno de Las Artes.
- Área de Gobierno de Seguridad y Movilidad.
- Dirección General de Salud Pública. Madrid Salud.
- Cultura, Educación, Deportes y Participación Ciudadana.
- Área de Gobierno de Urbanismo y Vivienda.

Quisiera destacar la importancia que tiene este Consejo, y animo a las asociaciones que quieran a participar en el nuevo Consejo que se está formando.

Las asociaciones, federaciones, confederaciones y uniones de asociaciones tendrán que estar inscritas en el Registro de entidades ciudadanas, declaradas de utilidad pública municipal, y relacionadas con el sector de actividad del Consejo, es decir, las personas mayores.

Qué queda por hacer

Los centros municipales para personas mayores del Ayuntamiento de Madrid son centros de vida, en donde se realiza un número muy importante de actividades, en donde muchas personas mayores comen, bailan, practican gimnasia y en donde pasan muchas horas del día. Por esto mismo considero que la actividad y las funciones de estos centros se deben de replantear continuamente, así como qué son y para quién.

En concreto, creo que debemos hacer un ejercicio de autocrítica y pararnos a pensar qué tipo de centros queremos para nuestros mayores (y para nosotros dentro de unos años), qué actividades queremos promover, qué debería desaparecer de los centros, si es que hay algo que debiera desaparecer... En resumen, qué política de centros para personas mayores queremos en la ciudad de Madrid para los años 2012-2020.

Mi opinión es que deberíamos iniciar un plan de revisión de los contenidos, funciones, servicios y actividades de los centros municipales para personas mayores, en donde hubiera cabida para la reflexión por parte de todos los profesionales que trabajan en el Ayuntamiento de Madrid con las personas mayores y contando con las propias personas mayores.

De cualquier manera, yo me atrevería a realizar algunas propuestas que creo que serían deseables en estos centros:

- Desarrollar más programas de envejecimiento activo.
- Llevar a cabo un proyecto de educación no formal (universidad de mayores).
- Potenciar las nuevas tecnologías.
- Incrementar actividades creativas, como el teatro. Ya se realizan en algunos centros y los beneficios son múltiples (logros a nivel mental, físico y social).
- Potenciar los programas de voluntariado que ya existen en todos los centros. Un número importantísimo de monitores de talleres son los propios mayores vecinos del barrio que dedican una parte de su tiempo a enseñar cualquier destreza a otros mayores.
- Incorporar programas intergeneracionales. Que entren más niños y niñas en los centros, y que los mayores entren en las escuelas.

Para acabar, quisiera hacer llegar mi agradecimiento, en primer lugar, a los miembros de las juntas directivas de los 84 centros municipales para personas mayores, más de 700 personas mayores que dedican de forma voluntaria gran parte de su tiempo para que el resto de personas mayores puedan disfrutar de las actividades y servicios de los centros municipales para personas mayores. Y en segundo lugar, a los cerca de 1 300 —sí, 1 300— voluntarios mayores que imparten talleres en todos los centros municipales para personas mayores de la ciudad de Madrid.

Construyendo un sistema de indicadores de calidad para los centros de mayores

Toni Rivero Fernández

Responsable de Estudios y Consultoría. Instituto de Envejecimiento.
Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción

En el año 2009, la Diputación de Barcelona constituyó un grupo de trabajo de envejecimiento activo en el que participaron cerca de una veintena de técnicos municipales de personas mayores que procedían de distintas corporaciones locales del territorio. El Instituto de Envejecimiento de la Universitat Autònoma de Barcelona participó en el grupo prestando apoyo técnico y actuó como responsable de la elaboración de los documentos técnicos que debían recoger las sesiones de trabajo.

Desde el principio emergió la preocupación por la promoción del envejecimiento activo en los centros de mayores, así como la relación de las políticas de personas mayores con el resto de las políticas municipales.

El abordaje de los centros de mayores se inició desde el cuestionamiento de la vigencia de este modelo de equipamiento para dar respuesta a las nuevas demandas de las personas mayores de hoy en día. Esta línea de trabajo concluyó que los centros de mayores eran importantes para una parte considerable de las personas mayores. Sin embargo, se constató que, por un lado, había un número creciente de personas mayores que no se sentían identificadas con estos equipamientos y que preferían centros intergeneracionales para el desarrollo de actividades y la participación social.

Por otro lado, entre las personas mayores usuarias de los centros de mayores aumentaron las demandas de actividades que promovieran el envejecimiento activo en unas condiciones de calidad que hasta entonces no habían sido exigidas.

Estas conclusiones condujeron a la propuesta de construir un modelo de gestión de la calidad para los centros de mayores. Para ello, desde el Instituto del Envejecimiento se proponen dos ejes vertebradores. Por un lado, la redefinición de la misión institucional y de los objetivos estratégicos de los centros de mayores. Así, la misión se compromete con la promoción del envejecimiento activo como estrategia para la mejora del bienestar de las personas mayores y la prevención de las situaciones de dependencia. Los objetivos estratégicos se identifican de manera que se pueda garantizar el cumplimiento de esta misión. Y por otro lado, la adopción del modelo EFQM (siglas en inglés que corresponden a la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad) de excelencia como enfoque de la gestión de la calidad, lo que aporta un marco conceptual y operativo ampliamente contrastado en otros servicios y equipamientos públicos.

Modelo de gestión de calidad. Indicadores

Con estas premisas se construyó un amplio catálogo de indicadores de evaluación de resultados con cerca de 200 entradas. Los indicadores se clasificaron siguiendo el modelo EFQM en resultados en las personas de la organización, resultados en los clientes, resultados en la sociedad y resultados clave de los centros de mayores. Para cada una de las dimensiones de los resultados se identificaron los objetivos estratégicos que permitían singularizar la propuesta, tal como se ilustra en la figura 1.

Cada uno de los indicadores propuestos se explicó detalladamente a través de fichas técnicas en las que se incluyeron su significado, las variables y la expresión de cálculo, así como la fuente de información. Se puso mucho énfasis en la definición de las fuentes de información, puesto que se identificó como un punto débil de los centros de mayores. Además, se pretendía asegurar que los indicadores contruidos eran fiables y que los resultados eran comparables entre diferentes centros de mayores o municipios.

Respecto a la construcción de indicadores, hay que destacar dos aspectos. Por un lado, que generan nueva información para la organización de los centros de mayores y permiten una evaluación en profundidad del funcionamiento del equipamiento y de las actividades organizadas. Por otro lado, que los resultados clave suponen la identificación de indicadores que tratan de medir de forma objetiva la promoción del envejecimiento activo en las personas mayores, que es un ámbito muy poco explorado hasta ahora.

El resultado de este proceso se concretó en la publicación de un documento de trabajo por parte de la Diputación de Barcelona (Rivero y Martínez, 2010). Las opiniones

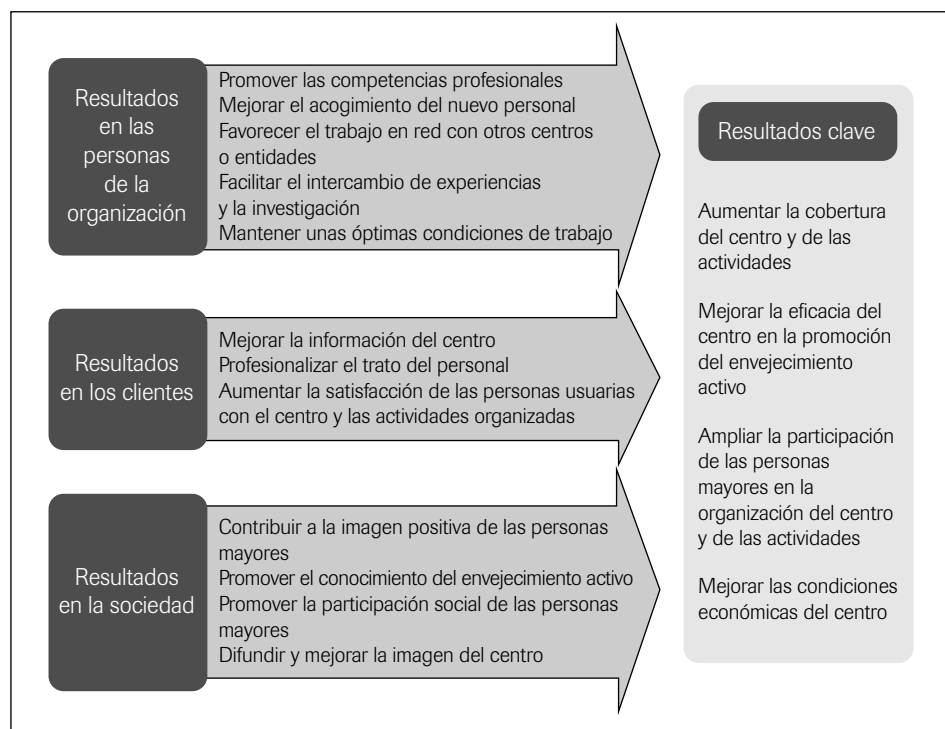


Figura 1. Relación de objetivos estratégicos según la dimensión de los resultados del modelo EFQM.

Fuente: Rivero y Martínez (2010).

recogidas entre las corporaciones locales sobre esta propuesta resultaron favorables, especialmente por haber situado el envejecimiento activo en el centro del modelo de gestión de calidad. Pero todas ellas ponen de manifiesto que representa un paso demasiado importante para la mayoría de los centros de personas mayores, ya que muchos de ellos no disponen de estructuras profesionales en su organización ni tienen ninguna experiencia previa en procesos de gestión de calidad.

Guía de indicadores básicos

Para facilitar la introducción progresiva de los centros de mayores en el modelo propuesto, la Diputación de Barcelona encargó al Instituto de Envejecimiento la elaboración de una guía de indicadores básicos. Con ella se pretendía ofrecer un conjunto mínimo de indicadores y unas orientaciones básicas que facilitaran su adopción por parte de los centros de personas mayores.

Se elaboró una guía con 25 indicadores que podían ser contruidos fácilmente por la mayoría de los centros de personas mayores. En la selección se contó con las opiniones de técnicos municipales de personas mayores a través de un grupo de trabajo. Además, se tomó como referencia una iniciativa existente de análisis comparado de servicios municipales de la Diputación de Barcelona, lo que dotó de una estructura propia a la selección de indicadores que ya había sido comprobada en otros ámbitos. Los indicadores se pusieron a prueba de forma experimental en diversos centros que presentaban diferentes modelos de gestión, niveles de actividades y recursos técnicos. La prueba permitió demostrar que los indicadores eran factibles, que los resultados eran útiles y que permitían identificar áreas y propuestas de mejora en la gestión del centro. Además, se obtuvo información de primera mano sobre las dificultades prácticas que los centros podían encontrarse en el proceso de implantación de los indicadores. Con esta información se elaboró un conjunto de recomendaciones y se afinaron los instrumentos de recogida de datos. Todo ello (indicadores, recomendaciones prácticas e instrumentos) configura el contenido principal de la guía.

Las pruebas piloto destacan por haber sido diseñadas con la premisa de que sirvieran para dinamizar los propios centros, así como promover una mayor participación de las personas usuarias en las responsabilidades de gestión. En este sentido, se constituyeron comisiones de trabajo con personas usuarias y personal técnico de los centros de mayores para abordar el plan de trabajo de recogida de datos para la obtención de los indicadores. Las personas mayores voluntarias participaron en el diseño y la ejecución del procedimiento de control manual de accesos al centro, que consistió en un sistema de chequeo a la entrada de cada visitante durante un mes. Además, estas mismas personas colaboraron en la comunicación y en el trabajo de campo correspondiente a la realización de una encuesta a las personas usuarias. Su colaboración fue clave para promover la participación en la encuesta y en algunos casos en que las personas tenían dificultades de lectura o escritura, para facilitar la cumplimentación de los cuestionarios.

El resultado final de las pruebas demuestra que la guía de indicadores se puede aplicar en la mayoría de los centros de personas mayores, que sirve para identificar áreas de mejora y que si se cuenta con la participación de personas usuarias, su implantación se convierte en un proyecto de dinamización y de empoderamiento de las personas mayores.

La guía se finalizó en diciembre de 2011. Su publicación está prevista en formato electrónico y disponible a través de la página web de la Diputación de Barcelona¹.

¹<http://www.diba.es/web/benestar/envelliment-actiu>

Bibliografía

Rivero, T, y Martínez, P., directores (2010). *Indicadors de qualitat dels casals de gent gran. Una aproximació a l'avaluació de resultats*. Barcelona: Institut de l'Envel·liment de la Universitat Autònoma de Barcelona y Area de Benestar Social (en línea). [acceso 26/04/2012]. Disponible en: <http://www.diba.es/web/benestar/envelliment-actiu>

Presentado como comunicación

Plan de mejora del Ayuntamiento

de Barcelona para los casales

y espacios municipales

para las personas mayores

C. Gil i Miquel

Técnico en Promoción Social para las personas mayores.

Departamento de Personas Mayores. Ayuntamiento de Barcelona.

Introducción

El Plan de mejora del Ayuntamiento de Barcelona para los casales y espacios municipales para las personas mayores se redactó en el año 2007, después de un intenso trabajo técnico y asociativo con todos los agentes referentes del ámbito de las personas mayores de la ciudad.

Su objetivo fue la definición de un modelo de centro municipal para las personas mayores que explicase la tipología de servicios, con la finalidad de garantizar la equidad de la prestación de servicios en todo el territorio de la ciudad, así como que estos se adecuasen a las necesidades de las personas mayores y a las de las generaciones futuras.

Estos servicios y actividades tienen por objeto promover el envejecimiento activo y saludable, así como favorecer la plena integración social de las personas mayores, prevenir situaciones de aislamiento social y fomentar la relación y la participación activa en la vida de la comunidad.

Objetivos

El objetivo de este plan de mejora fue redefinir la misión de los casales y espacios municipales para las personas mayores de acuerdo con la realidad de ese momento. Se trataba de disponer de un documento marco que concretase los servicios básicos que se deben prestar, la infraestructura de que se debe disponer, el personal que se requiere, la definición de los criterios de acceso a estos centros municipales, el cálculo de los costes mínimos necesarios para funcionar con el nuevo modelo, la tipología de participación que definiese cómo se organiza un centro, y que hubiese garantías de intervención activa de las personas mayores. En definitiva, un documento que definiese los estándares básicos que deben hacer posible la creación de una red de casales y espacios municipales para las personas mayores única en toda la ciudad.

Los objetivos del plan son:

- Mejorar la red actual de equipamientos.
- Garantizar la equidad de la oferta de servicios a todos los ciudadanos por igual, evitando las desigualdades existentes y al mismo tiempo respetando las necesidades y características propias de cada territorio y distrito de la ciudad de Barcelona.
- Adecuar la cartera de servicios básicos a las necesidades actuales de las personas mayores y también a las de futuras generaciones.
- Facilitar a los 10 distritos municipales las herramientas y los criterios para la planificación y la gestión de sus equipamientos.

En resumen, este plan de mejora pretendió que los casales y espacios municipales para las personas mayores consiguieran lo siguiente:

- Garantizar unos estándares de calidad básicos.
- Tener una cartera de servicios única en la ciudad, estable y adaptada.
- Ser gestionados participadamente con apoyo técnico.
- Que los casales y espacios municipales trabajen en red con el resto de los equipamientos y servicios del territorio.
- Que fomenten que los usuarios representen a la ciudadanía del territorio.
- Que se conviertan en puntos de dinamización de las personas mayores.
- Que velen por la paridad de hombres y mujeres en los órganos de gestión.
- Que fomenten la implicación de las personas mayores.
- Que se conviertan en puntos de información para las personas mayores.

Metodología

El plan de mejora se lideró y todavía se está liderando desde el Departamento de Personas Mayores de la Dirección de Servicios de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona, que es un órgano central que planifica y presta algunos servicios en los 10 distritos municipales donde están ubicados los 52 casales y espacios municipales para las personas mayores.

Se creó una comisión de trabajo multidisciplinar formada por 10 técnicos municipales que trabajaban en el ámbito de las personas mayores, y puntualmente esta comisión se amplió a la participación de personas mayores del Consejo Asesor de las Personas Mayores de Barcelona.

Cuando se planteó qué metodología usar, se vio que este plan contaba con muchos actores implicados y se tenían que recoger, tanto como fuera posible, todas las voces y aportaciones para que el plan se ajustara a la realidad y las necesidades de la ciudadanía.

En este sentido, la metodología que se aplicó fue una metodología participativa teniendo en cuenta dos sectores:

1. Las aportaciones técnicas de los distintos profesionales de la administración local: el Ayuntamiento de Barcelona cuenta con un alto grado de descentralización y desconcentración de servicios que se prestan en el territorio y en los barrios. Esto significa que contamos con diversos profesionales técnicos en los barrios, distritos, departamentos y direcciones de servicios, por lo que se planificó un programa de trabajo en el que se constituyeron múltiples mesas transversales y de coordinación para poder realizar propuestas que ayudasen a la construcción del plan de mejora. Estas mesas transversales se concretaron en reuniones y grupos focales.
2. Las aportaciones de las propias personas mayores, a partir de la experiencia participativa por parte del Consejo Asesor de las Personas Mayores de Barcelona: para la construcción de un nuevo modelo de los centros y los espacios municipales para las personas mayores no se podían obviar las voces de las personas mayores, que en definitiva son los usuarios y los protagonistas de todo lo que conlleva la finalidad de este plan de mejora. En este sentido, se constituyó un grupo de trabajo formado por asociaciones y entidades sociales miembros de este Consejo, para hacer propuestas sobre qué tendría que recoger el plan y, conforme el plan avanzaba, una representación variable de este grupo de trabajo participaba en la comisión de trabajo multidisciplinar técnica descrita anteriormente.

Usar esta metodología es, sin duda, complejo, y conlleva la sensación de avanzar lentamente, pero creemos que es un buen método para que el resultado final de un plan sea lo más compartido y consensuado posible, y por lo tanto, también ofrece muchas garantías para la eficiencia de su implementación.

Resultados

Una vez definido el plan de mejora para los centros y los espacios municipales para las personas mayores, éste concreta seis variables que explican en qué porcentaje se está en relación con el 100% de lo que el plan requiere. Estas variables son:

- Criterios de acceso.
- Cartera de servicios.
- Recursos humanos.
- Infraestructura.
- Financiación.
- Modelo organizativo.

El grado de cada variable se indica con los colores de un semáforo, según se indica en la tabla 1.

Tabla 1. Grado de desviación del plan en relación con las acciones correctoras

0-30%	Rojo	Desviación alta: se requieren acciones correctoras de gran complejidad
31-69%	Ámbar	Desviación media: se requieren acciones correctoras que están planificadas o de complejidad media
70-100%	Verde	Desviación mínima: se requieren acciones correctoras que ya se están llevando a cabo o de complejidad baja

Para saber cómo puntuar cada color del semáforo, se utiliza una *check list* que explica la descripción de cada variable y el grado de su concreción.

De todo ello, el resultado a día de hoy queda reflejado en la tabla 2.

En la ciudad existen 37 casales y espacios municipales para las personas mayores, de los cuales 22 están adecuados al plan de mejora y 15 tienen posibilidades de adecuarse en breve plazo. También existe una tercera categoría de centro denominada «otros servicios de dinamización», que da respuesta a unas necesidades territoriales y

Tabla 2. Resultados obtenidos en los casales y espacios municipales en relación con la adecuación al plan de mejora

Tipología de centro	Adecuados al plan de mejora (verde)	En proceso de adecuación al plan de mejora (ámbar)	Total
Centros y espacios	22	15	37
Otros servicios de dinamización para personas mayores			15
Total de centros para personas mayores			52

de población muy específicas, que también hay que cubrir. De esta tercera categoría existen 15 centros, que sumados a los anteriores nos lleva a un red de 52 centros que dan respuesta a las necesidades de las personas mayores de nuestra ciudad.

Aunque cada año hay aspectos del plan que se van actualizando, éste continúa siendo vigente y se ha convertido en nuestra hoja de ruta. El plan cuenta desde el año 2011 con la aprobación por parte del consistorio de un «Régimen de funcionamiento de los centros y los espacios municipales para las personas mayores», con lo que se garantiza la concreción y la organización de los objetivos del plan en los centros.

Finalmente, se debe apuntar que el plan de mejora para los centros y los espacios municipales para las personas mayores ha conseguido, en esencia:

- Que los centros se hayan modernizado y den respuesta a las necesidades reales de las personas mayores.
- Que el 90% de los centros nuevos o remodelados sigan el plan de mejora, que se ha convertido en una hoja de ruta, respetando distintas velocidades para su implementación.
- Que los centros sean más democráticos, participativos y con una oferta equitativa para la ciudadanía, fomentando el envejecimiento activo y saludable.

Bibliografía

- Ayuntamiento de Barcelona (2011). Régimen de funcionamiento de los casales y los espacios municipales para las personas mayores del Ayuntamiento de Barcelona. *Boletín Oficial de la Provincia de Barcelona*, 23 de Febrero de 2011.
- VVAA (2011). *Règim de funcionament dels casals i els espais municipals de gent gran de Barcelona*. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona.

Programas y servicios de los centros

Envejecimiento activo en los centros.

Escuela de la Experiencia

Aitziber Indart Tellería

Matia Innova-Grupo Matia. Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa).

Introducción

En mayo 1998, la Fundación Matia inició un proyecto que tenía por objeto conseguir el mejor mantenimiento y desarrollo de las capacidades individuales de las personas, a partir de la edad de la jubilación, tratando de conseguir su mejor calidad de vida posible, a la vez que su participación y mejor aportación a la sociedad.

Para ello, y con objeto de conseguir hacerlo con rigor, se realizó en 1999 un estudio sociológico, encargado al profesor Elzo, que sobre 1 007 personas guipuzcoanas de entre 55 y 75 años, pretendía identificar preferencias, tendencias, aspiraciones, aficiones, etc.

De las conclusiones del citado proyecto, en julio de 1999 se elabora el Proyecto Zabaltzen, proyecto en el que se recogen de forma bien identificada los enfoques y circunstancias para el correcto desarrollo del proyecto.

El Proyecto Zabaltzen está basado en «un concepto de vida de la persona mayor y de su papel en la sociedad» que se resume en que la persona, al inicio de su etapa de jubilación, debe plantearse, además de mantener unas buenas condiciones físicas y mentales, llegar a conseguir desempeñar un papel social activo, útil y satisfactorio, a través del cual encontrará su mejor realización personal y, consecuentemente, la mejor calidad de vida posible, consiguiendo además, como valor añadido, constituirse en un agente o generador de recursos e iniciativas en favor de la misma sociedad.

Los tres parámetros en los que se asienta el proyecto son los siguientes:

- El mantenimiento de la autonomía.
- La participación sociocultural.
- La productividad social.

Siguiendo las tesis del Proyecto Zabaltzen, el camino recorrido ha sido el siguiente:

- a) Creación de la Universidad de Mayores, con titulación en Ciencias Humanas, proyecto que trabajado con el vicerrector de la UPV, Sr. José Luis de la Cuesta, se puso en marcha en enero 2000 (50 alumnos) en su primera promoción; Kutxa entró como financiador de este aula de universidad.
- b) La Fundación Matia, en enero de 2000, suscribe un convenio con el Ayuntamiento de Donostia para el desarrollo del Proyecto Zabaltzen y en el año 2000 se realiza la primera Escuela de la Experiencia, que en el momento actual está en su séptima edición.
- c) La excelente relación creada por las personas asistentes a la universidad y las escuelas de la experiencia produjo de forma natural la creación de un asociacionismo espontáneo que se fue concretando en cuatro asociaciones:
 - Acex-Eske: asociación de alumnos y ex alumnos de las aulas de la experiencia.
 - Helduen Hitza: asociación de ex alumnos de la Escuela de la Experiencia de Donostia.
 - Danok-Kide: asociación de ex alumnos de la Escuela de la Experiencia de Lasarte.
 - Gueske: asociación de ex alumnos de la Escuela de la Experiencia de Ordizia.

El camino recorrido, expresado en los antecedentes, ha constatado la viabilidad del Proyecto Zabaltzen y su importante impacto social.

Escuela de la Experiencia

La asociación para el fomento de la participación social Mugabe nació a primeros del año 2004 como una unión entre distintas entidades para promover la formación permanente y la participación de las personas mayores en la sociedad.

Desde el primer momento asumió como una de sus actividades principales el proyecto de la Escuela de la Experiencia, que hasta el momento había sido desarrollado por la Fundación Matia.

Sus objetivos son los siguientes:

1. Que los jubilados encuentren mejores posibilidades de información, formación cultural, relaciones interpersonales y participación social. Para un envejecimiento competente y saludable.
2. Extraer, de la sociedad de los mayores, recursos potenciales para revertirlos a la sociedad.
3. Conseguir una participación social activa.

Para conseguir estos objetivos se crea en el año 2000 la primera Escuela de la Experiencia en Donostia, a iniciativa de Fundación Matia y el Ayuntamiento de Donostia. Gracias a los objetivos alcanzados y al éxito logrado en esa primera escuela, la Escuela de la Experiencia ha ido creciendo año tras año, y así, actualmente en Guipúzcoa ya se encuentran en marcha nueve escuelas de la experiencia, de forma que todas las comarcas guipuzcoanas cuentan con ellas.

Descripción de la actividad

Se imparten 200 horas de docencia en 20 contenidos distintos y se completan con actividades complementarias, como conferencias, seminarios, excursiones, intercambios, etc.

1. Una primera fase docente de 6 meses de duración, que distingue un programa básico, que comprende 33 horas lectivas, y un programa específico, de 102 horas.
2. Una fase de proyectos, que debe durar 3 meses, y requiere la dinamización diaria de un monitor que les ayude a elegir, diseñar y desarrollar un proyecto de acción social.
3. Se complementa con actividades abiertas, tales como seminarios, excursiones, charlas, etc.

La Escuela de la Experiencia tiene una duración de 1 año, comienza en septiembre y finaliza a finales de mayo.

Al finalizar el curso, todos los alumnos realizan un proyecto de acción social.

Con este proyecto se pretende formar a las personas mayores, para un envejecimiento saludable, acercándoles pautas para mantener unos hábitos saludables, un envejecimiento activo y con ello conseguir, consecuentemente, una prevención de la dependencia.

¿Qué es la Escuela de la Experiencia?

- Es una iniciativa socioeducativa para mayores de 50 años que no estén activos laboralmente.
- Se compone de:
 - Un programa formativo (aprendizaje a lo largo de la vida).
 - Un módulo innovador de participación social (proyectos sociales).

Objetivo general

Contribuir a la normalización de los espacios dándoles un nuevo uso y unificando a todos los colectivos.

Objetivos específicos

- Potenciar u optimizar las relaciones intergeneracionales.
- Formación a lo largo de la vida.
- Fomentar un envejecimiento activo.

Objetivos de la Escuela de la Experiencia

- Garantizar al colectivo de las personas mayores un recurso a través del cual poder llevar adelante e incidir en un envejecimiento activo.
- Formar a las personas mayores para que puedan tener un papel más activo en la sociedad (promoción del asociacionismo y del voluntariado social).
- Abrir campos de encuentro intergeneracional donde se facilite el debate y la puesta en común.
- Facilitar la integración social, la diversificación y la igualdad de oportunidades de las personas.
- Favorecer al colectivo de mayores la adquisición de conocimientos necesarios para adaptarse y evolucionar siguiendo los cambios sociales y tecnológicos que se producen.

¿Dónde se imparten las escuelas de la experiencia?

- Centros sociales: cambio de estructura interna del centro social, que contribuye a abrir el centro a otros colectivos que hasta el momento no lo utilizaban y a otras actividades que no se realizaban (fig. 1).

- Centros educativos: contribuimos a un acercamiento intergeneracional, e integramos los proyectos formativos de mayores en centros educativos (fig. 2).
- Casas de cultura: acercar las casas de cultura a todos los colectivos, y que las personas mayores en particular utilicen sus instalaciones con total normalidad (fig. 3).



Figura 1. Aulas en centros sociales.



Figura 2. Aulas en centros educativos.



Figura 3. Aulas en centros culturales.

Conclusión: el mismo proyecto formativo, siempre adaptado a las diferentes necesidades del colectivo.

Participación social

La Escuela de la Experiencia como proyecto innovador generador de proyectos sociales.

La actividad educativa de la Escuela de la Experiencia tiene como horizonte la participación social a través de los proyectos generados por los propios mayores.

Mugabe es una organización promotora del asociacionismo y del voluntariado social, entre cuyas actividades figuran las siguientes:

1. Creación de asociaciones:
 - Helduen-Hitza (Donostia).
 - Gueske (Ordizia).
 - Danok-Kide (Lasarte).
 - Kostan Elkarte (Zarauz).
2. Área de actividades sociales:
 - Viudas.
 - Ataun.
 - Intergeneracional.
 - Consejo Asesor de Bienestar Social.
 - Medio ambiente.
 - Barreras arquitectónicas.
 - Banco del tiempo.
3. Área de actividades culturales:
 - Recorridos/senderismo.
 - Camino de Santiago.
 - Charlas y conferencias abiertas.
 - Proyecto de música.
 - Salidas y visitas.
 - Cine-fórum.
 - Revista.

4. Área de educación:

- Formación permanente.
- Programas intergeneracionales.

5. Área de comunicación:

- Programa de radio.
- Programa de televisión.
- Creación de páginas web (asociaciones Danok-Kide y Gueske).

6. Área de salud:

- «Estírate y anda».
- Proyecto de sexualidad.
- Taller de suelo pélvico.

Evolución de la participación del mayor

12 años de proyecto

- Diez escuelas y talleres repartidos por toda la provincia.
- En la actualidad cubrimos prácticamente todas las comarcas de Guipúzcoa (fig. 4).
- Más de 1 500 alumnos mayores de 50 años (fig. 5).



Figura 4. Mapa de distribución de comarcas en Guipúzcoa donde se lleva a cabo la Escuela de la Experiencia.

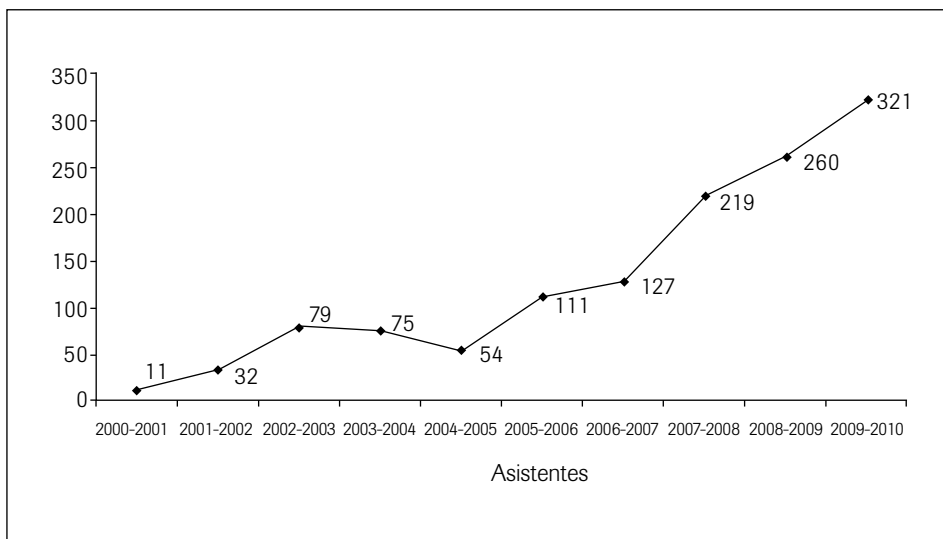


Figura 5. Participación de alumnos mayores en el período 2000-2010.

Las escuelas como buena práctica

Definimos nuestra escuelas desde los criterios de buenas prácticas de aprendizaje a lo largo de la vida (asesorados por Lourdes Bermejo).

Nuestro éxito está muy ligado a esto, pero seguimos haciendo un recorrido:

- Evolucionando el modelo (fig. 6).
- Midiendo resultados.

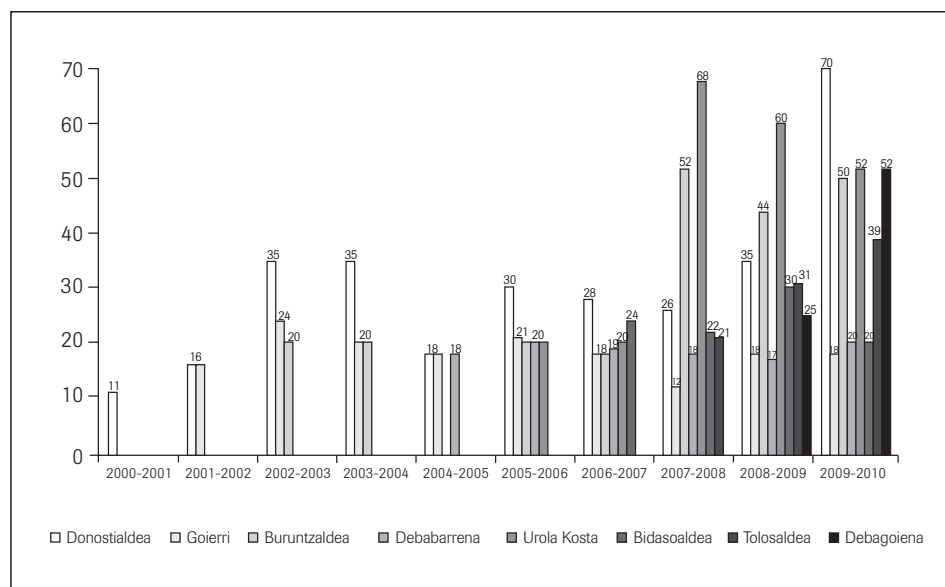


Figura 6. Evolución en la apertura de escuelas por comarca y año.

Retos de futuro

- Adaptar la actual Escuela de la Experiencia al nuevo perfil de persona mayor.
- Innovar en contenidos educativos.
- Modificar la metodología, adaptándonos a la demanda de la población (horarios, contenidos educativos, lugar, etc.).
- Conseguir implantar las escuelas futuras, orientadas al método educativo centrado en la persona; de alguna manera, conseguir una escuela de la experiencia a la carta.

Imágenes de los profesionales sobre la vejez y el envejecimiento activo

Rocío Fernández-Ballesteros García¹ y Antonio Bustillos López²

¹Catedrática emérita de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Madrid.

²Profesor de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid.

Introducción

El *II Plan internacional de acción sobre el envejecimiento* (Naciones Unidas, 2002) en su dirección prioritaria número 3 establece como una acción necesaria la lucha contra las imágenes negativas sobre la vejez y el envejecimiento tanto entre la población como entre las personas mayores y, desde luego, entre los profesionales del cuidado.

Si bien es conocida la existencia de una visión negativa de la vejez en la población general y entre los propios mayores, sabemos poco de cuáles son los clichés que sobre la vejez y el envejecimiento ostentan los profesionales que se dedican al cuidado de las personas mayores. Ello es importante por cuanto la propia Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990) considera que estas imágenes pueden convertirse en «profecías autocumplidas».

En el caso de los estereotipos relativos al envejecimiento, los esquemas que se tienen sobre los mayores y el proceso de envejecimiento hacen generar expectativas concretas sobre cómo son y cómo se comportan los miembros de este grupo de edad. Paralelamente, estos mismos esquemas socialmente compartidos hacen que nos comportemos de una manera determinada con los miembros de un grupo (por ejemplo, las personas mayores), con lo que las influimos para que se ajusten a lo que esperamos de ellas o les impedimos que actúen de otra forma; de este modo se provoca que la expectativa se termine cumpliendo y el esquema estereotípico se mantenga e incluso se refuerce.

Este fenómeno, también conocido como «efecto Pigmalión» (por el escultor de la leyenda griega que se enamoró de una de sus estatuas y consiguió que se hiciera real), fue investigado inicialmente en el ámbito educativo. Concretamente, Rosenthal y Jacobson (1968) mostraron que simplemente con hacer creer a los profesores que un grupo de algunos de alumnos poseía una alta probabilidad de alcanzar un alto grado desarrollo intelectual, tras la realización de un test de inteligencia, observaron cómo estos profesores modificaban las expectativas sobre estos alumnos, aunque realmente no habían completado ningún test de inteligencia. Además, el resultado más interesante fue que un año más tarde, los niños calificados como más prometedores habían mejorado más que el resto de sus compañeros, y que esto se mantenía 2 años después. En definitiva, el cambio de expectativas sobre individuos concretos hizo modificar en los profesores un cambio de comportamiento que afectó, en este caso, de forma positiva al rendimiento escolar de los alumnos, e incluso en las puntuaciones en test de inteligencia.

Estereotipos sobre el envejecimiento

Las definiciones más aceptadas de los estereotipos hacen hincapié en el consenso social sobre el contenido de las características que se atribuyen a ciertos grupos, que pueden ser positivas o negativas, aunque principalmente suelen predominar las últimas (Sangrador, 1996). De esta forma, existe una imagen sobre los miembros de esos grupos que es compartida por las personas de una sociedad determinada, lo que origina dos consecuencias conductuales, de modo que esta influencia sobre la conducta se produce en muchas ocasiones de forma automática, como demostraron Bargh et al. (1996). Estos autores pusieron de manifiesto que tras la activación de los rasgos estereotípicos del grupo de mayores, las personas jóvenes mostraban una marcha más lenta al caminar. En definitiva, los estereotipos nos guían en el tipo de interacción que debemos realizar con los miembros de otros grupos, sin que seamos en muchas ocasiones plenamente conscientes de ello.

El proceso de autoestereotipia como persona mayor

La investigación ha puesto de manifiesto que los estereotipos sobre el envejecimiento, o creencias sobre los efectos de la edad en las personas mayores como categoría social, se interiorizan progresivamente y los individuos terminan por aplicárselos a sí mismos. Levy et al. (2002) describen perfectamente este proceso. En primer lugar, los niños, desde edades relativamente tempranas han aprendido los estereotipos sobre la edad, y generarán expectativas sobre su propio proceso de envejecimiento. De esta forma, desde la infancia se aceptarán los estereotipos sobre los mayores sin cuestio-

nar su validez (Perdue y Gurtman, 1990). Sin embargo, el problema se producirá cuando se alcance la edad necesaria para ser categorizados como miembros de este grupo. Cuando se llegue a esa situación, esos estereotipos ya serán autorrelevantes para el individuo, que comenzará a aplicárselos. Sin embargo, el aspecto más importante es que las personas mayores poseerán menos habilidades para amortiguar el impacto de los estereotipos negativos que las que tendrían otros grupos de edad (Giles et al., 1993; Levy y Langer, 1994). Como consecuencia de este proceso, los individuos modificarán sus percepciones del propio envejecimiento para ajustarlas al estereotipo, lo que les acarreará cambios conductuales y consecuencias tanto psicológicas como sobre su estado de salud física, siguiendo el proceso de profecía que se cumple a sí misma descrito previamente en el apartado introductorio.

El modelo del contenido del estereotipo

Uno de los modelos que más aporte empírico ha reportado es el *modelo del contenido de los estereotipos*, propuesto por Fiske et al. (1999, 2002). Las creencias estereotipadas también se rigen por unos principios que permiten agruparlas en torno a dos dimensiones:

1. **Competencia**, que aglutinaría características asociadas a inteligencia, habilidad para alcanzar metas prestigiosas o racionalidad.
2. **Afectividad**, en la que se agruparía aquel contenido que se refiere a características con la simpatía, sensibilidad o amistad.

De acuerdo a ambas dimensiones, los grupos sociales pueden ser categorizados en una tabla 2×2 , que determina las relaciones que se pueden establecer con ellos, aunque lo más importante es que Fiske et al. señalan que dependiendo de a qué categoría pertenezcan los grupos, estos generarán emociones específicas y el tipo de prejuicio que se establece hacia éste variará.

En el caso del grupo que nos ocupa, el del grupo de personas mayores, el modelo predice que son percibidos dentro de la casilla de baja competencia-alta afectividad (junto con otros grupos, como discapacitados y amas de casa), por lo que el tipo de sentimientos que generan va a ser de compasión y empatía, y las relaciones que se van a establecer con los miembros de este grupo, una vez que se active el estereotipo, van a ser las que estos autores denominan prejuicio paternalista (tabla 1).

Más recientemente, Cuddy et al. (2005) muestran que, de la misma forma que cuando en Estados Unidos se compara al grupo de mayores con otros grupos se observa que

Tabla 1. Combinación del estatus, la competitividad y el tipo de prejuicio en función de las dimensiones de competencia y afectividad

Competencia	Afectividad	
	Baja	Alta
Alta	Prejuicio paternalista Grupos de bajo estatus, no competitivos (ancianos, discapacitados, amas de casa)	Admiración Grupos de alto estatus, no competitivos (endogrupo, grupos aliados)
Baja	Prejuicio despectivo Grupos de bajo estatus, no competitivos (receptores de ayudas sociales, pobres)	Prejuicio envidioso Grupos de alto estatus, competitivos

Adaptado de Fiske et al., 2002, pp. 881.

se les atribuyen menos rasgos de competencia y más de afectividad, este mismo resultado se obtenía en otros seis países distintos (Bélgica, Costa Rica, Corea del Sur, Hong Kong, Japón e Israel; en este último se emplearon una muestra judía y otra árabe).

Sin embargo, uno de los aspectos más interesantes de esta investigación es que, adicionalmente a la permanencia transcultural del estereotipo de los mayores, en las muestras de culturas más colectivistas (Hong Kong, Japón y Corea del Sur), la diferencia entre las puntuaciones de competencia y afectividad fueron superiores a las del resto de los países. Es decir, la dimensión individualismo-colectivismo (Hofstede, 1980) incide directamente en una visión más estereotípica de los mayores como menos independientes (baja competencia), y más orientados a los demás (alta afectividad).

Asimismo, las conductas que se desarrollen con los distintos grupos serán dependientes del propio contenido del estereotipo del grupo. Por ejemplo, será más probable que los individuos presten ayuda a miembros de grupos hacia los que la sociedad mantiene un prejuicio paternalista (por ejemplo, discapacitados o ancianos) que hacia aquellos grupos hacia los que se mantiene un prejuicio despectivo (por ejemplo, gitanos o marroquíes).

Estudios empíricos realizados

Uno de los objetivos del proyecto CASOENAC fue investigar los estereotipos e imágenes de los profesionales y cuidadores de las personas mayores en uno de los estados mexicanos (EM) junto con su potencial influencia en las personas mayores. Con ese fin se aplicó el modelo del contenido del estereotipo (Fiske et al., 1999) en una mues-

tra de cuidadores ($n = 74$) pertenecientes a doce centros del EM (Bustillos y Fernández-Ballesteros, en preparación).

Siguiendo los planteamientos teóricos expuestos, nuestro *objetivo principal* se centró en *establecer políticas para una sociedad envejecida en EM*. De esta forma, en un primer paso, nos propusimos determinar si los estereotipos culturales que mantenían los profesionales de la salud sobre los mayores incidirían en la conducta que muestran estos profesionales, y yendo un paso más allá en la propia conducta que exhiben estos mayores. La importancia de esto último reside, entre otras cosas, en que existe el supuesto de que los mayores *asimilaban el estereotipo de su grupo social*, mostrando una mayor frecuencia de conductas relativas a esta categoría social. La importancia de esto último es extraordinaria, puesto que la investigación demuestra que asimilar los estereotipos negativos del envejecimiento influye en la supervivencia, ya que, como han puesto de relieve Levy et al. (2002), las personas con una visión positiva de su propio envejecimiento viven una media de 7,5 años más que aquellas personas que tienen una visión negativa de su envejecimiento.

Para este fin se desarrolló una investigación en dos fases: la primera de ellas se centró en comprobar si profesionales de la salud cuidadores de mayores mantienen este estereotipo del grupo tal y como se predice en el modelo del contenido del estereotipo de Fiske et al. (2002). Es decir, si los mayores son percibidos con una baja competencia y alta afectividad, lo que implica un prejuicio paternalista hacia el grupo.

En la segunda fase, realizada 10 meses después, se intentó determinar si la conducta que exhiben estos cuidadores es congruente con el estereotipo del grupo de adultos mayores, y se relaciona con la propia conducta que desarrollan los mayores.

Primera fase

El objetivo de este estudio se centra en determinar si entre los profesionales a cargo de personas mayores mantienen un prejuicio paternalista en el mismo sentido que señala el modelo del contenido del estereotipo (Fiske et al., 2002) en seis culturas distintas. En segundo lugar, se intentó delimitar si la actitud negativa hacia los mayores es dependiente de variables de nivel macro que presentan los centros evaluados, como es el número de personal del centro, la localidad en que se encuentra el mismo y el tipo de financiación que reciben.

Los resultados de nuestra primera fase de investigación pusieron de manifiesto que los profesionales de atención a personas mayores evaluados albergan un prejuicio paternalista hacia este grupo de población cuando se les compara con el grupo de

jóvenes. Concretamente, perciben que en la sociedad mexicana se percibe a los mayores con menores niveles de competencia que de afectividad, mientras que con el grupo de jóvenes se observa el patrón contrario: se les percibe con mayores niveles de competencia que de afectividad.

Por su parte, no encontramos efectos estadísticamente significativos de tres variables sobre esta percepción estereotípica de los mayores: el tipo de población donde se recogieron los cuestionarios, el tipo de financiación que reciben o la tasa de contacto con personas mayores a su cargo. Esta ausencia de efectos apoyan más claramente la hipótesis de que los profesionales de atención a mayores albergan niveles similares de prejuicio paternalista que el resto del país, ya que nos indicaron que la creencia compartida de la sociedad mexicana hacia el grupo de mayores es atribuirles altos niveles de afectividad y menores niveles de competencia que al grupo de jóvenes. Todo ello es compatible con una sociedad colectivista a lo que se aludió anteriormente, y que muestran en mayor medida niveles de prejuicio paternalista hacia los mayores que las sociedades más individualistas (Cuddy et al., 2005).

Tomando como base estos resultados se desarrolló una segunda fase de investigación desarrollada 8 meses después en la que se evaluó el tipo de conductas que emiten estos cuidadores en los centros en los que desarrollan su actividad profesional y, adicionalmente, se evaluó la conducta que muestran las personas mayores presentes en estos centros.

Segunda fase

Nuestro objetivo fundamental fue comprobar que el comportamiento de los profesionales y cuidadores de atención a mayores en los centros donde desempeñan su profesión está afectada por los estereotipos culturales detectados en los centros de mayores del EM hacia el grupo de personas mayores. En segundo lugar, y mucho más importante, es que la conducta que desarrollan los mayores se encuentra asociada a la visión de baja competencia de los profesionales que fue evaluada en la fase previa.

Para poner a prueba estas hipótesis se seleccionaron ocho de los centros que participaron en la primera fase de la investigación, donde se evaluó la conducta que desarrollan los profesionales de atención y los propios mayores en los mismos centros seleccionados.

Los resultados indicaron que la conducta que desarrollan los profesionales de atención a mayores en los centros donde desempeñan su profesión está relacionada con los estereotipos culturales que sobre las personas mayores se tienen en general. En

otras palabras, esta conducta se relaciona con la percepción de la visión estereotípica paternalista que indicaron que existía dentro de la sociedad mexicana.

Asimismo, encontramos que la propia conducta observada en los mayores se encuentra relacionada con esta percepción de los estereotipos de competencia y afectividad que se atribuyen a los mayores.

En segundo lugar, y mucho más importante, encontramos que es la dimensión de competencia la variable que media en las relaciones que se establecen entre la conducta observada en los cuidadores y la que emiten los propios mayores en los centros analizados del EM. Máxime cuando en los análisis de regresión también se controlaron los efectos de la dimensión de afectividad que también se encontraba asociada con las conductas observadas en mayores y profesionales de atención a mayores, pero que perdió sus efectos.

En otras palabras, una mejor calidad de la interacción, disponibilidad y contacto físico del personal hacia los residentes afecta en un mejor funcionamiento de los mayores, de modo que éstos muestran un mejor aseo personal, una mayor calidad de interacciones entre ellos, mayores tasas de interacciones verbales y un mayor nivel de actividad general.

Conclusiones

Nuestros resultados indican, en primer lugar, que el modelo del contenido del estereotipo se reproduce en la sociedad mexicana. Aunque mucho más importante fue comprobar que el tipo de conducta que desarrollan los profesionales a cargo de personas mayores tiene una influencia directa en el repertorio conductual que desarrolla el adulto mayor en los centros.

Por otro lado, encontramos que la visión paternalista del mayor influye en este repertorio conductual. Concretamente, la competencia percibida en los mayores es la dimensión del contenido del estereotipo que determina la conducta del adulto mayor.

Encontramos que los profesionales a cargo de mayores son una fuente de refuerzo de este estereotipo, donde el empleo y la activación de esquemas estereotípicos socialmente compartidos se relaciona con el comportamiento que exhiben con los miembros del grupo mayores presentes en sus centros, y con la conducta que muestran los mayores en los centros evaluados, con lo que pueden estar influyendo en los mayores para que se comporten de forma congruente con el estereotipo del mayor, definido por bajos niveles de competencia y altos de afectividad, manteniendo y reforzando el

estereotipo que se mantienen dentro del EM. En resumen: estos estereotipos parecen convertirse en una profecía que se cumple a sí misma.

Bibliografía

- Bargh, J., Chen, M. y Burrows, L. (1996). Automaticity of social behavior: Direct effects of trait construct and stereotype activation on action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 230-244.
- Bustillos, A. y Fernández-Ballesteros, R. (en preparación). Is older adults' functioning an effect of the stereotypes held by caregivers? *GeroPsychology*.
- Cuddy, A. J., Norton, M. I. y Fiske, S. T. (2005). This old stereotype: The pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61, 267-285.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez*. Barcelona: SG Editores.
- Fiske, S. T., Cuddy, A. C., Glick, P. y Xu, L. (2002). A model of often mixed stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 878-902.
- Fiske, S. T., Xu, L., Cuddy, A. C. y Glick, P. (1999). (Dis)respecting versus (dis)liking: Status and interdependence predict ambivalent stereotypes of competence and warmth. *Journal of Social Issues*, 55, 473-489.
- Giles, H., Fox, S. y Smith, E. (1993). Patronizing the elderly: Intergenerational evaluations. *Research of Language and Social Interaction* 26, 129-149.
- Hofstede, G. H. (1980). *Culture's consequences: International differences in work related values*. Beverly Hills: Sage.
- Izal, M. (1992). Residential Facilities for older adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 118-134.
- Levy, B. R. y Langer, E. (1994). Aging free from negative stereotypes: Successful memory in China and among the American Deaf. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 989-997.
- Levy, B. R., Slade, D. M., Kunkel, S. R., y Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 261-270.
- Naciones Unidas (2002). *Madrid, Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento-MIPA*. Nueva York: Naciones Unidas.
- OMS (2002). *Envejecimiento Activo. Un marco político*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Perdue, C. W. y Gurtman, M. G. (1990). Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 199-216.
- Rosenthal, R. y Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom: teacher expectations and pupils' intellectual development*. Nueva York: Holt, Reinhart & Winston.
- Sangrador, J. L. (1996). *Identidades, actitudes y estereotipos en la España de las autonomías*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Beneficios percibidos por la práctica del programa de ejercicio al aire libre para mayores

**Roberto Ibarra Pujana¹, Esperanza Molina Díaz¹,
María Cruz de Tena-Dávila Mata² y Pilar Serrano Garijo³**

¹Técnico del departamento. ²Jefa de sección. ³Jefa de departamento.
Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo.
Dirección General de Mayores y Atención Social.
Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.

Introducción

Podemos dar por cierto que los mayores poseen conocimientos y opiniones positivas respecto a los beneficios del ejercicio, pero la realidad es que esto no conduce necesariamente a la incorporación del ejercicio regular en sus hábitos salvo en un pequeño porcentaje de los mayores. Nos encontramos con que no es suficiente la recomendación de la actividad física regular para que los mayores incorporen esta actividad en sus hábitos.

Los obstáculos son de diversa índole. Muchos manifiestan no saber qué hacer, y ante esto la mayoría opta, en el mejor de los casos, por apuntarse a un taller de actividad física en un centro municipal de mayores. Los que no pasan a ingresar en la lista de espera, tienen unos meses de actividad, y después nada hasta el siguiente curso.

La situación es la siguiente: para hacer ejercicio dependen de que haya un taller de actividad física en su centro municipal de mayores, y dependen de que haya plaza en la sala para la actividad dirigida por un profesional. De este modo, vinculan necesariamente el ejercicio con lo que se hace en la sala, dirigido por un profesional; y si no hay sala, si no hay profesional que dirija, no hay ejercicio.

Con este programa aprenden a hacer ejercicio por su cuenta, y aprenden que puede hacerse en un parque, sin necesidad de disponer de una sala.

En pocas palabras, la realización de la actividad física depende de su voluntad de hacerla.

El programa les proporciona la herramienta, usarla o no depende de cada uno.

La Dirección General de mayores y Atención Social (DGMAS) desarrolla este programa desde el año 2005, y desde 2008 se ha consolidado en el 50% de los distritos de la ciudad de Madrid como una alternativa a los programas de ejercicio que se llevan a cabo en espacios cerrados dentro de los centros municipales de mayores, y como una posibilidad para los mayores de realizar esta actividad por cuenta propia al término del programa, sin las limitaciones de espacio o de profesional que la dirija.

Lo mismo que cualquier otro programa de actividad física, éste busca que los participantes se beneficien del ejercicio practicado en grupo, es decir, mejoría física, mejoría en el estado de ánimo, mejor funcionalidad para las actividades de la vida diaria, más y mejores relaciones sociales, la práctica de una actividad lúdica, etc.

Pero además —y consideramos que este es un punto fuerte del programa— buscamos desde el inicio que los usuarios lleguen a adquirir una autonomía respecto al ejercicio, que les capacite para continuar sin un profesional que lo dirija, bien solos, bien —y esta es la opción más interesante— en grupo.

Es un hecho que la práctica regular de la actividad física tiene un efecto importante en el mantenimiento, e incluso la mejora, de la salud y de las capacidades funcionales y cognitivas. Consideramos muy importante que la realización del ejercicio no esté sujeta a otros límites que los propios de los usuarios.

El propósito de este trabajo es mostrar los beneficios percibidos por los mayores a través del ejercicio, y si estos beneficios han supuesto «sentirse bien», tanto como para motivar la persistencia en esta actividad de forma autónoma sin las limitaciones citadas de espacio (sala) y profesional.

Metodología

Una vez terminada la edición 2010 a 2011 de este programa se llevó a cabo una entrevista telefónica mediante la realización de un cuestionario a 175 participantes en el programa, de los 487 que habían acudido a la actividad al menos durante los últimos 3 meses. Se obtuvieron los siguientes datos:

- La muestra supone el 36 % de la población diana.
- El 77 % tiene entre 65 y 79 años.
- El 87,4 % son mujeres.
- El 39 % de los encuestados ha participado en dos o más ediciones previas del programa.

El cuestionario contiene preguntas sobre los beneficios percibidos en cuatro categorías principales:

- Bienestar físico.
- Bienestar emocional.
- Relaciones sociales.
- Funcionalidad.

También se incluyeron preguntas sobre «sentirse mejor» y sobre si los mayores continúan realizando actividad de forma regular.

Resultados (tablas 1-4)

Tabla 1. Bienestar físico

Beneficio percibido	Puntuación
Disminución de los dolores	7,60
Mejor control de enfermedades crónicas	7,06
Mejoría en el sueño	6,80
Mejor control del peso	6,95

Tabla 2. Bienestar emocional

Beneficio percibido	Puntuación
Mejoría del estado de ánimo	8,24
Ayuda a enfrentar los problemas del día a día	7,84
Mejora de la autoestima	7,78
Ofrece entretenimiento y diversión	8,56

Tabla 3. Área social*

Beneficio percibido	Puntuación
Aumenta las relaciones humanas	8,13
Ha conocido compañeros para hacer ejercicio	7,99
Ayuda a salir de casa	7,87

*Además, un 97,1 % de los encuestados afirma que el programa le ha servido para conocer a otras personas.

Tabla 4. Área funcional

Beneficio percibido	Puntuación
Mejoría en las actividades de la vida diaria	7,88
Mayor resistencia a los esfuerzos	7,98
Caminar más rápido	7,93
Marcha más segura	7,87
Sensación de más fuerza	7,92

Otros resultados

En cuanto a la capacidad del programa para inducir el hábito de la actividad física de manera autónoma, un 42,3 % de los encuestados ha continuado con la práctica del ejercicio con compañeros del programa y sin la organización del ayuntamiento.

Un 99,4 % de los encuestados recomendaría el programa a otras personas.

La valoración media del programa tiene una puntuación media de 8,89.

El ítem «Mejora en la calidad de vida» tiene una valoración media de 8,72.

Conclusión

Los resultados indican que el programa es adecuado en alto grado para los objetivos perseguidos.

Presentado como comunicación

Acercarse a los mayores,

conocer sus valores:

el proyecto «Abuelos y abuelas de cine»

I. Parro Fernández

Coordinador de Aula Multimedia de Moratalaz. Centro Sociocultural de Moratalaz. Madrid.

Introducción

El proyecto que presentamos es un proyecto educativo, social y humano que quiere acercar el mundo de la comunicación visual a los ancianos a través del cine, además de conocer algunos de los valores que se transmiten y que se viven por parte de los mismos ancianos en sus vidas cotidianas mediante el visionado de películas que reflejen o tengan como argumento algunos de los temas más importantes sobre personas mayores.

Son muchos los ancianos que no tienen espacios donde ser escuchados y donde se puedan atender sus peticiones. Además, se tiene una visión bastante parcial acerca de la imagen del anciano que se suele asociar con la enfermedad o con la soledad. El proyecto «Abuelos y abuelas de cine» quiere ser un medio para mostrar la auténtica realidad de los mayores, que sienten, que opinan, que piensan, que ríen, que lloran, que se emocionan, que viven como cualquier otra persona.

Según los datos extraídos del padrón municipal de habitantes de Madrid a fecha 1 de enero de 2010, son más de 616 000 las personas mayores de 65 años empadronadas en la ciudad. Todos estos mayores pueden tener voz y voto y deben ser atendidos y escuchados como ciudadanos que son, por lo que creemos que las sesiones propuestas serán un buen reclamo para atenderles y escucharles de la manera que se

merecen, en vistas a que algunas de sus propuestas sobre cómo mejorar sus condiciones de vida y su inserción social se reflejen en documentos temáticos creados al efecto y sean transmitidas posteriormente a las autoridades pertinentes, que serán las encargadas de poner los medios necesarios para la respuesta o la satisfacción a esas necesidades planteadas.

Objetivos

- Acercar el mundo del cine y de la imagen de manera gratuita a los mayores dentro de sus espacios de referencia social (centros de mayores, centros municipales, otros), que a su vez son también espacios de encuentro y de reunión para ellos.
- Conocer qué opinión tienen los mayores de ellos mismos, de sus grupos de pares y del mundo que les rodea.
- Responder a ciertos derechos de los ancianos, tal y como se formula en los Principios de Naciones Unidas a favor de las personas de edad, y que son los siguientes:

«7. Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.»

El proyecto pretende compartir las opiniones y las experiencias que los mayores comenten tras visualizar las películas, para que luego sean conocidas por las generaciones más jóvenes con el objetivo de dignificar su estatus y mostrar una imagen más actual y moderna del colectivo.

«15. Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.»

Este proyecto es un buen ejemplo que permite desarrollar las potencialidades de los mayores, como son la memoria, la expresividad, la colaboración, la cooperación, el trabajo en grupo o la capacidad de estímulo y de respuesta ante diversas situaciones y emociones. Cada película seleccionada tiene relación con algunas de sus potencialidades o de sus carencias o dificultades asociadas con la edad.

«16. Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.»

El cine es un excelente recurso educativo para educar en valores. Los mayores tendrán la total libertad para expresarse tal como son y tal como sienten, para que a su

vez puedan reconocer y comentar con el resto del aforo asistente los valores que se muestran en las películas.

- Resaltar la importancia de la educación en valores a través del cine.
- Potenciar en los mayores el gusto por la observación, la reflexión, el juicio crítico y la valoración.

Metodología

Se plantea una sesión de cine fórum un sábado al mes en horario de 10.00 a 14.00 h en alguno de los centros de mayores o bien en otra ubicación municipal con las condiciones adecuadas para el visionado de películas.

El esquema del desarrollo de cada sesión podría ser el siguiente:

- Breve introducción a la película con los datos principales (nombre, dirección, protagonistas, año, premios y algún comentario relativo a la misma).
- Proyección de la película seleccionada.
- Turno de preguntas o de comentarios breves de la película.
- Comienzo de una tertulia que funcionará también como grupo de discusión respecto a lo tratado en la película, en el que mediante una serie de preguntas y de observaciones sobre la película se promoverá y facilitará la intervención de los asistentes, que podrán expresar libremente su opinión y hablar sobre sus experiencias y opiniones particulares.

Las películas que se proponen para el visionado son las siguientes:

- *Elsa y Fred.*
- *Ahora o nunca.*
- *¿Y tú quien eres?*
- *El abuelo.*
- *Solas.*
- *El hijo de la novia.*
- *Space Cowboys.*
- *A propósito de Schmidt.*
- *Cocoon.*
- *Una historia verdadera.*
- *Cuento de Navidad.*

Evaluación

El método de evaluación del cine-fórum es continuado. En cada sesión se irán anotando o incluso recogiendo en otros soportes (previa autorización) todas las aportaciones de los participantes a las sesiones y se irá conformando una especie de contenido particular para cada uno de los temas a tratar que contenga las características, los comentarios, las opiniones y las imágenes propias de los mayores que han sido transmitidas durante el coloquio.

Además, se podría solicitar la publicación (acudiendo a la imprenta municipal) de un libro, sometido a otro presupuesto, que recoja el proyecto y sus resultados y cuyo título podría ser: *Abuelos y abuelas de cine. Cómo son y cómo piensan los mayores de...* (nombre del distrito).

Este material surgido del proyecto sería un material multidisciplinar y creemos que podría ser útil tanto para los servicios sociales como para cualquier otro departamento, colectivo o investigador, que tenga interés sobre el tema de los mayores.

Bibliografía

- Alba, I. *Cine y educación en valores. Guía didáctica y aplicación a la película Sang Woo y su abuela* (en línea). Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián [acceso 26/04/2012]. Disponible en: [http://www.donostia.org/info/juventud/derechos_educacionvalores.nsf/vowebContentId/0596CFAB91C03FE2C12572F400401CD5/\\$file/gu%C3%ADa%20did%C3%A1ctica%20cas.pdf](http://www.donostia.org/info/juventud/derechos_educacionvalores.nsf/vowebContentId/0596CFAB91C03FE2C12572F400401CD5/$file/gu%C3%ADa%20did%C3%A1ctica%20cas.pdf)
- Ayuntamiento de Madrid (2010). *Padrón de habitantes a 1 de enero de 2010* (en línea). [acceso 26/04/2012]. Disponible en: <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Buscador-Simple/Padron-Municipal-de-Habitantes-a-1-de-enero-de-2010?vgnnextfmt=default&vg-nextoid=1627a0ab449f9210VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=8db7566813946010VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
- Genovard, C., y Casulleras, D. (2005). La imagen de la vejez en el cine (en línea). *Boletín de Psicología*, 83, 7-20. [acceso 26/04/2012]. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N83-1.pdf>
- Naciones Unidas (2002). *Principios de Naciones Unidas a favor de las personas de edad* (en línea). [acceso 26/04/2012]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/principios.htm>
- Pereira Domínguez, C., y Valero Iglesias, L.F. (2009). Cine, educación y vejez. Una propuesta de intervención pedagógica desde la película *Elsa & Fred* (en línea). *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 43-1, 97-123. [acceso 26/04/2012]. Disponible en: <http://webs.uvigo.es/consumoetico/textos/educacion.pdf>
- Pimentel Igea, A. (2011). La vejez en pantalla: más allá de las canas y achaques (en línea). *Culturamas*. [acceso 26/04/2012]. Disponible en: <http://www.culturamas.es/blog/2011/09/03/la-vejez-en-pantalla-mas-alla-de-las-canas-y-achques/>

Los protagonistas de los centros

Los mayores en la sociedad y visibilización social de los centros

Salvador Guirado Tamayo

Presidente de la Asociación Mayores de Madrid XXI.

«Por cómo son y cómo viven los mayores, vosotros no
sentís ni siquiera curiosidad»

Diario de Adán y Eva (Mark Twain)

Introducción

¿Tiene la sociedad curiosidad por cómo somos y cómo vivimos los mayores? ¿Tienen esa curiosidad los responsables sociales y políticos de las personas mayores? ¿Tenemos nosotros esa curiosidad?

Quiero creer que sí participamos de esa curiosidad. Porque sólo desde ese deseo de saber y averiguar una cosa se puede conocer, se puede tomar conciencia, se puede ser sensible y se pueden tener respuestas y actuaciones de eficacia. Y los que trabajamos con mayores no queremos ser simples espectadores, sino actores de eficacia.

Me refiero al hecho demográfico del envejecimiento actual, a la aparición de un nuevo perfil de persona mayor y a los centros de mayores, necesitados hoy de reflexión y cambio para actualizar todo su posible potencial.

El envejecimiento actual es un hecho nuevo, es un hecho poco conocido. Es un fenómeno muy joven en nuestra historia de evolución y cultura. Porque, aunque siempre ha habido vejez, el envejecimiento que vive ya nuestra sociedad es algo nuevo, algo a lo que se enfrentan las sociedades modernas desde hace poco tiempo. Y del que aún hay un conocimiento escaso desde el mundo de la ciencia y desde el trabajo del día a día. Ha habido y todavía hay escasez de reflexión. Hay mucha inercia en las actuaciones.

nes y en las herramientas con que tratamos este hecho nuevo del envejecimiento actual. Hay cosas que cambiar y hay, también, cosas que inventar.

Y quiero dejar claro que soy consciente de que hablo desde mi subjetividad y, por tanto, sujeto al error y a la crítica.

Y lo primero que me gustaría transmitir, porque de ello estoy convencido, es de la importancia que tiene el envejecimiento actual de la población y de la necesidad de reflexión serena que exige.

Envejecimiento actual de la población

En nuestros días han surgido fenómenos nuevos que han hecho que la sociedad reflexione y que trate de aprovechar toda su positividad. La globalización, el cambio climático, las nuevas tecnologías, etc. son, entre otros, fenómenos nuevos a los que la sociedad mira de frente, reflexiona y actúa para aprovecharlos en beneficio propio. Y, sin embargo, con el envejecimiento de nuestras poblaciones —fenómeno también nuevo— la sociedad aún no se ha enfrentado con una mirada total y se limita a visiones parciales de este envejecimiento. La parcialidad del coste de sus pensiones, su posible problema sanitario o su cuidado en su futuro de discapacidad o dependencia son las miradas más frecuentes que las personas mayores reciben de su alrededor. Miradas que, frente a estos hechos, se cargan de problema y preocupación y concluyen que este envejecimiento se puede convertir en una carga difícil de soportar. Y las personas mayores, miradas con este reduccionismo, vistas con esta parcialidad, desde luego deberían ser un problema social.

Pero la parcialidad nunca es totalidad. Y si no hay totalidad, no hay verdad completa. Por esto, por la importancia del envejecimiento actual, hace falta una mirada completa, una visión total de este fenómeno. Una mirada completa que, a la vez que ve su parte de carga, vea también su parte de utilidad, de productividad social. Que a la vez que ve a la persona mayor como destinataria de asistencia y protección social, sepa verla también como un nuevo recurso social con un gran potencial que desarrollar. Este es el reto, el desafío que nuestra sociedad tiene hoy: ser capaz de ver con una mirada que abarque la totalidad el hecho del envejecimiento. Sin miopía que parcializa ni cataratas que nublan la visión. Mirar con serenidad, con limpieza, sin prejuicio, sin posturas ya hechas que frenen la búsqueda. Mirar desde la curiosidad con el deseo de conocer con nitidez la verdad total del envejecimiento.

Y este es el reto de nuestros gobernantes y de nuestros políticos. Y este es también nuestro reto, el de cada uno de nosotros, si realmente estamos interesados, por trabajo o por vocación, en el tema de las personas mayores.

Porque tenemos que convencernos de que el envejecimiento es un hecho demográfico irreversible, y no es la demografía la que tiene que adaptarse a la sociedad, sino que es la sociedad la que debe adaptarse a la nueva demografía.

Cambios cuantitativos y cualitativos de la población mayor

Durante el siglo xx España ha duplicado el número total de habitantes (de 18 620 000 a 44 500 000), ha multiplicado por dos su población, pero el número de mayores de 65 se ha multiplicado por siete (de 968 000 a 6 642 000) y los mayores de 80 años lo han hecho por trece.

Al nacer, en 1900, la esperanza de vida estaba en algo más de 34 años. En el año 2000 superaba los 80 años. Y también crece la esperanza de vida libre de discapacidad.

Y en la Comunidad de Madrid —en nuestro propio espacio— en los últimos 20 años (1991-2010) el número de personas mayores de 65 años ha aumentado un 62 % y el número de personas de más de 80 años lo ha hecho un 122 %. (hoy, en la Comunidad de Madrid hay 948 049 mayores de 65 años y, de éstos, 271 297 tienen más de 80 años).

El crecimiento del 62 % de los madrileños mayores supone un aumento significativo. Y el 122 % de los mayores de 80 años supone el aumento de la expectativa de vida, la realidad del envejecimiento de los propios mayores y el avance del envejecimiento de la sociedad madrileña, de nuestra propia sociedad.

Este aumento del número de personas mayores produce un cambio demográfico muy importante y trae como consecuencia hoy una reestructuración de las edades. Los paréntesis que encierran el ciclo vital (niñez y vejez) sufren un gran cambio. Por primera vez en la historia de España hay una inversión demográfica (hay más personas de 65 y más años que de 1 a 14 años de edad). Y también por primera vez el grupo de personas de 80 años y más se incrementa con ritmos más acelerados que el resto de los grupos de edad. Un aumento del número de personas mayores que es indicador del envejecimiento de la población. Y una población mayor que en los próximos años —en las décadas de 2020 y 2030— aumentará de manera considerable, pues lleguen a la jubilación los adultos de hoy que nacieron en la época del *baby-boom* español (1955-1975) y que, según los expertos, hará que hacia mitad de siglo los mayores en España sean alrededor del 32 % de la población, más de 15 millones de personas mayores.

Este es un dato cuantitativo. Ha habido un cambio en cantidad.

Pero también en lo cualitativo se ha cambiado. Y el cambio en la cantidad y en la cualidad son argumentos suficientes para que todos los que nos sentimos interesados por las personas mayores, todos los que tengan alguna responsabilidad sobre ellos nos paremos a reflexionar sobre estos hechos, sobre estos cambios y pongamos «en crisis» cuál es nuestra visión, nuestro valor, nuestra conducta hoy con relación a la persona mayor. Ante una situación de cambio hoy y de futuro ¿valen actuaciones movidas por parámetros de ayer?

Porque el mayor cualitativamente también ha cambiado. Y no me refiero ahora a aspectos como la cultura, la economía o la vivencia democrática que los diferencia de los mayores que le precedieron. Hoy es un mayor distinto. Ni mejor ni peor. Es distinto.

Me refiero a su perfil, quizás psicológico. Me refiero a la interiorización que tiene de algunas vivencias fundamentales para dar sentido a su nueva etapa de persona mayor/jubilada y que le hacen ser distinto al mayor de épocas anteriores.

Por primera vez se empieza a reconocer la situación de jubilación como un tiempo «en el que es posible introducir cambios en la vida». La vivencia de persona mayor se siente totalmente compatible con desarrollar nuevos proyectos personales, se interioriza la necesidad del cuidado de la salud física y mental para una vida de más calidad, se siente la capacidad para comenzar a disfrutar de iniciativas no realizadas en la vida adulta anterior y se genera —y es de importancia— un «proceso sólido de independencia» que ayude a vivir de acuerdo a las preferencias personales, sin depender de otros (hijas, hijos, otros), preservando los lazos afectivos en la intimidad de la distancia.

También se considera esta etapa de persona mayor o mayor jubilado como una etapa de disfrute, como una etapa con muchas posibilidades de vivir un envejecimiento satisfactorio. Y, sobre todo, se interioriza la vida autónoma como el gran valor social. Y su cumplimiento ayuda a envejecer con éxito.

Un envejecer con éxito que tiene el doble condicionante de la aportación que debe hacer la propia persona y de la facilitación que para este envejecer con éxito le proporcione el medio social.

Estereotipos y edadismo

Porque el mayor ha cambiado cuantitativa y cualitativamente quizá tendríamos que cambiar la visión que tenemos de la persona mayor y el valor social que le damos.

Y para facilitarle ese envejecimiento con éxito quizá tendríamos que cambiar algunas pautas de nuestra conducta.

Porque, precisamente, en el medio social hay dos obstáculos, un doble *handicap*, que frenan en más de una ocasión hasta el deseo, el intento y la esperanza de vivir esta etapa de manera agradable y sin ninguna herida en su autoestima. Me refiero a los estereotipos y al edadismo, hechos esencialmente negativos que lesionan en lo cognitivo, en lo afectivo y en lo conductual la dignidad y los derechos de la persona mayor. Hechos negativos a los que habría que negarles cualquier oportunidad y contra los que habría que luchar. Porque la fuerza de los estereotipos y del edadismo es limitadora de un envejecimiento con éxito.

Los estereotipos, imágenes simplificadas y equivocadas sobre la persona mayor y sobre el colectivo de mayores, son una de las bases más fuertes para el prejuicio y la discriminación. Son una definición, en muchos casos, equivocada de la persona mayor. Pero están ahí y se hacen presentes. Aunque sean una equivocación.

Es una equivocación el estereotipo de que «los mayores son dependientes» cuando más de 70 % de las personas mayores son autónomas. Como es una equivocación el que «los mayores son ociosos» cuando más del 60 % tiene alguna actividad, o que «todos los mayores son iguales» cuando después de los 60 años hay una horquilla de alrededor de 30 años que contiene subcolectivos distintos que hacen un total de mayores diverso.

Tenemos que trabajar contra los estereotipos y también contra el edadismo (la discriminación por la edad).

El Eurobarómetro de la Comisión Europea sobre Discriminación (2009) dice que el fenómeno de la discriminación no es demasiado conocido, que es un fenómeno invisible a la opinión pública. Y que al no haber conciencia de discriminación, no hay tampoco predisposición a tomar medidas que la atajen.

No obstante esta invisibilidad, el Eurobarómetro afirma que la mayoría de los europeos piensa que hay menos discriminación y que se ha avanzado bastante en los últimos 5 años. Y en relación con este avance hay datos que para nosotros los mayores resultan de interés.

En cuanto a la discriminación por sexo, en el año 2005 había un 24 % de los europeos que tenía conciencia de esta discriminación y que afirmaba que se trabajaba contra ella. En 2009, este 24 % aumentó hasta el 65 %. Hay un aumento de 41 puntos porcentuales. Igual ocurre en la discriminación por discapacidad. Del 29 % pasa al 60 %, y

sube 31 puntos. Y en la discriminación por orientación sexual sucede algo parecido, pues el 28 % del año 2005 se convierte en un 60 % en 2009 (incremento de 32 puntos).

Sin embargo, es significativo y negativo para los mayores que el conocimiento y la lucha contra la discriminación por la edad sólo haya subido 5 puntos en esos 5 años (del 42 % ha pasado al 47 %).

En Europa queda aún bastante por hacer por la igualdad y la ausencia de discriminación entre las personas mayores por razón de su edad, pues en el período 2005-2009, por cada 100 europeos que tomaron conciencia de la exigencia de igualdad por razón del sexo, sólo 15 tomaron conciencia de la ausencia de discriminación por la edad, y de cada 100 europeos que trabajaron por la ausencia de discriminación por discapacidad o por la orientación sexual, solamente 12 trabajaron por la igualdad de las personas mayores. Estamos ahora mismo en una clara desventaja.

Y en España ocurre algo parecido en cuanto a visibilidad de discriminación y desigualdad entre las personas mayores, pues mientras las políticas de igualdad y ausencia de discriminación por sexo, discapacidad u orientación sexual han tenido un desarrollo significativo, la discriminación por la edad está fuera de la conciencia social, y la política de igualdad por la edad está en estado embrionario.

Esteretipos y edadismo, dos frenos que limitan el envejecer con éxito. Esteretipos y edadismo, dos errores de nuestra sociedad actual. Esteretipos y edadismo, dos negatividades para la justa dignidad de la persona mayor.

Y, ante esta situación, además de trabajar contra lo negativo, lo tenemos que hacer con mayor esfuerzo a favor de un concepto positivo de la persona mayor. Redefinir nuestra visión, valoración, actitud y conducta frente a la persona mayor es todavía, en muchos casos, una asignatura pendiente.

Tenemos que trabajar por engrandecer el concepto de persona mayor.

Porque cuando se habla de persona mayor, la mayoría de las veces el calificativo *mayor* ensombrece el sustantivo *persona*. Y este sustantivo *persona*, que es lo importante, lo fundamental, lo esencial, queda manchado por las connotaciones negativas que conlleva lo mayor, lo viejo.

Tenemos que poner toda la fuerza y toda la intención en el «ser persona» que comporta ser ciudadano y ser sujeto de derechos en igualdad con los demás por encima de la edad.

Y engrandecer el concepto de persona mayor es tarea, entre otros, de decisiones políticas, de los medios de comunicación social, y también de los técnicos que trabajan con mayores y de las propias personas mayores.

Decisiones políticas que superen la exclusividad de lo asistencial en política de mayores, decisiones políticas sin ánimo de tutelaje, decisiones políticas que faciliten la igualdad del mayor en la vida social y su capacidad en la gestión de lo público y de lo privado, decisiones políticas que promuevan el envejecimiento con éxito, decisiones políticas que promuevan el empoderamiento del colectivo de personas mayores.

Y los medios de comunicación social tienen también gran importancia en el engrandecimiento del concepto de la persona mayor, porque este concepto dependerá de la imagen que la sociedad tenga o se haga de la persona mayor. Y la imagen es una construcción social que toma cuerpo a través de los medios de comunicación social.

En las jornadas celebradas en el IMSERSO (2010) sobre mayores y medios de comunicación, los periodistas y los mayores que participaban en la jornada denunciaron la escasa evolución de los medios en el tratamiento a las personas mayores «anclados en estereotipos que transmiten una información sesgada, paternalista y repleta de tópicos». Y rechazan esa imagen sesgada y negativa dada la heterogeneidad actual de los mayores.

Los técnicos que trabajan con las personas mayores son de gran importancia para el cambio que debe experimentar el colectivo de mayores y del que muchas de las personas mayores no son conscientes. Y también del cambio que debe dar la sociedad con respecto a los mayores. Creadores y generadores de una nueva cultura que coloque al mayor en su espacio justo de ciudadanía.

No es papel de los técnicos organizar la vida de los mayores. Son responsables administrativos y se hace con profesionalidad y con la mejor voluntad. Pero, como persona mayor que soy, permitidme que pida que, por encima de todo, os sintáis interiormente animadores y motivadores, intentando que sean los propios mayores los primeros y principales protagonistas de sus personas, de sus ideas, de sus palabras, de sus acciones y de sus alrededores. Motivarlos para que cedan su papel de destinatario a favor del de protagonista que participa y decide. Sé que no es tarea fácil, sé que en muchos casos es empezar una nueva creación. Y que modos de trabajar anteriores y falta de interés de los mismos mayores hacen difícil este nuevo modo de ser y de estar.

Sabemos que muchas de las personas mayores con las que nos relacionamos, muchas con las que compartimos espacio y convivencia en los centros de mayores, sus bio-

gráficas están cargadas de dirigismos sociales, políticos y laborales que han enmudecido sus iniciativas y han rebajado su autoestima. Están estructurados más para el agradecimiento que para la reivindicación. Y esto hará difícil cualquier acción a favor de su potencialidad.

Pero también sabemos que el adulto que se jubila hoy y que entra a formar parte del colectivo de mayores es un mayor distinto al de ayer. No está tan viciado por los dirigismos anteriores, en más de una ocasión siente su educación y vivencia democrática, tiene conciencia de ser sujeto de derecho, quiere participar y protagonizar su vida y la vida desde una primera línea.

Son dos mayores distintos y con los dos tenéis que jugar vuestro papel animador y motivador. Es un papel difícil y con necesidad de equilibrio. El equilibrio que exige el ser capaz de empujar al que no está acostumbrado a moverse y, a la vez, en no caer en costumbres pasadas que frenan toda posibilidad de participación y decisión de la persona mayor.

Por eso invito a actuaciones y pensamientos carentes de paternalismo, tutelaje, estereotipos negativos y cualquier señal de edadismo. Actuaciones y pensamientos que eviten la segregación y la endogamia del colectivo. Actuaciones y pensamientos que inviten y potencien el respeto de la persona y de su ser ciudadano. Actuaciones y pensamientos que muevan al mayor a la solidaridad social, que faciliten y promuevan la participación del mayor en lo social y en lo público. Actuaciones que conlleven el aumento de la autoestima de la persona mayor para conseguir una mejor calidad de vida y un envejecer con éxito.

El valor del concepto: la persona mayor

Engrandecer el concepto de persona mayor es tarea de decisiones políticas, de los medios de comunicación social, de los técnicos que trabajan con mayores y también, y sobre todo, de los propios mayores.

Engrandecer el concepto de persona mayor, engrandecer su valor social, vivir a diario en el terreno de la igualdad total sin ningún tipo de recorte por la excusa de la edad, es algo que beneficia al mayor y algo que necesita este colectivo. Es una exigencia no sentida por la sociedad pero sí necesitada por los mayores.

Pero es un bien que no se recibe como regalo. Hay que desearlo, hay que merecerlo y hay que conseguirlo. Son necesarios convencimiento y esfuerzo.

Somos los propios mayores los que debemos convencernos de que el hecho de cumplir años o de dejar de ser activo en el mundo laboral no supone entrar en el anonimato para la importancia social o vivir la dimensión de la pasividad como simples espectadores de un mundo que camina y se gestiona al margen de nuestras vidas.

Nos hace falta resucitar colectivamente nuestra conciencia de ciudadanía o descubrirla aunque sea en una edad tardía para empezar cada uno de nuestros días con el convencimiento de que cada uno de nosotros es un ciudadano igual. Y, además, animar nuestra autoestima convencidos de que nuestra capacidad personal, nuestra valía personal, no tiene por qué ser anulada en un aniversario concreto.

El engrandecimiento del concepto de persona mayor es algo muy nuestro. Y trabajar por conseguirlo debe formar parte del espacio individual y del espacio colectivo. Cada uno de nosotros y las organizaciones y grupo de mayores debemos trabajar en tres aspectos: interiorizar, demandar y actuar.

Individual y colectivamente debemos interiorizar el convencimiento del valor de la persona mayor. Debemos dejar atrás los pesos que ponen techo a nuestro crecer diario como persona. Que el peso de los años no quite peso a la dignidad. Somos un colectivo que cumple años, pero no un colectivo que ha dejado de valer.

Y frente a la sociedad, una actitud de demanda, de reivindicación del valor de la persona mayor. Aprovechar relaciones individuales o espacios colectivos para esta reivindicación. Que esta demanda vaya tomando carta de ciudadanía hasta poner en crisis el clima y el valor social que empequeñece a la persona mayor. Que se vaya cambiando hasta la normalización.

Y actuar. Actuaciones concretas para conseguirlo. Actuaciones destinadas a dejar lo que creemos beneficioso hoy pero que desvaloriza al mayor. Actuaciones destinadas a la desaparición de lo que sabemos que es perjudicial. Y actuaciones que ayuden a crear un clima social que fomente el aumento del valor social de la persona mayor.

Trabajar por un envejecer con éxito, por un engrandecer el valor de persona mayor, es uno de los motivos de estas jornadas, es uno de los motivos por los que cada uno de nosotros estamos aquí.

Y si hoy es una necesidad para los que estamos mentalizados en el tema, dentro de unos días, a partir del próximo 1 de enero, será toda la sociedad europea —de la que nosotros somos parte— la que está llamada a esta tarea. El próximo año 2012 Europa celebra el «Año europeo del envejecimiento activo y de la solidaridad intergeneracional».

Actuaciones políticas: retos y oportunidades de una nueva cultura sobre el mayor

El Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea, sobre todo desde octubre de 2006, hablan del hecho del envejecimiento europeo, de sus inconvenientes y oportunidades, de lo que supone de reto y de oportunidad y de la prioridad que este hecho debe tener en la agenda política de los Estados miembros.

Europa es consciente de la necesidad y de la importancia de una reflexión seria sobre el hecho demográfico del envejecimiento actual para la cohesión social europea y para su productividad. Sabe que el envejecimiento es un desafío para la sociedad, pero también un hecho positivo. Sabe que tiene categoría de reto y de oportunidad. Y, por esto, invita y pide a los Estados miembros que el hecho del envejecimiento de la población y la exigencia de un envejecimiento activo de las personas mayores sean motivos de prioridad en sus agendas políticas. Y añade que es necesario respetar el derecho de las personas mayores a una vida digna, independiente, con participación social y que hay que aumentar las condiciones de igualdad y las posibilidades de participación de las personas de edad.

Europa, de manera reiterativa, señala entre sus objetivos dos de ellos: la necesidad de la «creación de una nueva cultura sobre la persona mayor». Una cultura del envejecimiento activo como un proceso permanente, basada en una sociedad para todas las edades y acciones de sensibilización social que faciliten este envejecimiento. Acciones que den una imagen pública positiva de las personas mayores y acciones que luchen contra los estereotipos negativos y contra la discriminación por la edad.

«Creación de una nueva cultura social sobre la persona mayor» y «acciones de sensibilización social que faciliten el envejecimiento activo» son dos de los objetivos de este próximo año europeo. Son dos necesidades para un equilibrio en la igualdad de las edades. Y son dos tareas a la que los que estamos aquí estamos llamados.

Y es una tarea que tenemos que realizar en el interior de nuestros centros de mayores junto a sus socios y que tenemos que motivar y animar a que cada uno de nuestros centros puedan ser también «agentes de creación de esta nueva cultura y agentes de sensibilización social».

Quizá lo primero que tendríamos que pensar —y preguntarnos— es si nuestros centros de mayores son hoy ya «creadores de una nueva cultura sobre el mayor y agentes de sensibilización social del envejecimiento activo». Y quizá la pregunta tendría la duda como respuesta. Y si nos preguntamos si mañana podrían ser «espacios generadores

de nueva cultura y de sensibilización social», creo que la respuesta podría ser otra: la de un sí con determinadas condiciones. Condiciones que exigen cambios (creo que en este clima se han movido los organizadores y mentores de esta jornada, cuando con su título «Centros jóvenes...» han querido expresar la necesidad de un cambio).

Un cambio que exige superar una doble tentación. La del fundamentalismo conservador amigo de dejar las cosas como están y la tentación del espíritu iconoclasta que pide destruir lo que hay para hacer algo nuevo. Porque nuestros centros de mayores tienen necesidad de cambio pero, también, nuestros centros de mayores siguen siendo necesarios.

Es verdad que los centros son los espacios que reúnen a más personas mayores. Pero es verdad también que una gran mayoría de las personas mayores no se siente atraída por ellos.

Quizá haría falta hacernos unas cuantas preguntas: ¿Estamos adaptando los centros a las demandas, a las necesidades, a las expectativas del nuevo mayor? ¿Contribuye el centro a la segregación del colectivo de mayores? ¿Son los centros «espacios-islas» en medio de la vida y problemática de su barrio, de su distrito? ¿Motivan nuestros centros la solidaridad social, vivir el sentido de ciudadanía?, etc.

Preguntas, éstas y otras, que debemos hacernos entre nosotros y también con los mayores.

Debemos recordar que el envejecimiento actual es un hecho nuevo, que en estos nuevos tiempos aparece un nuevo mayor, que los centros de mayores necesitan dimensiones nuevas y que Europa nos pide la creación de una nueva cultura social sobre la persona mayor.

Y para que todo este peso de novedad llegue a su normalidad hace falta un cambio de valores, de visión, de conducta. Tenemos que trabajar durante un tiempo en el cambio. Un cambio que nos exige reflexión, revisión e imaginación creativa.

Reflexión, revisión, imaginación para la creatividad

Reflexión seria, integral, total de estas nuevas realidades y de los aspectos que conlleva. Reflexión, producto de saber que de estas novedades no lo sabemos todo y que no todo lo que sabemos de ellas no sirven para hoy.

Reflexión sí, y también revisión.

Revisión de lo que pensamos y de lo que hacemos hoy.

Dejando aparte la generosidad de muchas entregas y esfuerzos a favor de los mayores, tenemos que revisar si la visión que tenemos de la persona mayor, si la valoración que hacemos de él, si la conducta con la que actuamos y si los medios que utilizamos en su favor son los más eficaces para la realidad de hoy.

La inercia no suele ser la mejor compañera en un mundo en cambio. El seguimiento de lo que hacemos, su evaluación, la revisión de todo lo que tiene como destinatario al mayor deben ser hoy, de manera especial, nuestros compañeros de viaje. Porque actuaciones, programas, herramientas que se idearon hace 30, 20 o 15 años y que dieron buen fruto en su momento, puede que hoy resten más que sumen.

Reflexión, revisión y también imaginación para la creatividad.

Imaginación que supone abstraernos de lo que ya hacemos como único dogma de conducta. Imaginación que nos libera del cómodo y rígido marco del presente y nos capacita para crear posibilidades mejores. Imaginación que, elevándose por encima de lo hecho en el aquí, anticipe algo de futuro que ya es exigencia del nuevo presente.

Una imaginación creativa. Con el riesgo justo y equilibrado tenemos que actualizar y mover nuestra creatividad. Tenemos que crear nuevas herramientas, nuevos programas, nuevas conductas para un trabajo eficaz con los mayores de hoy y para responder, también del modo más eficaz posible, al hecho del nuevo envejecimiento actual.

Y todo en compañía, con la participación y el protagonismo de las propias personas mayores. Y así celebraremos de verdad el «Año europeo del envejecimiento activo y de la solidaridad intergeneracional».

Bibliografía

IMSERO (2011). *Libro blanco envejecimiento activo*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Perfiles actuales de los mayores, evolución de la población que acude a los centros de mayores

Agustina Sánchez Gómez

Coordinadora de Centros de Mayores Municipales.

Departamento de Servicios Sociales.

Junta Municipal del Distrito Moncloa-Aravaca. Ayuntamiento de Madrid.

Introducción

Mi participación con este artículo viene motivada por los años de experiencia como trabajadora social y coordinadora de los centros municipales de mayores. En el análisis de los datos, para comparar la evolución de los usuarios de los centros, encuentro la primera dificultad, que es la inexistencia de estudios y recopilación de datos que me proporcionen rigor en esta exposición. Por lo tanto, la ponencia se basa en mi propio testimonio, la observación y la valoración de algunos estudios encontrados, por lo que no pretendo hacer un análisis sociológico ni científico, pero sí sistemático.

Durante veinte años he desarrollado mi vida profesional en el distrito de Usera, situado en la zona sur de Madrid, donde se asentaron muchas industrias en la etapa del desarrollo.

Este distrito, como muchos de vosotros sabéis, recibió parte del flujo migratorio, principalmente del campo de Andalucía y Extremadura, personas que se incorporaron al sector industrial y de la construcción, en auge en aquel momento. Para ellas existía una única preocupación: trabajar y sacar a sus familias adelante. El concepto de ocio, al llegar la jubilación no estaba interiorizado, ni la sociedad ni las circunstancias personales les habían permitido pensar cómo sería su vida en esta etapa (hay que tener en

cuenta que la esperanza de vida en la generación anterior era de 60-65 años, lo que coincidía con la etapa laboral activa; además, en el caso de las mujeres, el concepto y sentimiento de jubilación no se contemplaba). El recuerdo de su vida en el pueblo asocia el ocio con el paseo, compartir tertulias con los vecinos, la partida en el bar, etc., que era su manera habitual de relacionarse. Partíamos de una situación general donde la jubilación era considerada algo negativo, en una economía de mercado donde el trabajo es lo que más vale; cuando se deja de estar activo se pierde valor en la sociedad.

Gran parte de los mayores de este distrito procedían del sector primario y contaba con un elevado porcentaje de analfabetos, más pronunciado entre las mujeres, y el resto se incluía en el grupo de «sin estudios» o «con estudios primarios».

Por otra parte, entre las reivindicaciones de las asociaciones de vecinos, figuraba la solicitud de espacios para mayores donde compartir su tiempo con los amigos o conocidos del barrio y jugar a las cartas. Sólo querían un espacio exclusivo, que defendían como un territorio propio, y llegaban a ser intolerantes con la asistencia de mujeres y jóvenes.

Los sistemas de pensiones en el inicio del estado de bienestar garantizan y aseguran la independencia de los mayores. El aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad conllevan un proceso de envejecimiento de la población y un mayor índice de mayores. La sociedad toma conciencia de su crecimiento y empieza a cambiar el concepto de jubilación. La población mayor ha pasado de ser consumidora de prestaciones sociales a generar riqueza con la creación de servicios para atender sus necesidades, lo que constituye uno de los yacimientos profesionales más importantes en nuestros días. Tienen mayor nivel educativo y poder adquisitivo, y conforman un colectivo más heterogéneo en cuanto al uso y disfrute de su tiempo libre.

Las previsiones en España para 2060, según el Instituto Nacional de Estadística, son que el 30 % de la población será mayor; es decir, una de cada tres personas tendrá más de 65 años, y aparecerán por la esperanza de vida los mayores de 90 años y los centenarios, abriéndose para el futuro un escenario desconocido.

Los centros de mayores. Antecedentes

Los clubes y hogares de pensionistas, promovidos a través de asociaciones culturales, parroquias y organizaciones no gubernamentales (ONG) fueron el origen de los actuales centros de mayores.

Durante la década de 1980, el INSERSO promovió espacios de relación para evitar el aislamiento y hacer visible a este colectivo. Entre ellos, se incluyen servicios específicos de atención social y sanitaria, que complementaban la insuficiente implantación de estos sistemas de protección social. Parte del personal adscrito al centro eran médicos, profesionales de enfermería y trabajadores sociales.

Desde ese momento hasta la actualidad, las distintas administraciones han potenciado estos servicios con diferentes modelos organizativos.

Posteriormente se transfirieron a las comunidades autónomas, de modo que se convirtieron en recursos gerontológicos de la red de servicios especializados.

A partir del año 1986 son impulsados por las administraciones locales. En muchas ocasiones, los centros de servicios sociales comparten espacios con los de mayores.

El movimiento asociativo también realiza actividades en el ámbito recreativo, asistencial y relacional, subvencionadas o cofinanciadas por la administración local o autonómica.

La población mayor de Madrid en 1990

Los datos que expongo proceden de tres estudios en el municipio de Madrid:

- Encuesta sobre «formas de vida» del año 1990.
- Un estudio de necesidades sociales de 1987.
- Una investigación sobre los usuarios del servicio de ayuda a domicilio, realizado por el Área de Servicios Sociales en 1990.

Estos datos servirán como referencia para analizar la evolución de los mayores que participan en los centros municipales de mayores.

Datos sociodemográficos

Ingresos económicos

Más del 50 % recibe unos ingresos mensuales inferiores a 450 € (fig. 1). De ellos, un 3 % recibe menos de 150 € mensuales, esto indica la dificultad de mantener unas condiciones aceptables de vida.

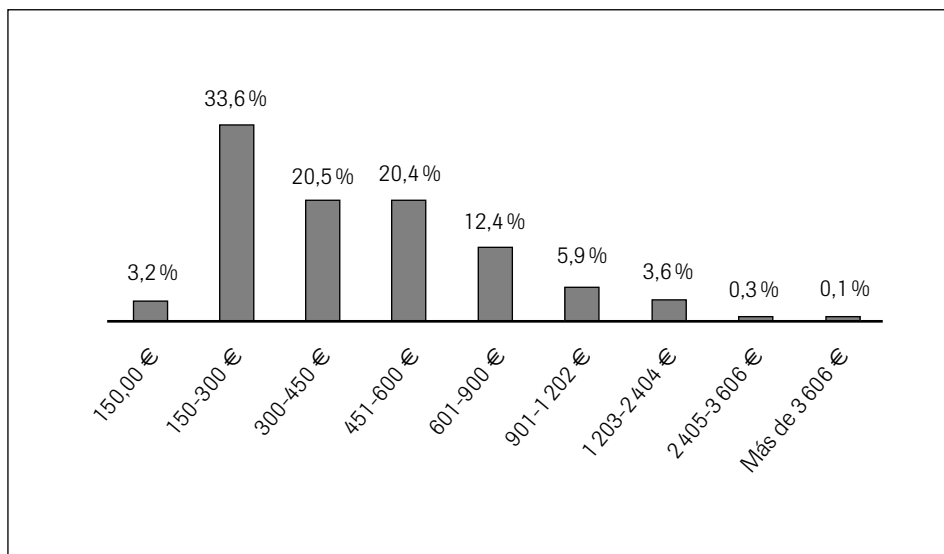


Figura 1. Ingresos mensuales de la población mayor de Madrid. Datos de 1990.

Nivel de estudios

La mayor parte de la población, el 61 %, carece de estudios, y el 28 % tiene estudios de primer grado o primarios. No llega al 10 % el porcentaje de los que han podido ampliar sus estudios (fig. 2).

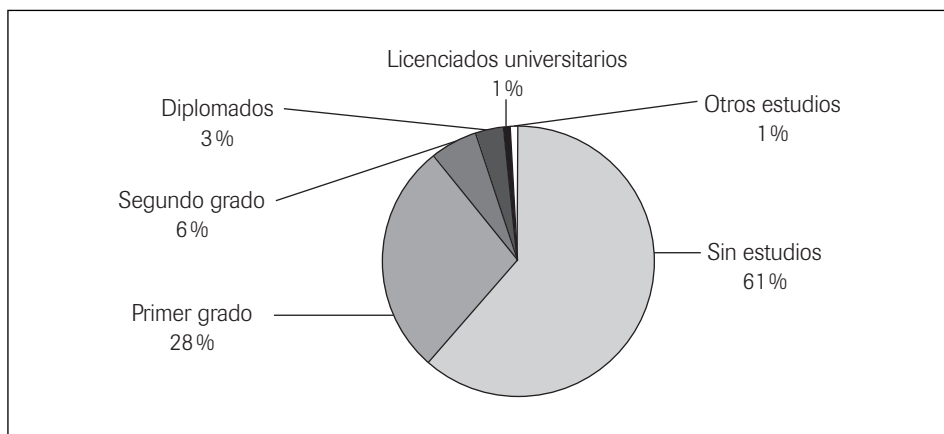


Figura 2. Nivel de estudios de la población mayor de Madrid. Datos de 1990.

Actividades y relaciones sociales

- Más de la mitad de mayores no recibía visitas.
- Actividad principal: mirar la televisión.
- Sale a pasear el 80 %.
- Un porcentaje muy pequeño va de excursión o acude a centros y clubes de mayores.

Necesidades sociales detectadas

Algunas características detectadas fueron las siguientes:

- Falta de hábitos en el ocio: disponibilidad de tiempo libre, pero no de ocio creativo y enriquecedor.
- Tradición cultural rural, con una socialización basada en el trabajo y que no educa para el ocio. El 84 % de los mayores no había realizado ningún viaje en los últimos años, principalmente por dos razones: la mala salud y por no tener dinero para hacerlo.
- Bajos ingresos.
- Nivel de estudios bajo: una tercera parte la forman personas sin estudios, de las cuales muchas son analfabetas.

Como resultado de estos estudios, el Ayuntamiento de Madrid, a través de los servicios sociales, planifica las siguientes acciones:

- Creación de centros para mayores o reforma de los existentes como espacio para favorecer su integración social, a través de las relaciones y de la participación en actividades culturales y de ocio, para mantener al mayor en su entorno.
- Creación de servicios con precios asequibles, para compensar la pérdida de su poder adquisitivo.
- Promoción de actividades grupales, socioculturales, ocupacionales, recreativas y físicas que den respuesta a sus inquietudes, potenciando su imagen como miembros útiles y activos de la sociedad.
- Desarrollo de cauces de participación en los centros, a través de las juntas directivas como órganos de representación permanente de los socios, que deben recoger sus demandas para programar y planificar según sus intereses y preferencias.
- Programaciones por objetivos marcadas por área de intervención.
- Promoción del voluntariado como forma de participación, implicando a los mayores en la vida del centro.

Equipamiento de los centros

Los centros deberían contar con:

- Espacios donde poder jugar.
- Cafetería y comedor.
- Salas para actividades ocupacionales o talleres.
- Biblioteca.
- Sala de rehabilitación.
- Servicio de podología y peluquería.
- Animación sociocultural.
- Despachos para junta directiva y profesionales.

Perfil de los mayores que acudían hace 20 años a los centros

- El mayor número de socios eran hombres.
- Los hombres acudían a diario al centro.
- La mujer, minoritaria, acudía ocasionalmente.
- Las mujeres acudían sólo para realizar una actividad concreta.
- En cuanto al estado civil, la mayoría eran viudos, motivo principal por el que acudían al centro.
- La ocupación de los hombres, en su vida laboral, estaba relacionada con el sector industrial, sin cualificación profesional.
- La ocupación habitual de las mujeres era ama de casa.
- El poder adquisitivo estaba por debajo de la media de la población, por falta de cotización o jubilaciones anticipadas.

Participación en los centros

- Los hombres eran los únicos que asistían a diario al centro, y ocupaban la sala de juego como espacio principal. La asistencia de las mujeres era ocasional, sobre todo para realizar una actividad concreta.

- Algunos hombres participaban en actividades de marquetería o pintura. En definitiva, elegían siempre actividades relacionadas con su vida laboral. Muchos de estos talleres fueron llevados por ellos como voluntarios.
- Las mujeres elegían actividades que les hicieran sentirse útiles o les aportaran conocimientos; por lo tanto, los talleres más demandados eran los de manualidades y los relacionados con la alfabetización y la cultura general.
- Los talleres de gimnasia y sevillanas fueron propuestos para fomentar la actividad física.
- Las conferencias y charlas tenían un público minoritario, preferentemente femenino.
- Las actividades con mayor participación era las salidas, excursiones y celebraciones, como el Carnaval, la festividad de San Isidro, las fiestas patronales y los bailes semanales organizados en la mayoría de las ocasiones por las juntas directivas.

Situación actual. Características técnicas

Las tendencias demográficas actuales, con un incremento de la esperanza de vida, han hecho que, tanto hombres como mujeres, hayan ganado 2 años de vida en estos últimos 20 años. Las mujeres, tras cumplir los 65 años, sobreviven una media de 21,65 años, y los hombres lo hacen 17,68 años.

Tendremos una población que durante bastantes años podrá disfrutar de buenas condiciones de salud, aunque en los de más edad se incremente la dependencia.

Hay un cambio de mentalidad; empieza a reconocerse la jubilación como un tiempo donde es posible introducir cambios en la vida: comenzar a desarrollar nuevos proyectos, cuidar la salud física y mental, y disfrutar de aquellas cosas aplazadas o de nuevas inquietudes.

Son muchos los autores que hablan del envejecimiento como un proceso adaptativo a través del cual el individuo gestiona sus recursos personales y psicosociales y que, por lo tanto, depende de la interacción entre sus condiciones biológicas psicológicas y socioculturales.

La capacidad de adaptación de cada persona y cómo gestiona estos recursos hará que se mantenga durante un mayor período de tiempo activo, intelectual y físicamente.

Es importante dar visibilidad a los diferentes modelos positivos de envejecer. No todas las personas envejecen igual, es justo suponer que puede haber tantas maneras de envejecer como personas hay. Es un grupo muy heterogéneo y sujeto a continuos

cambios procedentes del efecto generación. *El envejecimiento activo es un logro social y deberá utilizarse como una estrategia clave para prevenir las situaciones de dependencia en las personas mayores.*

Llevar a la práctica el modelo sobre el envejecimiento activo formulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) *implica el compromiso* de poner en marcha estrategias que optimicen las oportunidades de *salud, seguridad y participación de las personas mayores*. La finalidad fundamental es mejorar la calidad de vida de las personas.

Los centros de mayores municipales en la actualidad

A lo largo de estos 20 años hemos trabajado con la idea de mejorar la situación social de las personas que acuden a los centros y de crear inquietudes desde un punto de vista del *envejecimiento activo* para una mejora de la calidad de vida, tal como propuso la OMS.

Durante estos años hemos podido comprobar cómo se han interiorizado estos principios y cómo ha ido cambiando el perfil de los mayores, incluso aquellos de mayor edad han ido variando sus preferencias hacia otro tipo de actividades encaminadas a mejorar su bienestar:

- Observamos un cambio en los jubilados más jóvenes: quieren ser protagonistas de su jubilación y son capaces de buscar lo que realmente les gusta, no se conforman con una actividad, quieren realizar cosas diferentes y muestran interés por todo lo que pueda mejorar su salud, así como por la cultura y el conocimiento del patrimonio cultural y paisajístico.
- Se ha realizado un trabajo desde una perspectiva de intervención gerontológica comunitaria y de espacios de salud psicosocial no sanitaria.
- Se utiliza la dinamización social como motor de cambio y ayuda al desarrollo del crecimiento personal, fomentando cambios de hábitos y actitud positiva hacia la vida, propiciando las relaciones con sus iguales pero también con otras personas con diferentes realidades.

Todo ello a través de una *metodología* activa, flexible, personalizada y participativa:

- *Activa*, que ofrezca alternativas de ocio que mantengan y favorezcan sus capacidades intelectuales, físicas, emocionales y socioafectivas, potenciando la autonomía e integración y favoreciendo las relaciones interpersonales.
- *Flexible y personalizada*, de modo que la actividad se adapte a la realidad de cada centro y de las personas.

- *Participativa*, que implique a los asistentes en su proceso de aprendizaje haciéndoles protagonistas de las diferentes actividades planificadas, incorporando sus intereses.

La programación se realiza a través de distintas áreas, entre las que se encuentran las siguientes:

1. Área de promoción de la salud: desde el punto de vista de salud como bienestar físico, psíquico y social. Los programas de envejecimiento activo incluyen:
 - Acciones formativas que faciliten hábitos saludables.
 - Talleres y actividades de mantenimiento psicofísicos: senderismo, expresión corporal, yoga, taichí, terapia ocupacional, psicomotricidad, talleres de entrenamiento de la memoria, talleres de mejora de la autoestima y prevención de la depresión o talleres de relajación.
2. Área de integración y participación en la comunidad: desarrollo de programas de sensibilización sobre la necesidad de su participación en la sociedad, así como para facilitar las habilidades necesarias y las oportunidades concretas para poder hacer efectiva dicha participación:
 - Programas de promoción de actitudes y habilidades para la participación social: actuaciones como acciones divulgativas y de sensibilización, charlas-coloquios, debates, encuentros, conferencias, talleres de habilidades sociales y de comunicación interpersonal.
 - Programas de voluntariado: actuaciones de sensibilización y captación de voluntariado, formación del mismo y seguimiento de los diferentes grupos de voluntariado que se desarrollen.
 - Programas de intercambio generacional, con actividades de dinamización y encuentro intergeneracional, donde se integran las personas mayores con otros grupos de edad (niños, adolescentes, jóvenes o adultos).
3. Área de cultura y educación: dirigida a desarrollar la capacidad de aprendizaje y a ampliar los niveles formativos de la persona mayor. Incluye:
 - Programas culturales y formativos: actuaciones y proyectos como aulas para educación de adultos, ciclos culturales, conferencias o charlas-coloquio monográficas, visitas culturales, exposiciones, etc.
 - Programas de incorporación a las nuevas tecnologías: cursos de iniciación y perfeccionamiento en el manejo de programas informáticos, internet, etc.
4. Área de ocio recreativo: organización de actividades recreativas de carácter lúdico y festivo (excursiones, bailes, juegos, actuaciones y festejos diversos), actividades que promocionan la relación social y el uso del tiempo libre, contribuyendo de esta manera a prevenir situaciones de soledad, inactividad y aislamiento.

Realizaremos un breve análisis para ver la evolución de los centros. Expondremos los datos sociodemográficos de los socios de los centros municipales de mayores y de participación en los centros, tomando como ejemplo el distrito de Moncloa-Aravaca, donde he estado trabajando como coordinadora en este último año.

Datos sociodemográficos de los centros municipales de mayores

Edad y sexo

Tal como se expone en la figura 3, el número total de socios de los centros municipales de mayores incluyen a 269 954 personas, de las cuales 107 695 (40 %) corresponden a los hombres y 161 259 (60 %) a las mujeres.

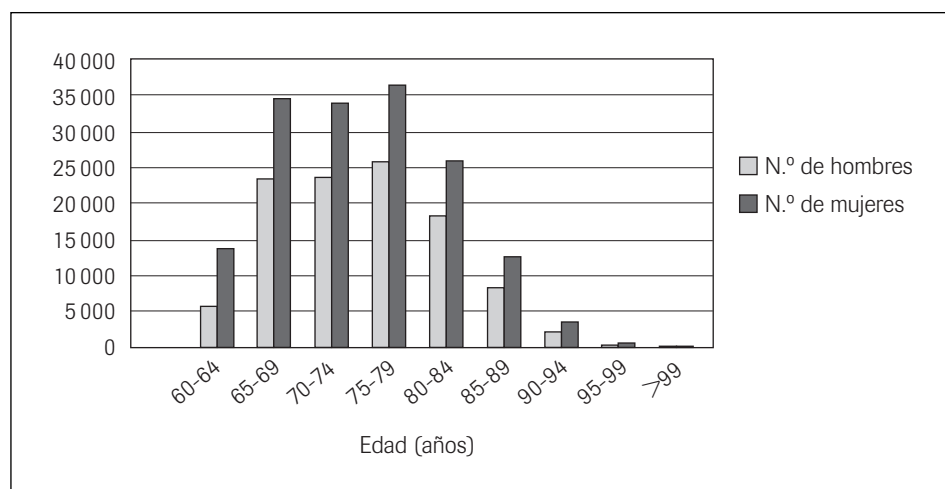


Figura 3. Socios de los centros municipales de mayores.

El 66 % tiene entre 65 y 79 años de edad, rango en que están muy igualados los tramos de edad y sexo. Un 21% tiene entre entre 65 y 69 años, y otro 21 % entre 70 y 74 años. Un 16% tiene entre 80 y 85 años de edad.

Del total de mayores en el municipio de Madrid, por sexo, la proporción es similar a la de los centros de mayores, que es de un 40 % de hombres un 60 % de mujeres.

Por tramos de edad, el grupo de personas mayores de entre 60 y 64 años es el más numeroso y menos representado en los centros municipales de mayores, pues sólo

pueden ser socios de los centros municipales los mayores de 65 años, los mayores de 60 años con pensión y cónyuges o parejas de hecho de los socios (fig. 4).

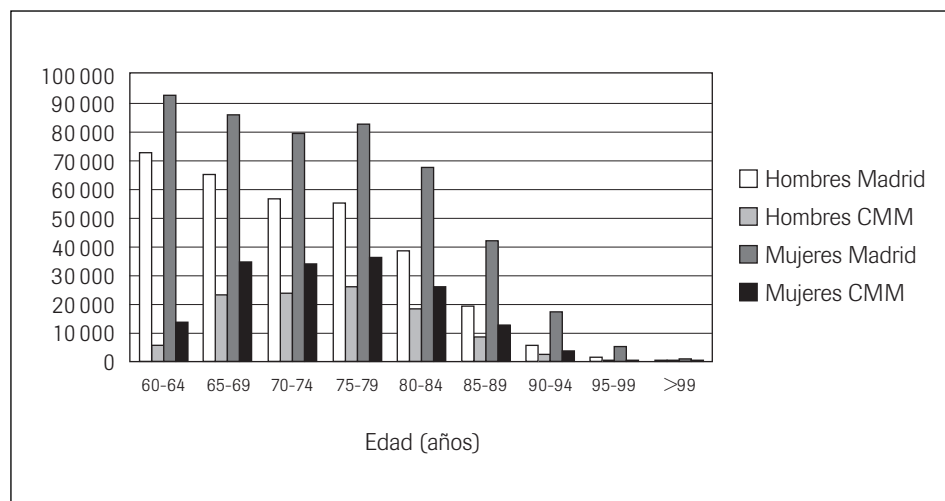


Figura 4. Población de Madrid y socios de los centros municipales de mayores (CMM), distribuida por sexo y edad.

Nivel de estudios

La mayoría de los socios de los centros tienen estudios primarios, cifra muy similar entre hombres y mujeres (fig. 5).

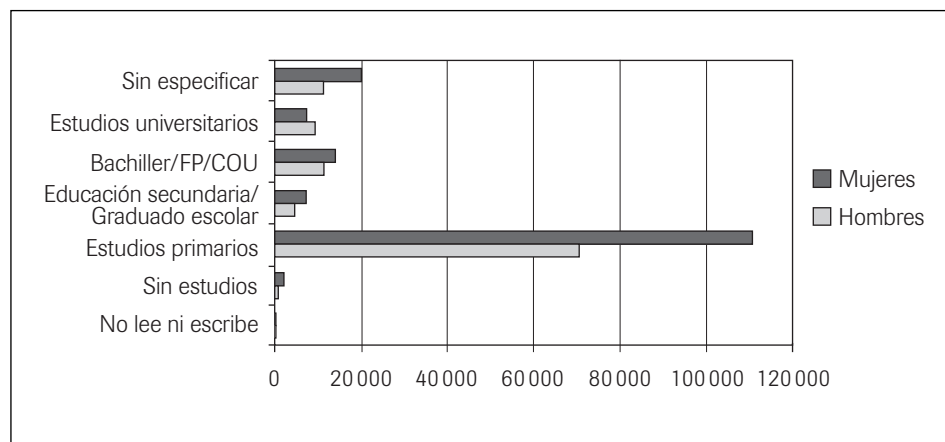


Figura 5. Nivel de estudios de los socios de los centros municipales de mayores.

El nivel de formación es bajo, aunque ha mejorado respecto a 1990, ya que la mayoría de «sin estudios», entonces de un 61 %, ha pasado al 1 % en la actualidad, tanto en hombres como en mujeres.

En cuanto a la profesión, la mayoría de los socios de los centros han ejercido una profesión de baja cualificación acorde con su educación (fig. 6). En los hombres, el 56 % y en mujeres hasta el 73 %, coincidiendo con la situación habitual como amas de casa.

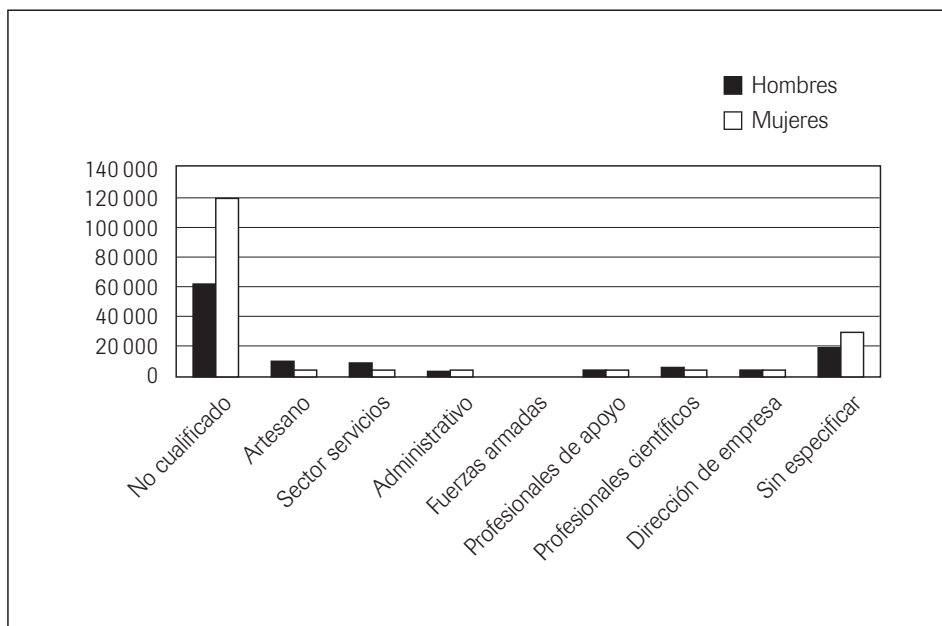


Figura 6. Profesión de los socios de los centros municipales de mayores.

En cuanto a la cuantía, ha habido un cambio considerable, pero aún se mantiene la diferencia en la percepción de ingresos entre hombres y mujeres (fig. 7 y tabla 1).

Según los datos sociodemográficos, el perfil de los centros de mayores correspondería a:

- Mujer entre 65 y 79 años.
- Con estudios primarios.
- Sin cualificación profesional.
- Ingresos mensuales entre 600 y 900 €.

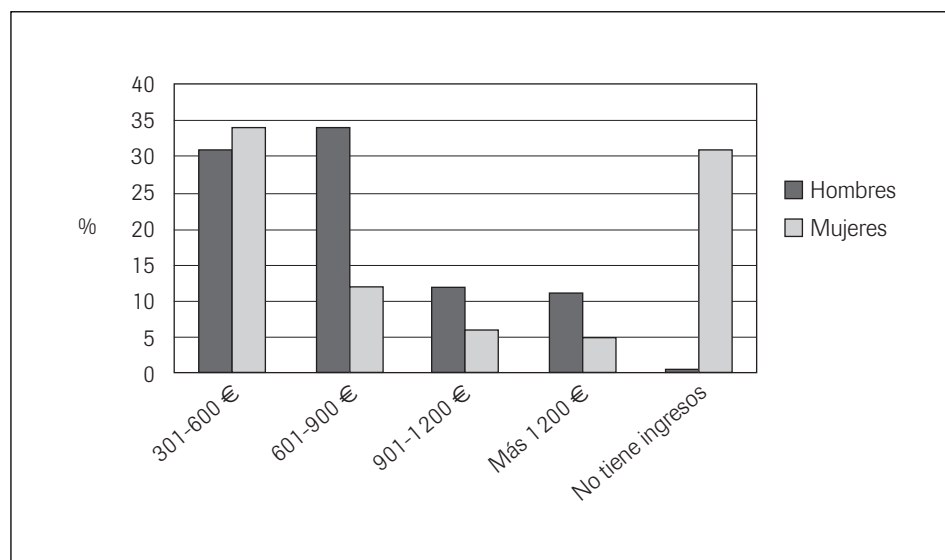


Figura 7. Ingresos mensuales de los socios de los centros municipales de mayores.

Tabla 1. Pensión media de jubilación (€/mes)

	1995	2000	2007	2010	2011
Pensiones en vigor	443,96	539,18	688,68	883,68	916,19
Nuevas pensiones	535,58	644,86	826,13	994,34	1 189,47

Fuente: IMSERSO. *Libro Blanco sobre envejecimiento activo*.

Perfil de participación

Actualmente se mantienen muchas actividades de hace 20 años, si bien la preferencia por ellas ha ido variando.

Estas son algunas de las *características*:

- Necesidad por mantenerse activo: demandan la actividad física en todas sus modalidades: taichí, gimnasia de mantenimiento, yoga, baile, actividades preventivas.
- Preocupación por el mantenimiento de sus capacidades cognitivas, por lo que realizan demandas de actividades de terapia ocupacional, relacionadas con la mejora de la memoria.
- Interés en su desarrollo personal, por lo que se demandan talleres de crecimiento personal, autoestima, risoterapia, etc.

- Continúa el interés por los talleres de expresión artística, como pintura, dibujo o manualidades.
- Las excursiones son muy demandadas, pero los mayores manifiestan mayor interés por conocer el patrimonio cultural y paisajístico.
- Los bailes y fiestas populares disminuyen su interés, manteniéndose en los de mayor edad.

Participación de los centros de mayores del distrito Moncloa-Aravaca

Los mayores de entre 60 y 64 años de edad participan en todos los talleres, pero son los de pintura y dibujo, bailes de salón, informática, manualidades o labores donde están más representados (fig. 8).

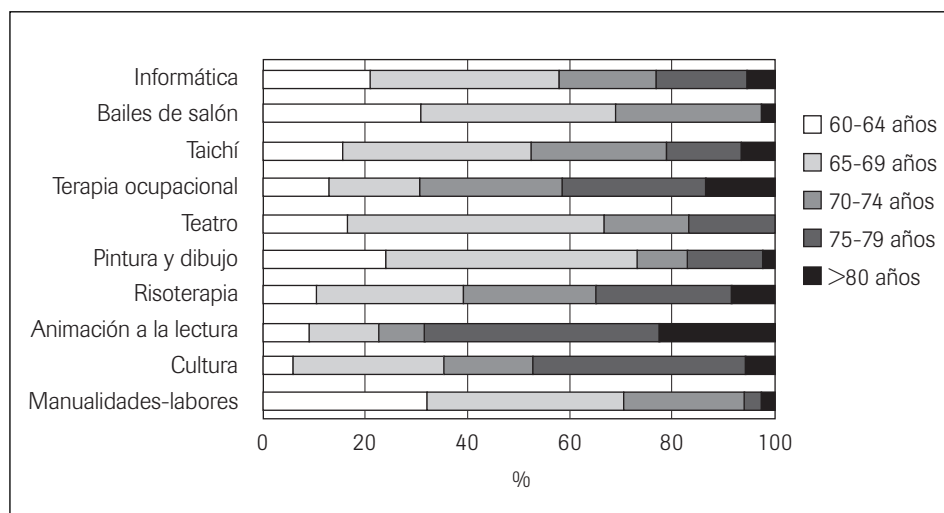


Figura 8. Participación en los talleres de los socios de los centros municipales de mayores, por edad.

Los de entre 65 y 69 años tienen interés por todos los talleres de expresión artística, entre los que destacan los de teatro y pintura. El interés por los talleres de actividad física, taichí y bailes de salón es muy similar.

Los de entre 70 y 74 años participan en todas las actividades; destacan aquellas directamente relacionadas con la prevención de la dependencia: terapia ocupacional, taichí, risoterapia y bailes de salón.

En los de entre 75 y 79 años destaca el interés por los talleres de cultura, terapia ocupacional y risoterapia.

En los mayores de 80 años disminuye su participación en los talleres; de todos modos, los más demandados son terapia ocupacional y animación a la lectura.

Las nuevas tecnologías son de gran interés para todos; aumentan entre las personas de 65-69 y disminuye considerablemente en los mayores de 80 años.

Los hombres tienen una participación muy baja en talleres y actividades, con mucha diferencia respecto a las mujeres; sólo las excursiones atraen a un mayor número de hombres, ya que se trata de una actividad que se suele realizar en pareja (fig. 9).

El grupo de mayor asistencia es el de entre 65 y 69 años (fig. 10).

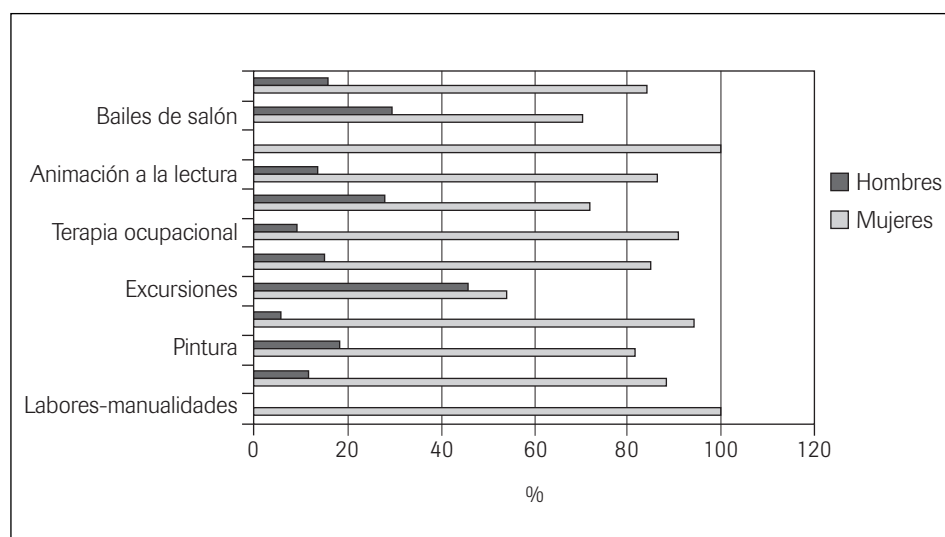


Figura 9. Participación en los talleres de los socios de los centros municipales de mayores, por sexo.

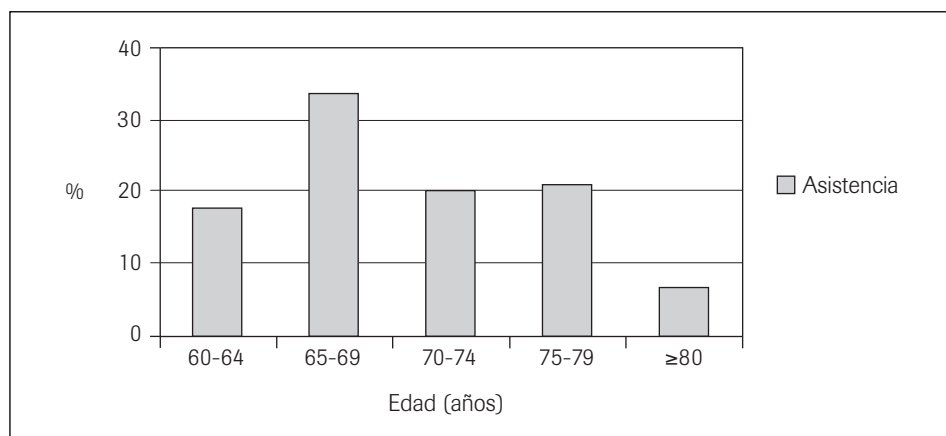


Figura 10. Asistencia y edad de los socios de los centros municipales de mayores.

Conclusiones

- Mantenemos una *heterogeneidad* en los centros con generaciones que han vivido distintas realidades. No podemos hablar de un perfil determinado, sino de edad, gustos y preferencias muy dispares.
- El acercamiento a los centros municipales de mayores de *personas de ambos sexos con pensión* es más frecuente y de mayor cuantía entre las personas que han ejercido profesiones cualificadas.
- Los *nuevos jubilados* que se acercan a los centros no se identifican con el estereotipo del mayor en actitud pasiva; la diferencia radica en la necesidad y capacidad que tienen de seguir realizando aquello que les permita *sentirse útiles*.
- Expresan la *liberación que supone dejar las obligaciones laborales* y la posibilidad de poder iniciar o realizar lo que han aplazado a lo largo de su vida.
- *Suelen estar muy ocupados*, muchos dedican parte de su tiempo a la atención de los nietos, acceden a todos aquellos centros de mayores, centros culturales, etc., que pueden ofrecerles actividades, y *eligen*. Su acceso al consumo les hace más exigentes.
- *La disponibilidad de más recursos económicos y mayor formación* hace que el comportamiento de los nuevos jubilados sea distinto y reclamen un papel relevante dentro de la sociedad. Las personas mayores deben ser referentes valiosos y reconocidos por la comunidad, es necesario reforzar el papel social de las personas mayores y contribuir a mejorar su imagen.

- A través de los *programas y servicios* intentamos responder con actividades y talleres que lleguen al mayor número posible de socios con intereses diferentes.
- *La mayoría de socios son mujeres*, pero no sólo en número, sino en participación. Debemos fomentar de una manera especial la participación de las mujeres mayores en órganos y espacios de poder a través de un trabajo en grupo, dirigida prioritariamente a favorecer la confianza en ellas mismas y el fortalecimiento de su autoestima.
- Los mayores de ahora están sensibilizados con la necesidad de realizar actividades encaminadas a *prevenir su dependencia* o a tratar un deterioro determinado.
- El mayor número de participantes está entre los de 65-69 años en talleres y actividades; sin embargo, son los de más de 75 años los que tienen mayor visibilidad, al utilizar los espacios comunes, como sala de juego, cafetería y comedor, y permanecen más horas en el centro.
- *El perfil también varía entre distritos*, incluso entre centros del propio distrito. La dimensión del centro, la dotación del mismo y las actividades que se han podido poner en marcha han determinado estas diferencias.
- Existen *diferencias en cuanto a la dotación de centros* entre distritos. El desarrollo de actividades y talleres depende de los presupuestos que cada distrito asigne.
- Hay que destacar el *papel de las juntas directivas* como referentes para los socios; por ello es importante la formación en habilidades básicas que propicien la promoción de la participación y del envejecimiento activo.
- *Hay que resaltar el papel del voluntariado*, que actualmente ha cobrado mayor relevancia y reconocimiento en la sociedad. En los centros de mayores hemos contado con talleres de voluntarios desde hace muchos años.
- La *jubilación* es el comienzo de un *itinerario* que se recorrerá progresivamente y donde los cambios, tanto físicos, psíquicos como sociales, harán que la persona necesite y quiera hacer actividades diferentes durante esta etapa.
- Los cambios que se han ido produciendo en los centros a lo largo de estos años ha sido fruto del *trabajo en equipo de todos los profesionales*: técnicos en animación sociocultural, terapeutas ocupacionales, auxiliares de servicios sociales, monitores de talleres y el personal que atiende el resto de servicios.

Propuestas

- *Análisis del modelo organizativo*, necesario después de 25 años de andadura, ante los cambios que han sufrido las necesidades sociales, inseparables de la evolución de los contextos sociales siempre dinámicos.

- El análisis y la reorientación suponen cambios que generan importantes resistencias; es fundamental identificar los elementos clave del cambio y generar estrategias que faciliten los procesos.
- *Formación de los profesionales* en modelos favorecedores de participación que avancen en la capacitación y autogestión de los mayores evitando un tutelaje excesivo desde el modelo de la potenciación o *empowerment*, de modo que las propias personas, además, sean agentes activos de los proyectos que se realicen para ellos.
- *Los profesionales* serán un elemento clave dinamizador de los programas de los centros a la hora de detectar nuevas necesidades, proponer diseños de programas, seleccionar metodologías de trabajo adecuadas a las intervenciones y llevar a cabo la evaluación de las mismas, siempre ofreciendo una visión global, abierta y coordinada con los recursos de la comunidad.
- *Recogida de datos y estudios* de evaluación que nos permitan un análisis de nuestras intervenciones y recogida de las expectativas de los socios.
- *Estimular la incorporación de las mujeres a las juntas directivas*, ya que son las que mayoritariamente participan en las diferentes actividades y, sin embargo, apenas están representadas en estos órganos.
- *Impulsar estrategias* para afrontar de forma positiva el hecho de envejecer, y mantener roles sociales activos a lo largo de todo el ciclo vital.
- *Transmitir* una visión no estereotipada de la vejez, libre de clichés negativos frecuentemente interiorizados tanto por las propias personas mayores como por la sociedad.
- *Potenciar los programas de voluntariado*, ya que aumenta el número de personas dispuestas a ofrecer su tiempo para enseñar a otras, bien en los centros o a través de grupos de voluntariado dirigidos hacia el apoyo social intergeneracional o intra-generacional de su propia comunidad.
- *Coordinación con otros recursos comunitarios*, construyendo propuestas que partan de un concepto de salud biopsicosocial, donde los centros de mayores articulen programas diversos y proyectos atrayentes que den respuesta a las necesidades del conjunto diverso de personas mayores.
- *Fomentar la conexión y el acercamiento* de las personas mayores a los nuevos temas y fenómenos que en la sociedad van surgiendo, procurando mantenerlos informados.
- *El acceso a las nuevas tecnologías* es esencial para evitar el distanciamiento generacional y que las personas mayores no se sientan aisladas del mundo actual.
- *El envejecimiento como triunfo* más que un problema; debe ser considerado un éxito logrado a través de las mejoras en salud y en los niveles de desarrollo social y económico. Un envejecimiento saludable es posible y significativo cuando las personas

mayores pueden participar en todos los aspectos de la vida social y económica, la participación es un eje fundamental del desarrollo de la personalidad de los mayores con el fin de mejorar su calidad de vida (Libro Blanco IMSERSO, 2011).

Bibliografía

- Ayuntamiento de Madrid (1989). Las necesidades sociales en el municipio de Madrid. (Documentación interna.)
- Ayuntamiento de Madrid (1990). Encuesta sobre formas de vida de la población madrileña: primeros resultados. Colección Documentos de Trabajo, nº 23.
- Ayuntamiento de Madrid. Programas de mayores. (Documentación interna.)
- García Sanz, B. (1990). El servicio de ayuda a domicilio en el Ayuntamiento de Madrid. Ayuntamiento de Madrid. (Documentación interna.)
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2011). *Libro Blanco del envejecimiento activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Memoria de actividades de animación sociocultural de distrito Moncloa-Aravaca (2010).
- Trinidad Requena, A. (2006). El nuevo discurso de los mayores: la construcción de una nueva identidad social. *RES. Revista Española de Sociología*, 6, 65-90.

El papel de las juntas directivas de los centros de mayores

M.^a Josefa Alba Rodríguez

Presidenta de la Junta Directiva del Centro de Mayores Municipal Moratalaz.
Madrid.

Introducción

Como en toda organización humana, un presidente de cualquier asociación nada podría hacer si no contara con un equipo de personas con las que, trabajando codo a codo, pueden llevar a efecto un proyecto común.

El caso que nos ocupa es el de los centros de mayores de nuestra querida ciudad de Madrid, creados por la corporación municipal en la década de 1980, atendiendo el clamor popular de una numerosa población que, terminada su vida laboral, se encontraba sin lugares donde poder reunirse, desarrollarse en el plano intelectual, físico, artístico y también —por qué no decirlo— anímicamente.

Estos centros se han creado para encarar esa etapa de la vida, llena de experiencia y creatividad, en la que poder seguir enriqueciéndose intelectualmente, al tiempo que los más generosos y preparados podrían transmitir enseñanzas, experiencia, conocimientos, etc. a otras personas que las circunstancias han hecho que, por haber empezado a trabajar a una edad muy temprana, hayan dedicado todo su esfuerzo y tiempo a la familia.

Podemos destacar cómo después de la jubilación se ha despertado en muchos de nuestros mayores la «vena artística». Cuántos grandes pintores, actores, literatos han aparecido en la edad que hoy llamamos «dorada». Y son también muchos los compañeros cuyas inquietudes les han llevado a ingresar en las universidades para mayores.

No me cabe la menor duda de que los centros municipales de mayores han tenido un papel muy importante en el desarrollo de todas estas inquietudes ocultas durante nuestra vida laboral y que han empezado a despertarse al jubilarnos. También nos han aparecido nuevas obligaciones. Una muy importante y que nos absorbe gran cantidad de tiempo es el cuidado de los nietos que, aunque muy agradable y llena de amor, debemos reconocer que a muchos les tiene ocupada una gran parte de su tiempo.

Las juntas directivas

No se concibe la vida moderna sin el trabajo en equipo. De este modo, vemos cómo en el gobierno de las naciones hay un presidente y un equipo (los ministros), el ayuntamiento con su alcalde al frente y el equipo de concejales que con él desarrollan un proyecto común, presidentes de grandes empresas con sus consejeros, y así, interminables ejemplos de la vida en sociedad.

No cabe duda de que la figura de los presidentes es fundamental, pero él solo no podría hacer nada si no contara con un equipo de personas capaces de llevar a cabo dicho proyecto.

También es el caso de los centros de mayores, que contando con un equipo directivo elegido periódicamente y de forma democrática entre sus socios, y aun cuando con poder limitado, es el encargado de dinamizar e infundir vida a nuestros centros de mayores.

Creo que las funciones deben ser compartidas, y las decisiones deben ser consensuadas entre el presidente y la junta directiva que lo sostiene, siendo así que la labor de cada directivo estará en consonancia con sus capacidades y la entrega a la causa común.

A continuación me ceñiré a «mi centro» en concreto, y aun cuando no sea el común de todos ellos, pues dirijo uno de los centros de mayores de Madrid, con un elevado número de socios (en algunos momentos se ha alcanzado la cifra de 9 000 socios).

Atención y acogida

El despacho de la junta directiva está abierto a los socios, salvo el mes de vacaciones en agosto, durante todas las mañanas laborables del año, y aproximadamente una media de 40 personas al día son atendidas en el mismo.

El primer paso para incorporarse al centro se produce en este despacho. Al llegar a él, los nuevos socios son recibidos por miembros de la junta directiva, que proceden a

explicarles qué les ofrece y qué se puede hacer en nuestro centro, explicación que con cada nuevo socio puede durar de 5 a 10 minutos. A continuación se procede a la cumplimentación de la solicitud para obtener la tarjeta «madridmayor», actualmente en vigor.

Si tenemos en cuenta que desde la implantación de la tarjeta «madridmayor» a finales de 2006, en estos últimos 5 años nuestro centro ha dado de alta a 2 800 nuevos socios, esto hace una media mensual de 51 personas a las que ha habido que informar detalladamente de cuanto aquí realizamos.

Quiero hacer hincapié en este punto, ya que echamos en falta el poder disponer de un pequeño folleto explicativo, de forma general, de cuanto los centros de mayores ofrecen a las personas que se van incorporando a ellos.

Cuidamos mucho la recepción de nuevos socios; se les atiende con la mayor amabilidad y cariño, a fin de que se vayan con la idea de que son bien recibidos entre nosotros.

Evidentemente, la labor de contacto con los socios no sólo se ciñe a la recepción de nuevos socios; podemos decir que una media diaria de entre 30 y 50 personas pasa por el despacho para aclarar dudas o solicitar información de las distintas actividades, salidas, etc.

Fomento del voluntariado

Es labor de la junta directiva el fomentar el *voluntariado*, y aquí sí creemos que es importante la recepción de los nuevos socios. En estas entrevistas podemos descubrir las capacidades formativas y de disposición para desarrollar en nuevos talleres o cubrir bajas que se puedan producir en los talleres ya existentes, animándoles a participar en el voluntariado del centro.

A título de ejemplo puedo decir que en nuestro centro funcionan 46 talleres dirigidos por voluntarios, como también contamos con dos letrados que atienden consultas jurídicas y un diplomado en enfermería para la toma de tensión arterial. Disponemos también de un equipo de psicólogos que realizan terapias de grupo, etc.

Evidentemente, y como supongo que también ocurre en los demás centros, contamos con un servicio de animación que imparte una empresa contratada por nuestra junta municipal.

Actividades

En cuanto a las *actividades*, es también labor de la junta directiva su organización, desarrollo y perfecto funcionamiento.

Nuestros cursos tienen una duración de 8 meses (de octubre a mayo), y para poder realizarlos tenemos abierta la matrícula entre junio y septiembre, por lo que la organización y el desarrollo de los cursos nos ocupa prácticamente todo el año.

Aunque hay una relación constante con los monitores antes del comienzo de curso, la junta directiva se reúne con todo el voluntariado para cambiar impresiones sobre optimización, mejora y desarrollo de todos y cada uno de los talleres formativos de nuestro centro.

Otras actividades

Independientemente de la labor programada, la junta directiva organiza y lleva a cabo otras actividades, esto es, representaciones teatrales, fiestas de los grupos de bailes, conciertos del coro y rondalla, salidas culturales, etc.

Mantenimiento

Existe también, dentro de la directiva, lo que nosotros denominamos *equipo de mantenimiento*, que, compuesto por personas que en su vida laboral eran electricistas, fontaneros, etc., son los encargados del funcionamiento de los equipos de cine y sonido, así como también de solucionar las pequeñas averías que constantemente se producen.

Relación con la junta municipal

El contacto con las personas encargadas de los centros de mayores dentro de la junta municipal es constante y diario, y quiero destacar que el entendimiento es muy fluido y que nos sentimos apoyados, ya que atienden nuestras solicitudes siempre que es posible y nos explican adecuadamente cuándo una solicitud no puede llevarse a cabo.

Deseo hacer llegar mi agradecimiento a las personas que han hecho posible que existan estos centros, ya que consiguen cambiar la vida a los socios que acuden a ellos.

Presentado como comunicación

El voluntariado como herramienta de trabajo en los centros de mayores de Murcia

M.E. Medina Tornero¹ y G. Martínez Hernández²

¹Profesor titular de Servicios Sociales. Facultad de Trabajo Social. Universidad de Murcia.

²Doctoranda en Envejecimiento. Instituto de Envejecimiento de la Universidad de Murcia.

Introducción

Las personas mayores ocupan hoy un espacio en la sociedad que hace años hubiera sido imposible pensar, a pesar de las previsiones de los demógrafos más optimistas. Y a pesar de todas las teorías que avalan los estudios sobre el envejecimiento actual y la previsión para el futuro, seguimos escasos de trabajos que nos informen sobre aspectos de la cotidianidad de los mayores. Sin duda, la presencia de los mayores en los centros diseñados para ellos y que han evolucionado de forma rápida, adaptándose a su realidad, entendemos que debía ser objeto de investigación desde el Instituto de Investigación del Envejecimiento.

De entre las posibilidades investigadoras, en este trabajo abordamos el tema del voluntariado como actividad idónea y eficaz en los centros de mayores, centrándose en la Región de Murcia.

Como es sabido, existe un envejecimiento de la población, por lo que es necesario el estudio de dicho colectivo para proporcionar unos recursos y servicios adecuados a sus necesidades y que proporcionen un «envejecimiento activo» que les permita tener una mejor calidad de vida.

En los centros de personas mayores se ofrecen diversas actividades para dicho «envejecimiento activo», entre las que encontramos propuestas de voluntariado que serán analizadas según las respuestas de las personas mayores de la Región de Murcia al respecto.

Marco teórico

En este artículo serán tratados varios aspectos, como son la Comunidad Autónoma de Murcia, mayores en Murcia, las personas mayores, el voluntariado y los centros de mayores, y finalmente se relacionarán dichos conceptos.

Comunidad Autónoma de Murcia¹

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia está dividida en 45 municipios, el número de municipios más bajo entre las comunidades autónomas y el tercero más bajo entre las provincias, por encima solamente de Las Palmas y Cádiz, que tienen 34 y 44 municipios, respectivamente. Debido a la gran extensión de muchos municipios, es común la división de los mismos en pedanías. Así, el municipio de Murcia se organiza en 54 pedanías, algunas de las cuales se encuentran a más de 30 km de distancia. La población total de la Región de Murcia es de 1 461 979 habitantes, de los que algo menos de un tercio vive en la capital y la mitad vive en los municipios de Murcia, Cartagena y Lorca. En el período 1991-2006, la población murciana creció en un 29,32%, frente al 13,38% que había crecido el conjunto nacional. Un 14,5% de sus habitantes son de nacionalidad extranjera según el censo del INE 2007, cuatro puntos por encima de la media española.

En lo referente a la estructura de la población, cabe señalar que el municipio de Murcia no ha sido ajeno a los cambios demográficos que se han producido en Europa y que ha tenido consecuencias como el descenso de la natalidad y el de la mortalidad, así como el consecuente aumento de la esperanza de vida².

Según el IMSERSO (2007), en este último padrón, la cifra de población de España asciende a 45 200 737 personas, 2,4 veces más que el número de personas contabilizadas a principios del siglo xx (18 618 086). Sin embargo, el monto actual de personas mayores se ha multiplicado por ocho respecto al año 1900. Este aumento del grupo poblacional de mayores en términos absolutos y a un ritmo sostenido se refleja en un

¹Véase el Real Decreto 1612/2010 de 7 de diciembre.

²Tabla extraída de Instituto Nacional de Estadística. Fuente: ine.es. Tabla de elaboración propia.

cambio cualitativo en la estructura por edades de nuestro país. En España, a 1 de enero de 2007, había contabilizadas 7 531 826 personas de 65 y más años. Esta cifra se corresponde con el 16,7 % de la población total.

En cuanto a los datos concernientes a las personas mayores en la Región de Murcia, en la tabla 1 se observa que ha existido un crecimiento importante en la comunidad de las personas mayores de 65 años, que en 2010 suponen más del 13,7% de la población total de la Región de Murcia, de modo que esta población se ha multiplicado en este tiempo, del 3,22 % en 1990 al 13,9 % en el año 2000.

Tabla 1. Evolución de la población en la Región de Murcia por edad³

Año	Población de 0 a 15 años	Población de 16 a 64 años	Población de 65 y más años	Total población
1998	220 336	738 257	156 475	1 115 068
1999	218 669	749 880	162 580	1 131 128
2000	218 347	764 708	166 273	1 149 328
2001	219 813	799 937	170 628	1 190 378
2002	224 849	827 427	174 717	1 226 993
2003	232 972	857 275	178 983	1 269 230
2004	238 055	874 186	182 453	1 294 694
2005	243 594	908 506	183 692	1 335 792
2006	249 595	931 665	189 046	1 370 306
2007	254 012	946 673	191 432	1 392 117
2008	261 134	970 947	194 028	1 426 109
2009	267 108	981 956	197 456	1 446 520
2010	271 855	988 895	201 229	1 461 979

Por lo tanto, para concluir, se puede comentar que se está produciendo un envejecimiento de la población a nivel mundial, nacional y regional, por lo que es importante que la población mayor disponga de actividades adecuadas para la consecución de un envejecimiento activo.

³Cifras del Ayuntamiento de Murcia (1994), *Demografía del municipio de Murcia*, pág. 17-21.

El voluntariado

El concepto de voluntariado, como sostiene Dávila de León (2005), es complejo a la hora de definirlo de manera definitiva, ya que su característica fundamental es la de transformarse, adaptándose oportunamente a las exigencias de la sociedad: «El voluntariado está siempre en una situación dinámica y ha de concebirse como fenómeno complejo que debe ser estudiado desde una perspectiva multidisciplinar» (Travazza, 1995; citado en Dávila de León, 2005).

Como mencionan M. Medina y E. Tristán (1998), las sociedades son cambiantes, por lo que este fenómeno al que nos referimos, el voluntariado, debe adaptarse a los nuevos tiempos, modificar la imagen de una acción social que tradicionalmente ha estado vinculada al asistencialismo, a aquellas acciones que no transforman, que no logran cambios y que lo único que consiguen es el mantenimiento de los problemas. El voluntariado es un concepto que se ha ido consolidando progresivamente tanto en España como en el resto del mundo, lo que ha hecho que se vaya recuperando el sentido de ciudadanía, además de contribuir a generar puntos de encuentro, espacios de participación y permitir a los individuos aislados que aúnen sus fuerzas y creen estructuras sólidas para conseguir mejores niveles de bienestar.

Refiriéndonos al marco normativo del voluntariado, cabe mencionar que el reconocimiento y apoyo al voluntariado vienen dados en la Constitución Española, la Ley 6/96 del Voluntariado, las Leyes de Servicios Sociales autonómicas y de una forma administrativa por el desarrollo del Plan Estatal del Voluntariado.

El voluntariado es un movimiento que está creciendo en todo el mundo. Según una investigación llevada a cabo por la John Hopkins University en 37 países del mundo, se contabiliza un número de voluntarios a tiempo completo de 140 millones de personas.

Según un estudio realizado en nuestro país con motivo del Año Europeo del Voluntariado, denominado *Diagnóstico del voluntariado de acción social en España*, en España el porcentaje de personas dedicadas al voluntariado es del 18 % de la población, mientras que la media de la Unión Europea se encuentra en el 34 %. Por lo tanto, evidencia que «España se sitúa en el grupo de países con menor participación voluntaria». El informe señala, además, que el voluntariado «es ciertamente un fenómeno más tardío en España que en otros países», aunque se ha «incrementado muy considerablemente en la última década», y apunta también que está caracterizado «por la alta fragmentación de organizaciones y estructuras» que lo cobijan (Elmundo.es, 2010).

Para concluir, podemos dar como *perfil general aproximado*, según los datos con los que hemos operado⁴, el siguiente: mujer menor de 50 años, con alto nivel educativo y que se dedica al ámbito de actuación de los servicios sociales.

Centros de personas mayores

Los centros de personas mayores son centros de promoción del bienestar de las personas mayores tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, y pueden servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de servicios sociales y asistenciales a otros sectores de la población. Pueden inscribirse en los mismos todas las personas mayores de 60 años, o las menores de esta edad si son cónyuges o parejas de hecho de algún socio del mismo. Excepcionalmente, aquellas que sin cumplir el requisito de la edad sean pensionistas, o reúnan determinadas circunstancias personales que deberán ser recogidas en el reglamento de régimen interior del centro⁵.

En dichos centros se ofrecen servicios como actividades sociales, de autoayuda, culturales, recreativas, deportivas, musicales, artesanales, turísticas, etc. Asimismo, existen algunos centros que ofrecen también servicios de comedor, de orientación jurídica y aulas informáticas con las que se pretende acercar las nuevas tecnologías a las personas mayores usuarias de los centros⁶.

En la Comunidad Autónoma de Murcia nos encontramos con que existen más de 150 centros sociales de personas mayores y 20 centros de estancias diurnas⁷, además de otras formas de asociacionismo a las que pueden acogerse las personas mayores. Según nuestros cálculos, podría estimarse una cantidad de 50 000 asociados a las diversas entidades repartidas por el territorio y de todo tipo, desde las que reúnen 1 000 asociados hasta las que sólo cuentan con 50.

En el voluntariado existen determinadas actividades que pueden beneficiarse de las características especiales de las personas mayores, de modo que pueden obtenerse resultados que no se lograrían con voluntarios de otras edades (Cruz Roja Española,

⁴Perfil obtenido de los datos recuperados de: Observatorio del Voluntariado de la Plataforma del Voluntariado de España (2010), Europapress (2010), *Study on Volunteering in the European Union. Country Report Spain*, Ho et al. (2003), Bull y Aucoin (1975) y Martínez Uribe (2004).

⁵Información obtenida de www.juntadeandalucia.es, donde se describen dichos centros.

⁶Información obtenida de www.carm.es

⁷Información obtenida de www.carm.es; www.murcia.es

1990), como es el caso que nos ocupa en actividades en centros de personas mayores, donde se promueve la participación de sus miembros en actividades que dinamicen a este colectivo, fomentando la solidaridad.

Por último, mencionar que es de esperar que en los próximos años se produzca un aumento de la participación de las personas mayores como voluntarias. Así, por ejemplo, el Plan gerontológico, entre otros objetivos dedicados a la participación de las personas mayores, propone: «Motivar a las personas mayores tanto a nivel individual como grupal (hogares, asociaciones, residencias etc.) para su participación voluntaria en el desarrollo de Programas y prestación de servicios sociales» o bien «fomentar la participación social y política de las personas mayores» (IMSERSO, 1993).

Objetivos

Los objetivos han sido determinar el peso específico del trabajo como voluntarios de los mayores, en sus actividades en los centros de mayores. Verificar los aspectos de conocimiento, formación y satisfacción en relación con las actividades que como voluntarios realizan.

Metodología

Población y muestra

La población objeto de estudio ha estado integrada por las personas mayores de 65 años de la Región de Murcia pertenecientes o asociadas a centros de mayores (un total de 850 encuestados). El error muestral de esta investigación es de $\pm 4\%$. La selección de las personas a las que se les realizó la encuesta se basó en un proceso aleatorio, y ha resultado que la muestra final ha estado integrada por 280 hombres (38,1 %) y 455 mujeres (61,9 %).

Variables estudiadas

Las variables estudiadas son:

- Caracterización sociodemográfica:
 - Sexo y edad.
 - Estado civil.
 - Nivel de estudios.

- Contexto familiar y formas de convivencia.
- Situación socioeconómica.
- Recursos económicos y necesidades cubiertas.
- Problemas que afectan a las personas mayores.
- Conocimiento y uso de servicios sociales:
 - Conocimiento de los servicios sociales municipales.
 - Uso de los servicios sociales por los mayores.
- Uso del tiempo libre en las personas mayores.
- Grado de participación asociativa:
 - Participación de las personas mayores en los centros.
 - Actividades que realizan en los centros de personas mayores.
- Forma de acceso al voluntariado.
- Relación con el voluntariado:
 - Tiempo que lleva como voluntario.
 - Horas de dedicación a las tareas de voluntariado.
 - Voluntariado tras la jubilación.
- Grado de satisfacción:
 - Grado de satisfacción y nivel de expectativas como voluntario.
- Satisfacción con el centro de mayores al que pertenece.

Instrumento de análisis

Se ha utilizado una entrevista estructurada con formato de cuestionario, que se aplicó en centros sociales, buscando siempre la comodidad para la realización de la encuesta. En dicho cuestionario se han introducido todas las variables anteriormente mencionadas con preguntas directas sobre las mismas.

Tratamiento de los datos

Una vez finalizado el trabajo de campo y recogidas las encuestas, se procedió a la revisión y corrección de errores de todas y cada una de las encuestas. El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa SPSS 15.0 bajo Windows. Se aplicó un análisis descriptivo mediante frecuencias para los datos cuantitativos, y de estadísticos de inferencia para los cualitativos.

Resultados

Caracterización sociodemográfica

En este apartado se presentan los datos sociodemográficos generales, referidos a los mayores que han participado en este estudio, centrándonos en las variables relativas a la edad, el sexo, el estado civil y el nivel educativo.

Sexo y edad

En la Región de Murcia y con datos relativos al año 2010, existen 1 461 979 habitantes, de los que 201 229 son de 65 y más años (13,76%).

En este estudio, en relación con el sexo de los encuestados, se comprueba que el número de mujeres (61,9%) encuestadas es superior al de hombres (38,1%).

En cuanto a la edad, y según los intervalos de edad utilizados en esta investigación, encontramos que el grupo más numeroso lo forman los mayores de 65 a 69 años (38,9%), seguido de los mayores de 70 a 74 años (30,1%). Seguidamente, encontramos el grupo de personas de 75 a 79 años (18,8%), de 80 a 84 años (9,8%) y las personas de más de 85 años, que representan el 2,4%.

Estado civil

El porcentaje de casados en los encuestados es superior al resto de estados civiles, que abarca más de la mitad de la muestra (55%), seguidamente se encuentran los viudos (37,1%), solteros (6,3%), separados (1,1%) y, en último lugar, los mayores que conviven en pareja (0,5%).

Nivel de estudios

Esta variable nos permite conocer la influencia del nivel de estudios y, por lo tanto, del nivel cultural de las personas mayores que han sido encuestadas a la hora de determinar sus actitudes y posiciones frente a temas como el voluntariado. Dicha variable se ha estructurado en factores que permitieran identificar adecuadamente a los sujetos, yendo desde «no saber leer ni escribir» hasta «poseer estudios superiores».

En los resultados se aprecian los porcentajes de personas con los diferentes niveles educativos seleccionados tanto en porcentajes brutos como por sexo y edad. Así, se puede observar que un 6,8% de los encuestados no sabe leer ni escribir, un 38% sí

sabe leer y escribir, el 34,3 % tiene estudios primarios, un 8,7 % dice tener estudios secundarios y hay un 12,2 % con estudios superiores.

En cuanto al sexo, se observa que el nivel de estudios es superior en las mujeres, aunque también es superior el porcentaje de las mujeres que no sabe leer ni escribir (4,6 %) en comparación con el de hombres (2,2 %). Asimismo, en cuanto a las personas con estudios secundarios, destacan los hombres (6,3 %) sobre las mujeres (2,4 %), mientras que en los superiores es mayor la proporción de mujeres (6,8 %) que de hombres (5,4 %).

Respecto a la edad, se aprecia que conforme aumenta el nivel de estudios disminuye consigo la edad de los encuestados, encontrando mayor porcentaje de analfabetismo y/o estudios primarios en edades avanzadas y menor porcentaje en edades cercanas a los 65 años, y viceversa.

Contexto familiar y formas de convivencia

Para un mayor conocimiento de las personas que han formado parte de esta investigación nos hemos interesado por las formas de convivencia de dichos sujetos. Más de la mitad de los encuestados viven con su pareja (57,95 %), seguidas de los mayores que viven solos (22,61 %), con descendientes (10,8 %), con otros familiares (4,32 %), con otras personas que no son familiares directos (1,25 %), y existen otras respuestas a las que se refiere el 3,07 % de la muestra. Con respecto a estos datos, las mujeres viven más solas que los hombres, debido a que existe un mayor número de viudas que de viudos, de modo que más hombres viven con sus parejas. Asimismo, la convivencia con otros familiares y otras formas de convivencia es mayor en mujeres que en hombres debido a la feminización de la población. En cuanto a la edad, se observa que los mayores de menos de 69 años viven más en pareja que solos; además, los mayores de media viven más con descendientes u otros familiares que el resto de los grupos.

Situación socioeconómica

Cuando hablamos de la economía de los mayores, sin duda cobran protagonismo las pensiones, ya que son la principal fuente de ingresos y de ella depende la posición que ocupen socialmente los mayores. Además, es una característica más asociada a la condición de «persona mayor» en nuestra sociedad.

Esta cuestión ha sido planteada realizando la división de las cuantías de las pensiones en cinco grupos, que van desde «menos de 300 euros» hasta «más de 900», y además

existe también la opción «no sabe, no contesta». Atendiendo a los resultados obtenidos, comprobamos que el grupo más numeroso es el que dice tener una pensión de 301 a 500 euros con el 44,2 %, seguido por los que cobran de 501 a 700 euros (23,9 %) y los que reconocen cobrar más de 900 euros (12,0 %). Una menor proporción de personas mayores se muestra en los grupos que dicen cobrar de 701 a 900 euros (8,2 %), menos de 300 euros (7,3 %) y que prefiere no contestar (4,4 %).

Recursos económicos y necesidades cubiertas

Además de la valoración sobre los ingresos de los mayores encuestados, nos parecía interesante comprobar si con dichos ingresos podían cubrir sus necesidades más comunes y de qué manera.

Los datos obtenidos muestran que el 41,6 % de los mayores encuestados reconoce que cubre sus necesidades bien; el 37,7 % reconoce que las cubre regular; el 9,0 % que las cubre mal y el 7,9 % que cubre dichas necesidades muy bien. Los porcentajes más bajos corresponden a las personas que dicen cubrir sus necesidades muy mal (2,4 %) y que no saben o no contestan (1,4 %). Por lo tanto, puede interpretarse que la mitad de los mayores encuestados (49,5 %) afirma cubrir sus necesidades bien o muy bien, y el resto afirma que cubre sus necesidades regular, mal o muy mal (49,1 %).

Problemas que afectan a las personas mayores

Como puede observarse en los resultados obtenidos, los problemas que en mayor grado afectan a las personas mayores son: de salud (70,11 %), económicos (42,05 %), de soledad (14,66 %), de rechazo social (4,89 %), escasez de plazas en residencias (2,73 %) y lo referido al ocio (2,39 %) y otras cuestiones (3,75 %). Por lo tanto, como podemos ver, los problemas de mayor relevancia son la salud, la economía y la soledad, destacando en estas dos últimas el mayor grado de afectación en mujeres. Además, las personas de 65 a 79 años muestran mayor preocupación que el resto, salvo en el problema de la soledad, ya que conforme aumenta la edad, más preocupadas se encuentran al respecto.

Conocimiento y uso de servicios sociales

Conocimiento de los servicios sociales municipales. Para una correcta elaboración de políticas y servicios adecuados dirigidos a la población mayor es necesario conocer los aspectos de los servicios que ya conoce dicho colectivo.

Así, se ha comprobado que la prestación más conocida es el servicio de ayuda a domicilio (58,75 %), seguida del servicio de teleasistencia (38,64 %), servicio de estancias

diurnas (18,64 %), voluntariado (16,7 %) y en último lugar el servicio de alojamientos compartidos de personas mayores y estudiantes (9,32 %).

Además, se ha observado que las mujeres tienen un mayor conocimiento de los servicios sociales que los hombres y, en función de la edad, que conforme aumenta la edad existe un menor conocimiento de los servicios; ocurre también conforme disminuye el nivel educativo.

Uso de los servicios sociales por los mayores. Las respuestas en este aspecto mantienen una tendencia similar a la del aspecto anterior, ya que el servicio más utilizado es el servicio de ayuda a domicilio (3,98 %), seguido del servicio de teleasistencia (3,18 %), estancias diurnas (1,02 %), voluntariado (0,45 %) y, por último, el servicio de alojamientos (0,11 %). Nuevamente, las mujeres destacan en la utilización de los servicios y aumenta con la edad sobre todo a partir de los 75 años. Con respecto al nivel educativo, el uso de dichos servicios se da preferentemente en los ancianos de menor nivel educativo.

Uso del tiempo libre en las personas mayores

Esta cuestión era necesaria e importante debido a que si se conoce en qué emplean el tiempo libre los mayores podrán desarrollarse estrategias adecuadas a sus necesidades y que beneficien su futuro. Por lo tanto, se han relacionado con entornos convivenciales en los que la persona mayor se desenvuelve.

Se ha podido apreciar en los resultados que las actividades que destacan sobre el resto son: ver la televisión (72 %), escuchar la radio (45,4 %), pasear (43,4 %), leer (41,4 %), reunirse con los amigos (36,6 %) y asistir a actos religiosos (30,9 %), cuidar a familiares (25 %), acudir a un centro de mayores (18,4 %), colaborar como voluntario (18 %), escuchar música (17,6 %), jugar al dominó (14 %), ir a una cafetería (11,4 %), ir a otras asociaciones (7,9 %), ir al cine y/o espectáculos (1,6 %).

Grado de participación asociativa

Participación de las personas mayores en los centros. Es de vital importancia para este estudio conocer los comportamientos sociales y culturales de los mayores y el análisis de su participación social, por lo que es necesario conocer su vinculación con los centros de personas mayores.

Según los resultados, más de la mitad de los encuestados (61,4 %) pertenece al centro de personas mayores más próximo a su vivienda. Además, por sexos, las mujeres

(34,3%) muestran mayor afiliación que los hombres (27,1%), de modo que el porcentaje de hombres no afiliados es del 11%, mientras que el de mujeres es del 27,5%. En relación con la edad, las personas de 65 a 69 años muestran mayor nivel de afiliación que el resto, disminuyendo dicha afiliación en las personas de 85 años y más. Por otro lado, el grupo de edad de 65 a 69 años también es el que presenta el porcentaje mayor de no afiliados porque el número de mayores en esta franja de edad es mayor que en el resto.

Actividades que realizan en los centros de personas mayores. Este estudio pretende revelar la importancia de la realización de actividades voluntarias para las personas mayores, trasladándola a los centros de personas mayores como actividad adecuada y eficaz para un envejecimiento activo. Como ya se ha comprobado, las actividades que más se realizan por parte de las personas mayores son las más pasivas (mirar la televisión, escuchar la radio, etc.); por lo tanto, era relevante conocer la importancia que se le da al voluntariado como actividad en los centros de mayores.

Se puede destacar que las actividades que ocupan a los hombres y mujeres en los centros de mayores son diferentes. Así, mientras que las mujeres lo dedican fundamentalmente a mirar la televisión (7,6%) o a estar con amigas (8,6%), los hombres dedican su estancia a estar con amigos (15,5%), juegos de mesa (11,2%) o a leer (8,7%). Asimismo, los hombres participan más en tareas directivas (2,4%) y en la realización de cursos (2,4%), y las mujeres son las que dedican más tiempo al voluntariado (4,4%).

Respecto a la edad, señalar que las personas de 65 a 69 años, de 70 a 74 años y de 75 a 79 años son las que más tiempo dedican a estar con amigos (8,79 y 4,65%, respectivamente) siendo estos dos últimos grupos de edad los que también dedican su tiempo a juegos de mesa (4,4 y 3,5%, respectivamente). Los mayores de entre 80 y 84 años dedican la mayor parte de su estancia en el centro a la lectura (1,9%).

En general, como muestran los resultados, las actividades que con más frecuencia realizan los mayores en los centros de personas mayores son las relativas a reunirse con amigos (24,1%), leer (14,3%), mirar la televisión (13,6%) y juegos de mesa (13,6%), seguidas por las tareas de voluntariado (6,8%). Las actividades a las que menor tiempo dedican son: participación en talleres (3,8%), tareas directivas (3,5%), teatro o música (3%) y participación en excursiones (1,4%).

Forma de acceso al voluntariado

Es importante conocer la forma en la que las personas acceden al voluntariado para fomentar medidas que promuevan este fenómeno. Hemos de tener en cuenta que las

personas mayores, centrales en esta investigación, suelen acceder al voluntariado tras la jubilación, de ahí que se analice la idoneidad de captación de los mismos.

El mayor porcentaje de difusión del voluntariado lo tienen la Iglesia (28 %) y los amigos (28 %), seguidos de la familia (19,65 %) y de los medios de comunicación (16,5 %). Y las personas que han conocido la actividad voluntaria mediante los centros de mayores suponen el 12,2 %.

Relación con el voluntariado

Tiempo que lleva como voluntario. Respecto al tiempo que las personas voluntarias encuestadas llevan como voluntarias, el porcentaje más elevado se muestra en el período de 10 a 5 años, con un 27,7 %, seguido de menos de 5 años (26,9 %) y más de 20 años (26 %).

En lo que se refiere al sexo, no hay demasiadas diferencias, salvo en el periodo de 10 a 5 años como voluntarios, donde abunda el sexo masculino. Así, en cuanto a la edad, conforme aumenta la edad observamos que aumenta el tiempo dedicado al voluntariado, ya que las personas de 65 a 69 años alcanzan el porcentaje más alto en el período de menos de 5 años (16,9 %), y las personas de 70 a 74 años y de 75 a 80 años alcanzan un mayor porcentaje en el período de más de 20 años (13,3 y 5,5 %, respectivamente).

Horas de dedicación a las tareas de voluntariado. Esta variable nos muestra el compromiso de la persona voluntaria, aunque no significa que a más horas dedicadas, mayor compromiso, ya que, en ocasiones, la dedicación de un poco de tiempo para algunas personas supone un esfuerzo y mérito mayores.

La mayoría de las personas dedican entre 3 y 4 horas semanales al voluntariado (34,6 %), seguido de las personas que dedican entre 5 y 10 horas a la semana (19,9 %). Así, mientras que las mujeres dedican fundamentalmente entre 3 y 4 horas (22,4 %), 1 y 2 horas (11,6 %) o 5 y 10 horas (10,5 %) semanales al voluntariado, los hombres dedican en su mayoría entre 3 y 4 horas (12,2 %) y 5 y 10 horas (9,4 %).

Voluntariado tras la jubilación. En lo que respecta a esta cuestión de si la idea de hacerse voluntarios surgió tras la jubilación, un 37,7 % afirma que sí, y el 61,2 % que no. En cuanto al sexo, el número de mujeres que se hace voluntaria tras la jubilación es superior al de los hombres.

Grado de satisfacción

Grado de satisfacción y nivel de expectativas como voluntario. El grado de satisfacción de las personas con cualquier actividad que realiza es un indicador que nos orienta sobre funcionamiento idóneo o mejorable de lo que se plantea.

En este aspecto, más de la mitad de las personas voluntarias encuestadas están muy satisfechas con las tareas y el funcionamiento que llevan a cabo (52,9 %), mientras que un 42,7 % está bastante satisfecho y sólo un 3,3 % proporciona un regular a su satisfacción. Por lo tanto, podemos destacar que ninguna persona mayor voluntaria se muestra poco o nada satisfecha con sus tareas y funcionamiento.

Además, la mayoría de los mayores voluntarios dicen haber satisfecho sus expectativas como voluntarios (83,9 %), mientras que el 13,9 % afirma que dichas expectativas han aumentado, y estos niveles se mantienen tanto por sexo como por edad.

Satisfacción con el centro de mayores al que pertenece

Refiriéndonos al grado de satisfacción de los mayores con el centro al que pertenecen, se observa que más de la mitad (51,2 %) afirma estar muy satisfecho, siendo el grado de bastante satisfecho de un 44,9 % y el de regular un 2,8 %. No se ha otorgado valor alguno a «poco o ninguno» para expresar su nivel de satisfacción.

Conclusiones

El número de personas que deciden hacerse voluntarias ha aumentado considerablemente.

Con respecto a la vida asociativa de los mayores, encontramos que más de la mitad de los encuestados, un 61,4 %, pertenece al centro social de personas mayores de los lugares en donde viven. Y cuando pertenecen al centro, las actividades que realizan son sobre todo más pasivas, mayoritariamente reunirse con amigos (24,1 %), leer (14,3 %), mirar la televisión (13,6 %) y juegos de mesa (13,6 %), y las tareas de voluntariado están realizadas por el 6,8 % de los encuestados.

En cuanto a las personas mayores que son voluntarias en dichos centros de mayores, se muestran muy satisfechas con dichas funciones. Además, la mayoría de las personas pertenecientes a estos centros se muestran muy satisfechas con los mismos.

Por último, mencionar que el voluntariado como actividad en las personas mayores se muestra como una estrategia factible de envejecimiento activo, por lo que resulta nece-

sario su impulso dentro de los centros de personas mayores donde el colectivo ocupa considerablemente su tiempo, y por lo que se hace necesario adoptar medidas de captación de voluntarios idóneas para el colectivo.

Bibliografía

- Ayuntamiento de Murcia (1994). *Demografía del municipio de Murcia*. Murcia: Ayuntamiento de Murcia.
- Bull, C. N., y Aucoin, J. B. (1975). Voluntary association participation and life satisfaction: a replication note. *Journal of Gerontology*, 30, 1, 73
- Cruz Roja Española (1990). La promoción de la participación social de las personas mayores en Cruz Roja Española. *Materiales para las jornadas sobre la participación social de las personas mayores*. Madrid.
- Dávila de León, M. C. (2005). *La incidencia diferencial de los factores psicosociales en distintos tipos de voluntariado*. (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Elmundo.es (2011). *El 18 % de los españoles es voluntario frente al 34 % de media en la UE (en línea)* [acceso 7/5/2012]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2011/02/01/solidaridad/1296585119.html>
- Europapress (2010). *Aprobada la Estrategia Estatal del Voluntariado 2010-2014 (en línea)* [acceso 7/5/2012]. Disponible en: www.europapress.es
- Ho, H. K., Matsubayashi, K., Wada, T., Kimura, M., Yano, S., Otsuka, K., et al. (2003). What determines the life satisfaction of the elderly? Comparative study of residential care home and the community in Japan. *Geriatrics & Gerontology International*, 3 (2), 79-85 [acceso 7/5/2012]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1444-1586.2003.00067.x/full>
- IMERSO (1993). *Plan gerontológico*. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid.
- IMERSO (2007). *Las Personas Mayores en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Instituto Nacional de Estadística. *Evolución y estructura de la población*. Fuente: ine.es
- Ley 6/1996, de 15 de enero, del Voluntariado en España.
- Martínez Uribe, P. (2004). *Perspectiva temporal futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital*. (Tesis doctoral). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación.
- Medina Tornero, M. E. y Tristán Laorden, E. (1998). *Voluntariado, Participación y Dinamización social*. Murcia: Ayuntamiento de Murcia; Concejalía de Bienestar Social, Sanidad y Familia.
- Observatorio del Voluntariado de la Plataforma del Voluntariado de España (PVE) (2010). *Diagnóstico de la situación del Voluntariado de Acción Social en España* (en línea) [acceso 7/5/2012]. Disponible en: <http://www.voluntariado2011.es>
- Real Decreto 1612/2010 de 7 de diciembre por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del padrón municipal referidas al 1 de enero de 2010.
- Ricciardelli, M. O. (1998). El Voluntariado en la Tercera Edad. La Acción Voluntaria. *Cuadernos de la Plataforma para la Promoción del Voluntariado en España*, nº 14.
- Study on Volunteering in the European Union. Country Report Spain (en línea) [acceso 7/5/2012]. Disponible en: <http://europa.eu/volunteering/es/node/1208>

Premio a la mejor comunicación

La cápsula del tiempo

R. Arroyo Arroyo¹ y M. Portero Cobeña²

¹Animadora sociocultural. Coordinadora del Programa de Dinamización Social de los Centros Municipales de Mayores del Distrito Centro. Ayuntamiento de Madrid.

²Trabajadora social. Jefa del Departamento de Servicios Sociales del Distrito Centro. Ayuntamiento de Madrid.

Introducción

¿Qué es una cápsula del tiempo?

El concepto de cápsula de tiempo se acuñó alrededor de 1937 durante los preparativos de lo que sería la Exposición Universal de Nueva York de 1939, y su propósito original era comunicarse con la gente en el futuro, en una hora o una fecha particular.

Siempre el ser humano ha sentido la necesidad de perennizarse, de hacer trascender sus ideas y su presencia a través del tiempo. Y, a pesar de lo que pueda parecer, no se trata de una práctica reciente, sino que hay hallazgos de siglos remotos que reflejan la práctica de enterrar objetos para que fueran descubiertos por los descendientes.

Una cápsula o caja del tiempo es un recipiente hermético construido con el fin de guardar mensajes y objetos del presente para ser encontrados por generaciones futuras.

Podemos definirla como *una forma de conectar el presente con el futuro*.

Todos los que han experimentado con esta forma de legado señalan un proceso común en la elaboración de una cápsula del tiempo:

- **Escoger la duración.** Una forma de hacerlo es considerar la audiencia para cuando la cápsula sea abierta: ¿Tú mismo? ¿Tus hijos? ¿Tus nietos? ¿Dejar un mensaje para el futuro lejano?

- **Escoger un lugar y sellarla para conservarla.**
- **Seleccionar un contenedor.** ¿Cuántas cosas se desean preservar para el futuro?
- **Reunir los objetos que irán en la cápsula.** Elementos que puedan describir determinados aspectos de la vida diaria: gustos actuales, moda, actitudes, etc.

La cápsula del tiempo de los centros municipales de mayores del Distrito Centro

Se trata de un *proyecto de memoria*: el legado que los mayores, socios y socias de los centros municipales de mayores San Francisco, Benito Martín Lozano, Dos Amigos y Antón Martín, del distrito Centro, desean pasar a los más jóvenes, a través de la memoria de sus vivencias y recuerdos, sus valores, sus sentimientos y sus afectos.

«La vida sólo puede ser entendida recordando el pasado,
pero hay que vivirla mirando al futuro».

Soren Kierkegaard

Objetivos generales del proyecto

- Concienciar a la población mayor de la riqueza cultural e histórica que poseen.
- Compartir este legado con otras generaciones.
- Desarrollar en los mayores el trabajo de memoria de hechos pasados.
- Invitar a los mayores, a través de sus recuerdos, a perfeccionar su orientación espacio-temporal.
- Crear conciencia en la población juvenil de que ellos ocuparán en su tiempo el lugar que ahora tienen los mayores.
- Crear una mesa de diálogo e intercambio de vivencias, ilusiones, sueños y proyectos entre ambas generaciones, favoreciendo y fomentando la relación y el entendimiento intergeneracional.
- Incrementar en los centros y, concretamente en cada uno de los talleres participantes, la conciencia de trabajo en equipo y el entusiasmo por la consecución de un objetivo común.

Material y método

Elementos del proyecto

La cápsula está compuesta de distintos elementos (sonoros, visuales, táctiles) que se guardarán en una caja de metacrilato (del tamaño de una urna de votaciones) durante 50 años, en el centro municipal de mayores Antón Martín. Este centro dispone de un gran patio acristalado, situado en el centro del edificio; en el soportal del patio se enterrará la cápsula del tiempo, aproximadamente en el mes de mayo de 2012, coincidiendo con las fiestas de San Isidro.

Estos elementos son el resultado del trabajo desarrollado por todos los talleres y actividades de los centros San Francisco, Benito Martín Lozano, Dos Amigos y Antón Martín, vinculados de forma transversal al proyecto de memoria.

1. Documental *Flashback*. Descrito de forma específica más adelante.
2. Cortometraje *Aurora en la ventana*. Documento visual que relata la experiencia de una mujer mayor, socia del centro de mayores Benito Martín Lozano, que trabajó en el edificio que hoy alberga el Museo Thyssen.
3. Experiencia de Danza Contemporánea «Al abrigo del tiempo». Un grupo de mayores en situación de discapacidad ha realizado una coreografía en el vestíbulo del museo sobre el recuerdo «que no quisiera olvidar», con la colaboración de la compañía de danza Megaló Teatro Móvil.

El documental, el corto y la representación de danza se presentaron en el Museo Thyssen Bornemisza, con motivo de la celebración del Día Internacional de los Museos, el día 18 de mayo de 2011. Se trata de una jornada de puertas abiertas en la que se organizaron diversas actividades de libre acceso a cargo del Área de Investigación y Extensión Educativa del Museo. Al hilo del lema escogido, «Museos y memoria», las propuestas de este año pusieron de manifiesto que memoria y cultura somos todos. A lo largo de todo el día se realizaron las diferentes actividades en las que se reivindica el papel de los mayores como portadores de la memoria de la ciudad y de sus vidas.

4. Ejemplar de la revista *Ilusiones*. Es el boletín informativo elaborado anualmente en los centros, que en esta ocasión se ha dedicado al proyecto de memoria. Recoge episodios que han marcado sus vidas, a través de los talleres de cultura general, inglés, actividad mental e internet, tales como:
 - Vecinos, conocidos, personas del entorno.
 - Vivencias propias o cercanas sobre la emigración y la inmigración.

- Canciones infantiles.
 - Documentación de hemeroteca.
5. Exposición. Durante la «semana de mayores» se realizó una exposición conjunta de todos los centros, con la recopilación del trabajo realizado en los diferentes talleres:
- Trajes y vestidos de mi época. Talleres de pintura en tela.
 - Cajas del recuerdo. Grupos de estimulación cognitiva. Cajas creadas con los pequeños objetos que forman parte de su vida y que han tenido un valor sentimental. Trabajando la reminiscencia durante la realización de las cajas.
 - Recuerdos relacionados con el gusto, el olfato, el tacto (olores, sabores y texturas) y el oído (sonidos de antaño). Terapia ocupacional con los grupos de deterioro cognitivo.
 - Memoria visual a través de los cuadros del museo. Recorridos intergeneracionales en los que se trabajó el valor del tiempo, y las coincidencias de visión entre las diferentes generaciones.
 - Mapa del distrito. Trabajo interactivo en el que los visitantes plasman esos lugares que han cambiado o han formado parte de su historia.
 - Canciones que han marcado la vida (CD), documento recogido por el grupo gays y lesbianas.

Metodología

El programa de dinamización social, que se desarrolla en los centros, ha sido el impulsor de este proyecto, que ha abarcado de forma transversal todas las actividades de la programación del año 2011: cultura general, inglés, internet, actividad mental, pintura en tela, dibujo y pintura, terapia ocupacional, teatro, variedades y bailes de salón.

- Invitación a los institutos de enseñanza secundaria del distrito Lope de Vega y Cervantes para participar en un trabajo grupal intergeneracional, con el objetivo de elaborar el texto y grabar el documental. Aceptan la propuesta 12 chicos y chicas de estos centros, que debían reunir un solo requisito: tener 15 años, ya que ellos tendrán 65 años cuando se abra la cápsula del tiempo, ya que la propuesta es que sean ellos mismos los encargados de abrirla.
- Creación de un espacio donde han compartido experiencias, favoreciendo y fomentando las relaciones intergeneracionales.
- Realización de ocho sesiones en el museo, cuatro por cada centro de mayores, San Francisco y Benito Martín Lozano, y una visita conjunta de los chicos y los mayores.

- La dimensión del tiempo ha manifestado significados diferentes:
 - Joven → desde la ilusión.
 - Mayor → desde el recuerdo.
- El documental tiene una duración de 40 minutos: muestra 15 historias personales y también el trabajo realizado en los talleres de los centros.

Por tanto, el proyecto se hace intergeneracional, ya que se extiende a los jóvenes del distrito, encargados del hoy y del futuro, ya que serán ellos los que abrirán la caja dentro de 50 años.

Resultados del proyecto

- Se ha puesto de manifiesto el enorme *compromiso* de todos los centros con el proyecto.
- Se ha extendido y generalizado entre los mayores el *reconocimiento* tan positivo del *valor de la memoria*, como legado a las generaciones venideras.
- La experiencia del trabajo de la ejecución del documental *Flashback* ha permitido establecer un *contacto intergeneracional emotivo y productivo*.
- *Vinculación con el arte*: colaboración del Museo Thyssen.

Conclusiones

- La vivencia de los recuerdos que presentan las personas mayores no siempre es positiva, debido a experiencias que han marcado a una generación en España.
- El proceso del trabajo realizado, su reflexión y exposición al exterior, ha permitido modificar en muchos de los mayores la visión negativa, triste o amarga.
- También se ha conseguido aportar sentido del humor, surgido ante la distancia del tiempo.
- Asimismo, se ha renovado una apuesta optimista, ilusionante por los proyectos de futuro que tienen por delante.
- Se ha producido un estrecho contacto con los jóvenes, que también se han animado a vivenciar sus propios recuerdos, que aunque más cercanos en el tiempo, también les han dejado huella.

Bases para la reflexión I: los otros mayores

Los otros mayores: posibles usuarios de los centros de mayores

**María Cruz de Tena-Dávila Mata¹, Esperanza Molina Díaz²
y Pilar Serrano Garijo³**

¹Jefa de sección. ²Técnico. ³Jefa de departamento.

Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo.

Dirección General de Mayores y Atención Social.

Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.

Introducción

Hemos de entender que los actuales y futuros mayores han presenciado, los unos, y experimentarán, los otros, un fenómeno de envejecer distinto al de sus predecesores, han vivido y protagonizado cambios sociales, educacionales, demográficos y políticos que han cambiado los criterios de pertenencia a grupo, y esto también se ha traducido en la reconversión que están sufriendo en este momento los centros de mayores, donde cada vez se ve una población más plural, con edades más avanzadas, con diferentes niveles educativos, de distintos orígenes, con maneras diferentes de envejecer; en suma, donde la constante es la diversidad.

Conociendo que los destinatarios de los centros de mayores del municipio de Madrid son personas adultas, de 60 años y más, que residen en el propio entorno del centro municipal, la administración pública debe procurar que sea un recurso múltiple, que atienda a la realidad social y que contemple la pluralidad de los mayores.

Este objetivo parte del conocimiento de la realidad social donde los atributos en relación con las personas mayores como grupo etario son: la heterogeneidad —propiedad indiscutible del grupo de mayores—, la abultada esperanza de vida que se ha conseguido, el sobreenviejimiento y el manifiesto peso de las mujeres en el grupo.

Por ello, hemos querido reservar un espacio de reflexión que aborde las condiciones y la realidad de aquellos otros mayores que, aunque presentes en la ciudad de Madrid, no son usuarios de los centros de mayores. Hablamos de esa otra población que no emerge en los centros de mayores, la que está mínimamente representada:

- Aquellos que pueden acudir a los centros pero no lo hacen.
- Aquellos que podrían beneficiarse de los servicios que se prestan en los centros pero no acuden a ellos.

Debemos preguntarnos a qué es debido, y para contestarnos podemos plantear varias reflexiones abiertas sobre esta cuestión. La primera parte de conocer que los centros municipales de mayores son un recurso social, de libre elección a partir de los 60 años. Este dato es interesante, pues facilitamos el fenómeno de autoselección del recurso por un perfil determinado de mayores solicitantes, los que conocen los servicios sociales y están al tanto de los recursos que potencian la autonomía del mayor, y nos debe hacer pensar sobre aquellos ciudadanos que no tienen acceso al recurso por desconocimiento o falta de motivación; si somos conscientes de este fenómeno, deberíamos fomentar otras vías de captación más plural.

La segunda reflexión es consecuencia de la anterior, considerado que el centro de mayores es un nivel social adecuado para ese grupo de mayores menos autónomos, los vulnerables, en especial los vulnerables sociales con riesgo de soledad y aislamiento, donde el trabajo de integración social fortalecería a las minorías dentro del grupo, y donde habitualmente no hay una orientación a satisfacer esta demanda.

¿Conocemos el perfil actual de usuarios de los centros de mayores municipales?

Para ello hemos dispuesto un análisis de determinadas características de los usuarios de nuestros centros de mayores de la ciudad de Madrid y que exponemos a continuación.

Según el padrón municipal, existen 787 958 mayores de 60 años y tenemos 268 954 socios; eso se traduce en que el 34 % de las personas mayores de Madrid son socias, una de cada tres.

Ante esta realidad, vamos a ver cuál es el perfil de las personas que se han sentido motivadas para ser socias de estos centros.

Respecto al sexo, conocemos que en la población de Madrid, 6 de cada 10 mayores son mujeres. En el caso de los centros de mayores la proporción es representativa de la realidad, pues encontramos que el 60 % son también mujeres.

A nivel de distritos, la figura 1 recoge el porcentaje de mujeres en los centros municipales de mayores de Madrid.

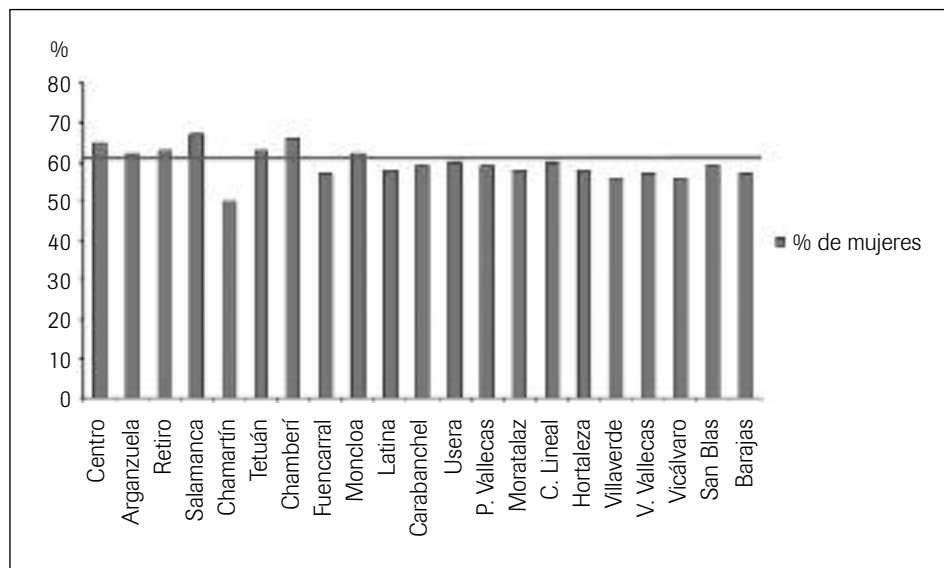


Figura 1. Porcentaje de mujeres en los centros municipales de mayores en Madrid, distribución por distritos.

Vemos que en general se cumple la relación 40/60; solo un distrito no tiene esta distribución por sexo de la población mayor en los centros municipales de mayores: Chamartín, sabiendo que, al igual que en el resto de los distritos, este tiene un 61 % de mujeres en cuanto a la población mayor general.

Según la *edad*, observamos la distribución en la población de Madrid por décadas y la de la población usuaria de los centros (figs. 2 y 3).

Observamos un desplazamiento a la derecha de los tramos de edad. El 45 % de los que acuden están en el tramo de edad de 70-79 años, mientras que en la población general esta franja representa sólo el 35 % de los mayores y, sin embargo, sólo acude el 29 % de la población de 60-69 años, que representa el 40% de este grupo de población, luego tenemos pocos jóvenes y sorprendentemente tenemos un 24 % de sobre-envejecimiento más que en la población general.

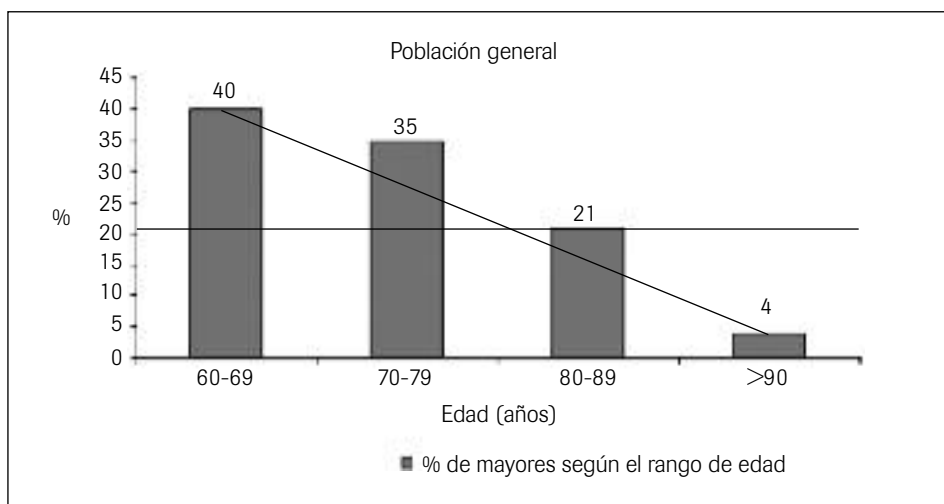


Figura 2. Distribución de la población mayor de 65 años en Madrid por rango de edad.

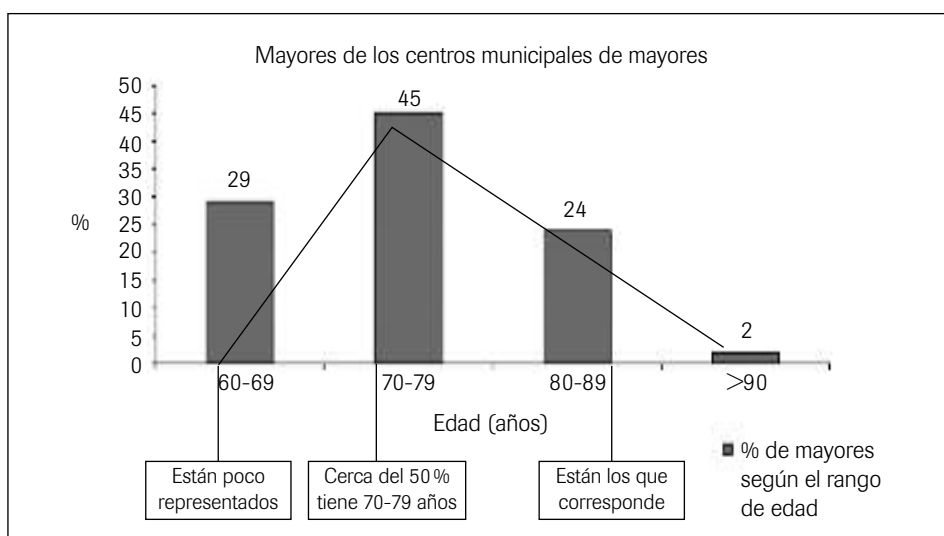


Figura 3. Distribución de la población mayor de los centros municipales de mayores en Madrid por rango de edad.

Esta situación nos debe hacer pensar en el efecto de compañía y seguridad que obtienen en el centro, como forma de minimizar la soledad que puede existir en los muy mayores.

A partir de estos datos, estudiamos si todos los distritos tienen igual adherencia al centro en relación con el número de personas mayores que residen en esa zona geo-

gráfica, para ver si existe una correlación entre usuarios de los centros de un distrito y el peso que ese distrito tiene respecto al número de mayores en el total de la población mayor del municipio.

Analizamos la distribución en porcentajes de los mayores respecto al total de mayores de Madrid, por distritos (el peso de un grupo de distritos en el total), y luego comprobamos el peso de los socios de cada uno de los distritos respecto al total de socios y si sigue la misma distribución (representación numérica).

El resultado se recoge en la tabla 1.

Tabla 1. Porcentaje de personas mayores por distritos de Madrid

Distritos	% de socios /distrito	% de población general	Diferencial
Centro	2	3,7	-1,7
Arganzuela	4,2	4,3	-0,1
Retiro	3,8	4,4	-0,6
Salamanca	3,1	5,3	-2,2
Chamartín	3,1	5	-1,9
Tetuán	3,8	4,8	-1,0
Chamberí	3	5,3	-2,3
Fuencarral	8,3	7,1	+ 1,2
Moncloa	3,2	3,8	-0,6
Latina	7,6	9	-1,4
Carabanchel	7,4	7,6	-0,2
Usera	4,8	3,8	-1, 0
P. Vallecas	9	6,7	+ 2,3
Moratalaz	5,3	3,6	+ 2,7
C. Lineal	8,6	7,6	+ 1,0
Hortaleza	5,5	4,9	+ 0,6
Villaverde	6	4	+ 2,0
V. Vallecas	2,6	1,7	+ 0,9
Vicálvaro	2,5	1,5	+ 1,0
San Blas	4,7	4,2	+ 0,5
Barajas	1,4	1,1	+ 0,3

Observamos un comportamiento desigual, *no existe un patrón* determinado.

Los distritos más envejecidos, como Latina, P. Vallecas, C. Lineal o Fuencarral, tienen en general mayor peso de socios del que les corresponde, a excepción de Carabanchel, como si el sobreenvejecimiento marcara tendencia.

Podríamos pensar que es cuestión de «territorio», es decir, la disposición geográfica que impide el crecimiento de instalaciones. Si miramos la figura 4 vemos que Moratalaz, con menor peso de población envejecida, tiene un porcentaje más elevado que el que le corresponde en el total de socios, al igual que Villaverde, y lo contrario ocurre en los distritos de Salamanca y Chamberí, que se encuentran en la zona central del municipio.

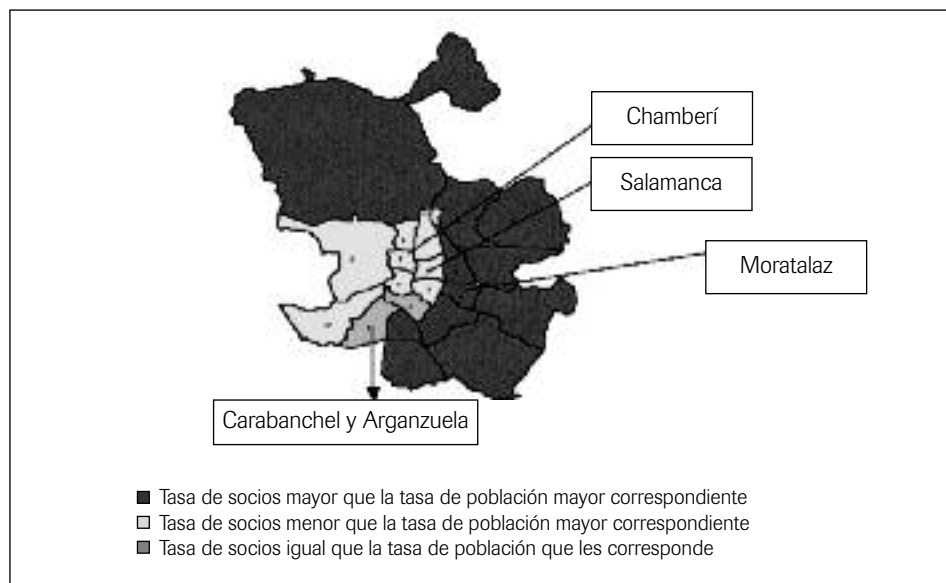


Figura 4. Distribución de la tasa de socios de los centros de mayores en relación con la tasa de población mayor general por distritos y en el municipio de Madrid.

Por lo tanto, hay que pensar siempre en circunstancias del entorno del propio equipamiento junto con aptitudes de los mayores, entre ellas, culturales, educativas, cercanía, accesibilidad, espacios, etc.

Cuando observamos la *formación* de los usuarios y su nivel de *estudios*, es cuando nos debemos plantear programar actividades menos globalizadas y más específicas. Lo analizamos a continuación.

Formación y nivel de estudios de los mayores

En la población general mayor de 60 años, cerca del 20 % es analfabeto o sin estudios, otro 20 % tiene educación primaria y el otro 50 % tiene mayor nivel de estudios, entre bachillerato y estudios universitarios, que representan el 15,7 % de la población mayor del municipio de Madrid. No debemos dejar pasar el dato relevante de que el 20 % de la población mayor de 60 años es analfabeta o sin estudios (analfabeta funcional) (fig. 5).

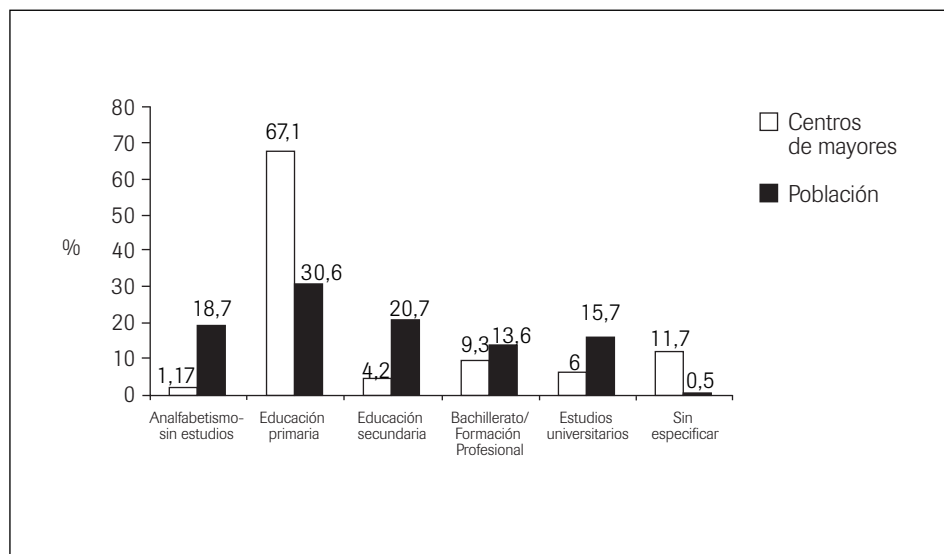


Figura 5. Nivel de estudios de la población mayor general y de los socios de centros de mayores.

Vemos, sin embargo, que el 67 % de los socios de los centros de mayores tienen estudios primarios, el doble de lo que representan en la población mayor, y es analfabeto sólo un 1,1 %, es decir, que el analfabetismo tiene una escasísima representación (excluidos) y están mucho más representados los mayores universitarios, con un 6 %.

Como observación, cabe destacar que debemos dar cobertura, con especificidad, a las minorías (personas analfabetas y con estudios superiores). Y este potencial humano debería incluirse en el concepto amplio de envejecimiento activo para su participación como voluntarios.

Análisis del nivel de estudios en relación con la edad

Observando que existe un número elevado de población sobreenvejecida que utiliza los centros municipales de mayores, queremos saber si los más mayores son los anal-fabetos y los más jóvenes son los universitarios, como podríamos suponer (figs. 6 y 7).

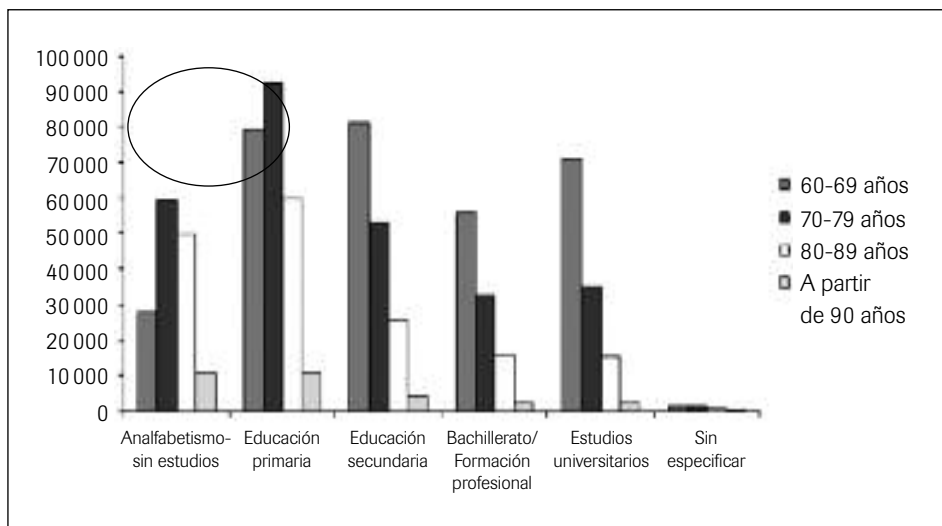


Figura 6. Nivel de estudios en la población general según rangos de edad.

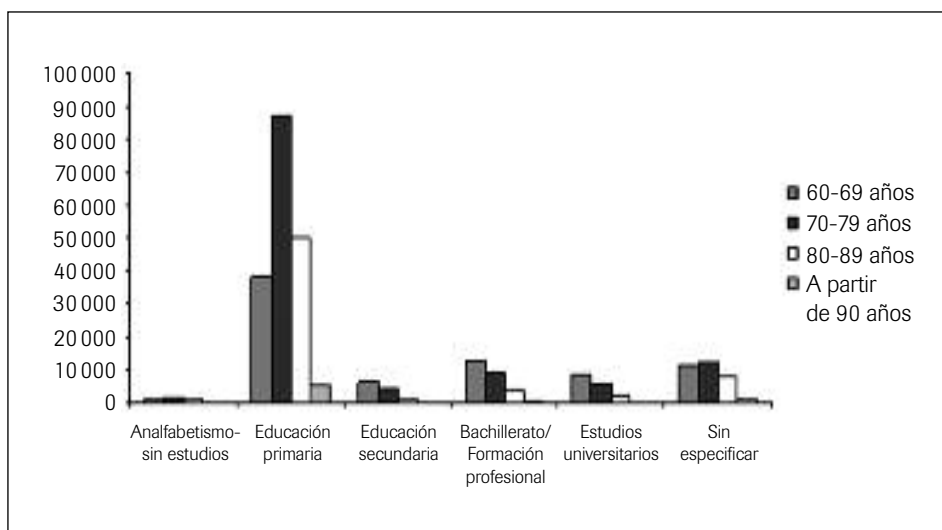


Figura 7. Nivel de estudios en la población de socios de centros de mayores según rangos de edad.

Observando la figura 7 podemos ver que en los centros hay pocos analfabetos, y están presentes por igual en todas las edades. La educación primaria está mucho más representada en la década de los 70 años. El bachillerato, la formación profesional y los estudios superiores son más frecuentes en la década de los 60 años (tenemos menos porcentaje).

A la vista de los resultados actuales, tenemos que tener presente que los futuros mayores, los de 60 años, cuando tengan 70 la mayoría tendrá estudios y, entonces, ¿serán nuestros usuarios?

Si seguimos la tendencia de los centros actuales, tendremos más personas con estudios de educación primaria. Por lo tanto, hay que hacer un esfuerzo por captar extremos: analfabetos y universitarios.

Análisis de la distribución del nivel de estudios por sexo

¿Qué pensamos, sabiendo que las mujeres conforman el 61 % y los hombres el 39 %? Vamos a ver cómo se distribuyen estos porcentajes en los centros de mayores (fig. 8).

Tenemos evidencia de que la condición de sexo desaparece en los estudios superiores, y ese es un potencial a trabajar por la igualdad.

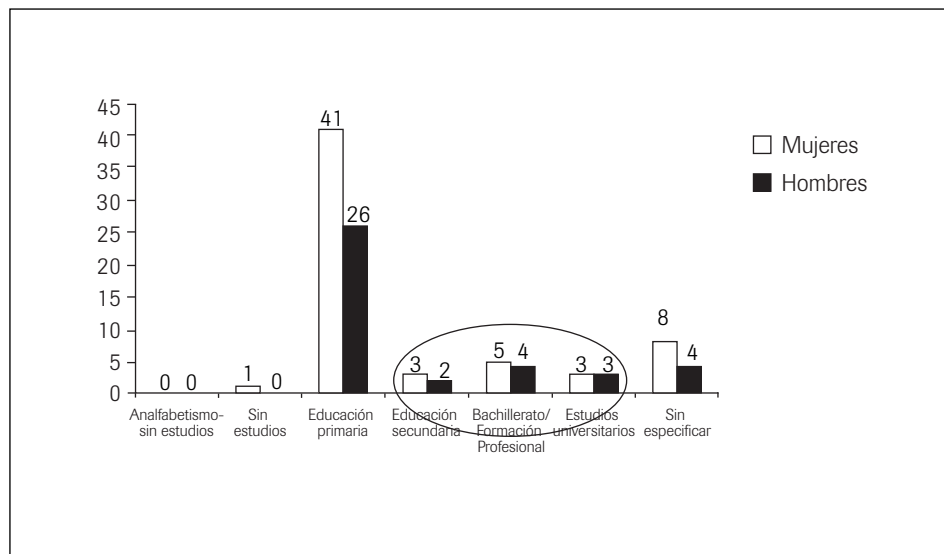


Figura 8. Distribución del nivel de estudios por sexo de los socios de los centros de mayores.

Líneas de inclusión social

A la vista de los resultados, el futuro de los centros municipales pasa por plantear políticas de inclusión para promover la participación y la igualdad de oportunidades como compromisos de inclusión.

Compromiso de inclusión: la opinión de los mayores cuenta

Mantener activo un canal de comunicación con los usuarios a través de encuestas de opinión, desde el control de calidad y la información que depende de esta Dirección General y con el objetivo de que sean los propios adultos mayores los que diagnostiquen su realidad, realicen ejercicios de planificación local y adquieran compromisos en lo que les afecta de forma más local, como son los centros de mayores.

Los mayores valoran este recurso con un 9 sobre 10 y lo recomendaría un 95 % de los encuestados.

Compromiso con igualdad

Las prácticas que realizan estos centros permiten afirmar que estas organizaciones tienen una identidad femenina resultado del mencionado proceso de transición y feminización demográfica de las personas mayores.

Por ello debemos fortalecer sus liderazgos, favorecer su autonomía y la representatividad respecto de sus bases.

Presentado como comunicación

Disfrutando de ser mayor

M.V. Barandiarán Luca de Tena

Directora de la Fundación Luca de Tena. Madrid.

Introducción

La Fundación Luca de Tena atiende, desde 1930, a las familias de periodistas y empleados de prensa fallecidos, y siempre ha permanecido muy cerca de estas familias atendiendo las necesidades de cada momento, época y situación. En ese sentido, se ha ido incrementando el trabajo con personas mayores debido al aumento de la esperanza de vida y a la evolución de los propios usuarios. El vínculo que ellos tienen con la Fundación Luca de Tena ha permitido detectar nuevas necesidades en los mayores, ajustar las intervenciones, planificarlas y realizar el seguimiento y la evaluación de los resultados.

Los mayores componen un colectivo vulnerable en muchos sentidos, y la prevención es una buena fórmula para evitarlo.

En nuestra fundación hemos detectado muchas similitudes entre el proceso de duelo y tercera edad. No en vano los mayores sufren una serie de pérdidas que deben elaborar, y como en un duelo, en la medida que este proceso se haga de forma correcta, se conseguirá mejor calidad de vida, se evitarán posibles trastornos psíquicos como las depresiones, se impedirá que caigan en el aislamiento social y se evitarán pautas de dependencia familiar que atentan contra la autonomía.

Las pérdidas y sus consecuencias:

- Salud: el envejecimiento de las personas conlleva un deterioro de la salud física que se traduce en desvitalización, en paulatina falta de movilidad e incluso en somatizaciones.

- Cambios en la vida personal y en la familia: desaparece el papel de madre o padre y surge la necesidad de ser de nuevo abuelos-padres.
- Jubilación:
 - Ausencia de proyecto personal, pues ya no es válido el que tenían hasta ese momento.
 - Se pierden compañeros de trabajo, actividades; dificultades económicas y horas vacías.

Como en un proceso de duelo, es necesario aceptar la nueva situación y aprender a vivir con una realidad distinta. Es necesario reorganizar la vida, aceptar las circunstancias, reconocer nuestro cuerpo, con sus cambios, como propio, y dejar paso a nuevas habilidades y beneficios de esta etapa.

Para trabajar y favorecer la búsqueda de sentido a esta etapa de la vida que hoy en día es larga, la Fundación Luca de Tena utiliza como herramienta el proyecto de ocio terapéutico para los mayores «Disfrutando de ser mayor».

Objetivos

- Favorecer la reorganización de la vida de las personas mayores.
- Prevenir problemas de salud físicos y de falta de movilidad.
- Prevenir depresiones y otros trastornos psicológicos.
- Prevenir el aislamiento y la soledad potenciando las relaciones sociales y ofreciendo un lugar de encuentro.
- Apoyar el medio familiar.

Metodología

La metodología empleada es activa y participativa, de forma que los usuarios expresan sus demandas, construyen, planifican y trabajan en equipo, se sienten verdaderos protagonistas del proyecto y mejoran su autoestima y satisfacción personal. Se atienden sus propuestas e intereses, que sirven de *feedback* para el proyecto, y se valoran su oportunidad y viabilidad permitiendo la adaptación y mejora del mismo.

Se promueve la formación permanente que favorece la autoestima, la actividad, la utilización de hábitos saludables, y la autonomía personal.

Se trabaja con una visión integradora y holística, y en ese sentido se han incorporado nuevas terapias que trabajan a nivel energético, como son el Siatshu y el Reiki, que contribuyen a equilibrar el cuerpo y las emociones.

Se realiza trabajo a nivel mental y emocional con la finalidad de mejorar la autoestima y la autonomía personal de los participantes.

Las actividades organizadas para dar vida al proyecto no pretenden ofrecer un servicio paliativo, sino que den sentido a este periodo nuevo de la vida:

- Aceptar los cambios.
- Aprender a disfrutar.
- Favorecer las nuevas relaciones sociales.
- Crecer culturalmente, conocer.
- Recuperar la vitalidad centrada en su cuerpo.
- Sentirse vivo, útil, capaz y con un proyecto personal.

Resultados

La totalidad de las actividades que se realizan en la Fundación Luca de Tena son de efectos ya conocidos. En unas se potencia más el fortalecimiento y mantenimiento físico y anímico, la agilidad, la flexibilidad, el equilibrio, la liberación de estrés y la aceptación del cuerpo, como son las clases de método *Pilates, yoga o bailoterapia*.

Las sesiones de Siatshu y Reiki tienen por objetivo restablecer el funcionamiento adecuado de los puntos energéticos y dejar el cuerpo equilibrado espiritual y energéticamente. Estas herramientas han resultado idóneas para trabajar con los usuarios de la fundación, ya que con frecuencia, tras muchos años de viudedad, continúan sin resolver internamente sus conflictos. Se contribuye a un estado de relajación, equilibrio y bienestar.

Los *talleres de memoria, alfabetización digital y visitas culturales* sirven para mantener activo el interés intelectual de los mayores, para que conserven el deseo de seguir formando parte activa de la sociedad. En concreto, las nuevas tecnologías crean una brecha en la vida actual, y es importante que existan pasarelas que les permitan formar parte del mundo actual y disfrutar de sus recursos.

Talleres artesanales y tradicionales como la cosmética natural o el *decoupage* sirven para el aprendizaje de técnicas artístico-manuales que potencian el uso enriquecedor y creativo del tiempo libre, y el desarrollo de la psicomotricidad.

Otros talleres, como son corte y *confección*, y *decoración*, proporcionan ocasión de reunirse en torno a una mesa, compartiendo ratos de enriquecedor intercambio personal.

Las sesiones de *cine-fórum* y el *psicodrama* están dirigidas a profundizar en las emociones de los participantes. El cine provoca sensaciones, evoca momentos y reacciones. Trabajar esas emociones de forma consciente es constructivo y reparador y nunca falta el humor como pieza fundamental para que las emociones no resulten angustiosas sino liberadoras. También el humor está muy presente en el psicodrama que, bautizado como *teatro de la vida cotidiana*, permite compartir experiencias y problemas comunes convirtiéndose en una importante fuente de aprendizaje.

Es muy destacable que todas las actividades que se realizan pidiendo colaboración activa para que éstas puedan salir adelante son acogidas con entusiasmo y un alto grado de participación. Es el momento en que los usuarios devuelven su bienestar y disfrutan de ser vehículos indispensables para llevar adelante el proyecto. Es el caso de la organización anual de la campaña de Navidad en favor de una residencia de niños inmigrantes o del mercadillo solidario organizado por la fundación.

Valoración y evaluación

Durante el desarrollo del proyecto se mantiene la coordinación entre los distintos profesionales que colaboran en su realización, para valorar la situación de los talleres, los avances de los participantes y posibles incidencias.

Se realiza una evaluación inicial, intermedia y final de cada una de las actividades, tanto con los monitores como con los participantes, a través de la elaboración de cuestionarios escritos, entrevistas, observación sistemática y estadísticas de participación.

Conclusiones

Este proyecto lleva funcionando desde 1990, y el vínculo existente entre los usuarios y la Fundación Luca de Tena ha facilitado que el proyecto evolucione adaptándose a las circunstancias, necesidades y deseos de los beneficiarios. De ahí su éxito y continuidad, que permite a las personas que lo comparten disfrutar de un modelo positivo de vida.

Se han consolidado diversos grupos de mayores que acuden con asiduidad a distintas actividades y desarrollan una participación activa.

Se ha afianzado un lugar de encuentro físico y temporal para el grupo de mayores.

Las clases de alfabetización digital han logrado el objetivo de incorporar a las personas mayores a la sociedad de la información. Se les ha procurado formación y capacitación para que tengan un mayor acceso a internet y a las nuevas tecnologías.

La variedad de oferta permite a los mayores encontrar alguna actividad que se adapte a sus necesidades iniciales, y paulatinamente se sienten parte importante del proyecto.

Presentado como comunicación

Seguimiento y revaloración de ancianos frágiles en riesgo de aislamiento

**M.S. García Carpio¹, M.C. Martín Díez¹, M.C. Tena-Dávila Mata²
y P. Serrano Garijo³**

¹Técnicos. ²Jefa de sección. ³Jefa de departamento.

Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo.

Dirección General de Mayores y Atención Social.

Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.

Introducción

Desde el año 2005, la Dirección General de Mayores y Atención Social (DGMAS), junto con la Agencia para el Empleo, trabajan en diferentes programas que se han ido consolidando a lo largo de los años y que tienen características estructurales incluidas en los objetivos de la DGMAS.

Algunos de estos programas están dentro del marco de la vulnerabilidad y la fragilidad de los mayores.

Entre diciembre de 2009 y mayo de 2010 se llevó a cabo un programa de detección de ancianos frágiles con alto riesgo de aislamiento social en mayores de 65 años que viven solos en los barrios de Goya, Lista y Fuente del Berro, del distrito de Salamanca, y en el barrio Casco Histórico de Vallecas, del distrito de Villa de Vallecas.

Todos los que en este estudio fueron clasificados como en situación de riesgo fueron derivados a la mesa de vulnerabilidad o a los servicios correspondientes, como es el caso de voluntariado o seguimiento especial de teleasistencia domiciliaria (TAD) en caso de soledad.

Objetivo

Conocer la situación actual de los 693 mayores de 65 años clasificados como ilocalizables o como vulnerables por riesgo de soledad, necesidad sociosanitaria (NSS), alto riesgo de aislamiento o negligencia 6 meses después de la clasificación, en los barrios antes mencionados de los distritos de Salamanca y Villa de Vallecas.

Metodología

La población es seleccionada en la base de datos disponible en la DGMAS con los resultados del programa de detección de aislamiento del período 2009-2010 y que fueron clasificados como en situación de riesgo o ilocalizables.

Durante el mes de diciembre de 2010, psicólogos y trabajadores sociales de la Agencia para el Empleo realizaron entrevistas domiciliarias a los mayores seleccionados.

En la entrevista se utilizaron cuestionarios semiestructurados que incluían ítems que detectan la vulnerabilidad.

Los casos fueron clasificados en:

- Sin riesgo, en cuyo caso se les informó de la disponibilidad de recursos sociales y servicios.
- Con riesgo (soledad, NSS, aislamiento y negligencia), en cuyo caso, aparte de la información de la disponibilidad de recursos, se les incluyó en los circuitos formalizados para su derivación al distrito o al resto de servicios.
- Illocalizables, que son aquellos con los que no se consiguió contactar tras la visita, por lo que no pudieron ser valorados.

Resultados

Partimos de una población diana de 693 mayores de 65 años que viven solos y que fueron clasificados en el período 2009-2010 (fig. 1).

Resultados de la revaloración de diciembre de 2010 (tabla 1)

Se ha conseguido revalorar al 58 % de la población diana, del cual el 60 % ahora se encontraría sin riesgo, bien por ser «no caso» (viven acompañados, en residencias, en domicilio de hijos, etc.) o porque el riesgo ha desaparecido tras la intervención de los servicios sociales.

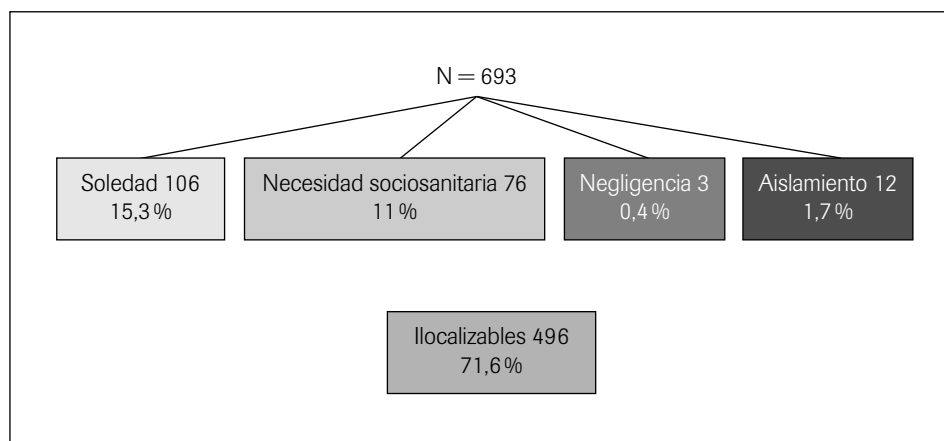


Figura 1. Resultados correspondientes al período 2009-2010.

Tabla 1. Resultado de la revaloración. Diciembre de 2010

n = 693	Valorados 401 (58%)	No caso 19%	Sin riesgo 240 (60%)
		Sin riesgo 41%	
		NSS 4%	Riesgo 161 (40%)
		Negligencia 0,3%	
		Aislamiento 1%	
		Rehúsa 21%	
	No valorados 292 (42%)		

El 40 % continúa en riesgo pero, como veremos, éste se ha ido modificando.

Resultado de los cambios según la situación de origen (fig. 2)

- **Soledad:** 2009-2010, n = 106 (fig. 3).
- **Necesidad sociosanitaria:** 2009-2010, n = 76 (fig. 4).
- **Negligencia:** 2009-2010, n = 3 (fig. 5).
- **Aislamiento:** 2009-2010, n = 12 (fig. 6).
- **Localizables:** 2009-2010, n = 496 (fig. 7).

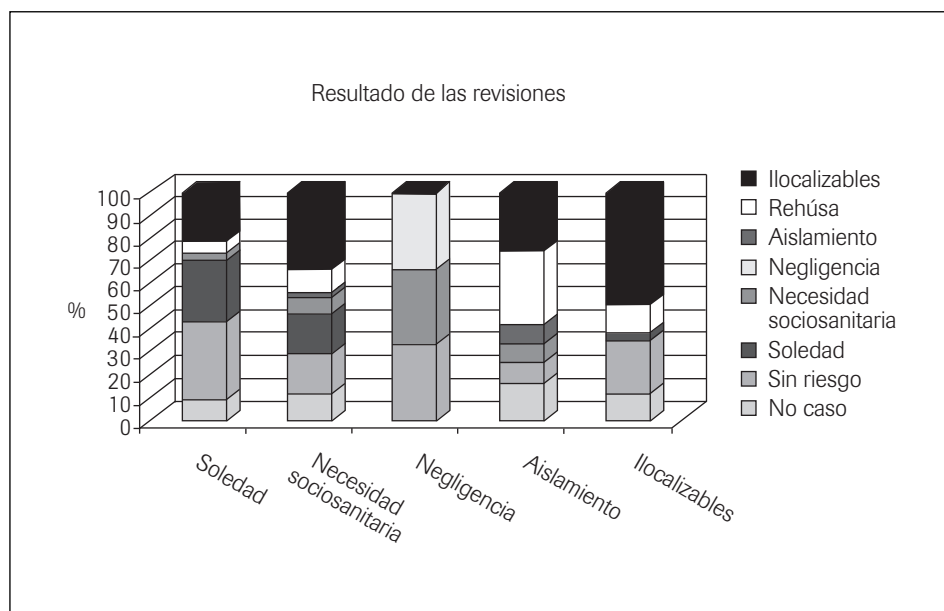


Figura 2. Reclasificación según la situación de partida en el período 2009-2010.

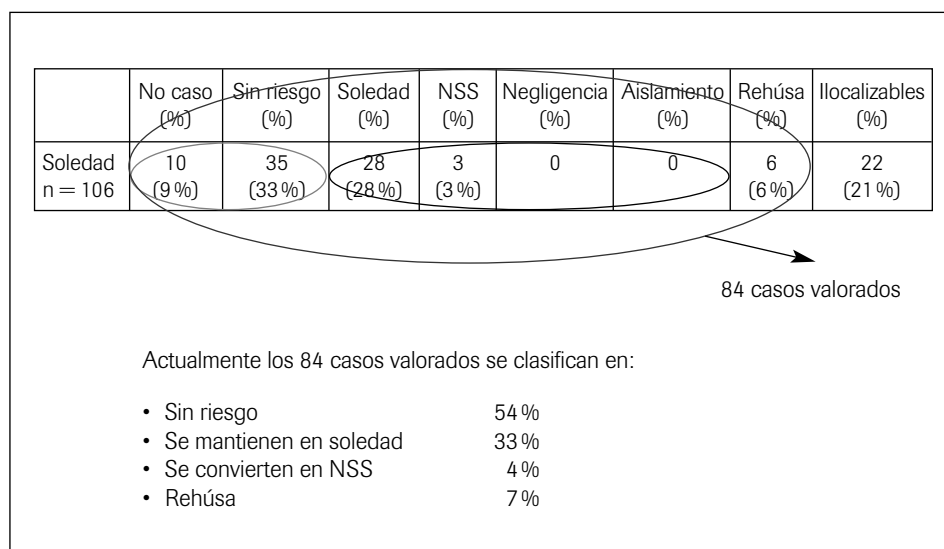


Figura 3. Resultado de los cambios según la situación de soledad.

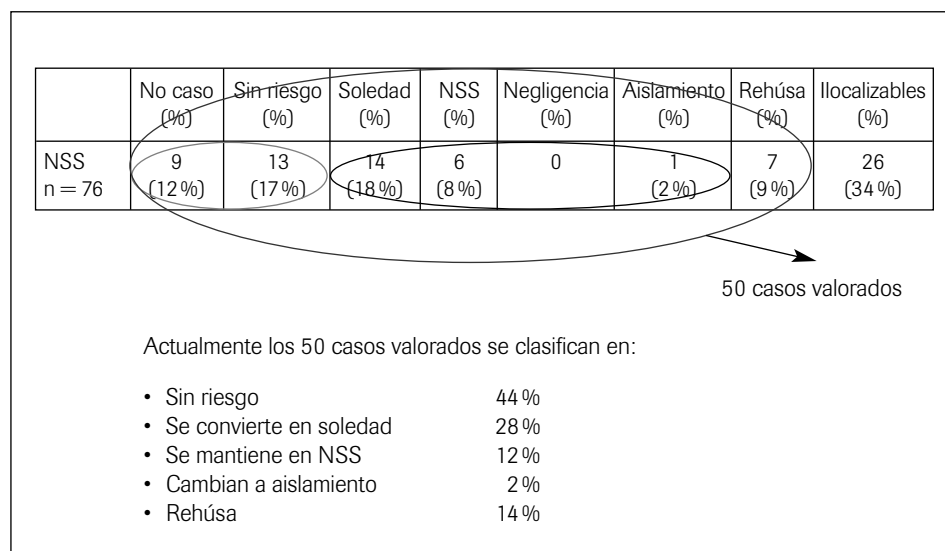


Figura 4. Resultado de los cambios según la situación de necesidad sociosanitaria (NSS).

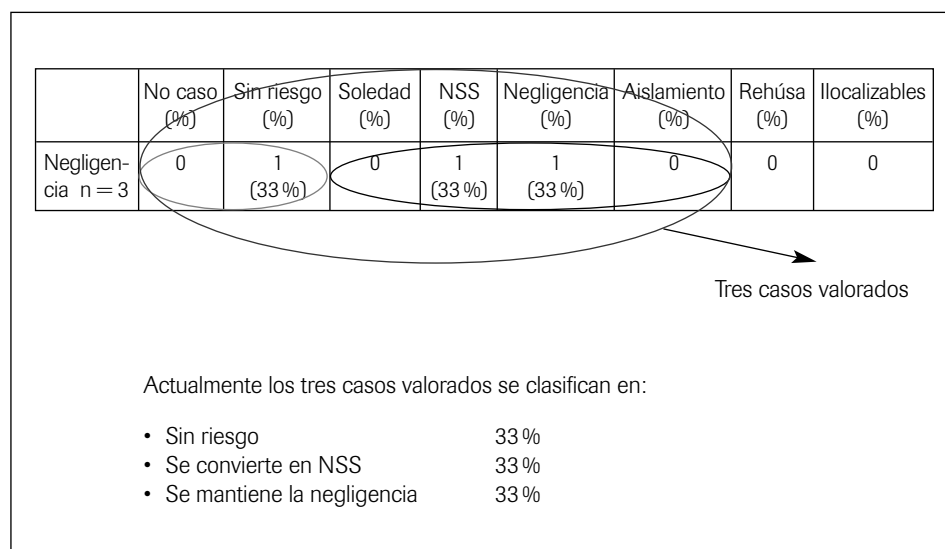


Figura 5. Resultado de los cambios según la situación de negligencia.

	No caso (%)	Sin riesgo (%)	Soledad (%)	NSS (%)	Negligencia (%)	Aislamiento (%)	Rehúsa (%)	Ilocalizables (%)
Aislamiento n = 12	2 (17 %)	1 (8 %)	0	1 (8 %)	0	1 (8 %)	4 (33 %)	3 (25 %)

Nueve casos valorados

Actualmente los nueve casos valorados se clasifican en:

- Sin riesgo 33 %
- Cambia a NSS 11 %
- Se mantiene en aislamiento 11 %
- Rehúsa 44 %

Figura 6. Resultado de los cambios según la situación de aislamiento.

	No caso (%)	Sin riesgo (%)	Soledad (%)	NSS (%)	Negligencia (%)	Aislamiento (%)	Rehúsa (%)	Ilocalizables (%)
Ilocalizables n = 496	54 (11 %)	115 (23 %)	12 (2 %)	5 (1 %)	0	1 (<1 %)	68 (14 %)	241 (49 %)

255 casos valorados

Actualmente los 255 casos valorados se clasifican en:

- Sin riesgo 66%
- Soledad 5%
- NSS 2%
- Rehúsa 27%

Figura 7. Resultado de los cambios según la situación de ilocalizables.

Hay un porcentaje no despreciable de personas que han rehusado ser valoradas. Estos casos son de especial importancia, ya que pueden esconder casos graves de vulnerabilidad social:

- El 80 % de las personas que nos han rehusado ahora correspondía a personas que no habían podido ser localizadas en la valoración realizada en el período 2009-2010.
- El 8 % se encontraba previamente con NSS.
- El 7 % en soledad.
- El 5 % en aislamiento.

Conclusiones

- De la población diana, 292 personas son actualmente ilocalizables, lo que supone el 42 %. Partíamos de un 71,6 %, por lo que se ha reducido un 30 % esta cifra.
- De las 146 personas valoradas que tenían previamente riesgo, 71 están actualmente sin riesgo, bien por cambio de perfil o bien por tener sus necesidades cubiertas. Se ha revertido el riesgo en el 49 % de los casos.
- Del total de valorados, 161 siguen estando en riesgo, incluidos los casos que rehúsan, lo que supone un 40 %, y los riesgos se distribuyen del siguiente modo:
 - Soledad: 35 %.
 - NSS: 10 %.
 - Negligencia y aislamiento: 2 %.
 - Rehúsa: 53 %.

Propuestas y líneas de trabajo

- Trascurridos 6 meses hemos comprobado que el trabajo de seguimiento desde los distritos es efectivo, ya que de los casos que fueron valorados con riesgo y que hemos conseguido volver a valorar en la actualidad, un 49 % se encuentra sin riesgo.
- El grupo que rehúsa es una población que nos preocupa por su difícil valoración, ya que puede esconder casos graves de vulnerabilidad social. En estos casos, la cercanía de un trabajador social, aun sin seguridad de poder realizar una entrevista directa al mayor pero sí visitar su entorno, puede ser un buen recurso para acercar los servicios sociales al mayor que hoy por hoy no acepta ayuda.
- No debemos descartar los centros de mayores como recurso socializador y de seguridad para esta población vulnerable.

Presentado como comunicación

Personas mayores en aislamiento social.

Síndrome de Diógenes

A.B. Santos-Olmo Sánchez y E. Velázquez Martín

Psicólogas del Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social.
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Introducción

Con el objetivo de evitar las situaciones de aislamiento social de los mayores de 65 años del municipio de Madrid, surge el Servicio de Apoyo Psicológico a ancianos frágiles con aislamiento social en Madrid (SAP), dentro del Convenio de Colaboración entre el Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales y el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Uno de los problemas con los que se encuentra este servicio es el del síndrome de Diógenes.

Este síndrome fue descrito por primera vez en el año 1975 por Clarke y sus colaboradores. Aunque en ese momento no operativizaron el síndrome, sí establecieron algunas de sus características, como la falta de conciencia de los pacientes acerca de su apariencia y sus condiciones de vida, y una personalidad caracterizada por suspicacia, retraimiento o frialdad, hostilidad y por presentarse poco amistosos. En general, existe acuerdo entre los distintos estudios a la hora de señalar los siguientes criterios para el síndrome de Diógenes:

1. Presencia de condiciones de miseria en el hogar (vivienda sucia, condiciones anti-higiénicas, etc.).
2. Evidencia de autonegligencia en el cuidado personal.

3. Aislamiento social (viven solos, con escasas o nulas relaciones sociales, tendencia a rechazar cualquier tipo de ayuda, etc.).
4. Tendencia a acumular (objetos personales, cartones, basura, etc.).
5. Falta de conciencia acerca de las condiciones de su entorno, del estado de su vivienda.

Existe un sexto criterio sobre el que no existe acuerdo, el de la ausencia de un trastorno mental activo.

Objetivos

1. Describir la frecuencia del síndrome de Diógenes en una muestra de la población de personas en aislamiento social en la ciudad de Madrid atendidas por el SAP.
2. Describir la población de personas en aislamiento social que sufren síndrome de Diógenes:
 - a) En cuanto a variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, hijos, tipo de convivencia.
 - b) En cuanto a variables relacionadas con el funcionamiento psicológico y social: presencia de deterioro cognitivo y/o trastorno mental, salud y funcionamiento psicosocial, número de necesidades no cubiertas.
3. Comparar la población de personas en aislamiento social que sufren síndrome de Diógenes con aquellas que no lo sufren, en cuanto a las variables anteriores.

Metodología

Para este análisis se ha empleado una muestra de 128 personas en situación de aislamiento social, atendidas por el SAP, cuyos criterios de inclusión son ser mayor de 65 años; vivir solo o en situación de convivencias especiales; tener necesidades socio-sanitarias no cubiertas; tener una red de apoyo social nula o escasa; no estar recibiendo en la actualidad ningún tipo de asistencia social pública o privada, a excepción de teleasistencia domiciliaria (TAD) u otras ayudas prestadas de forma irregular o inadecuada; rechazar todas las ayudas que se le ofrecen para cubrir sus necesidades o aceptarlas de forma irregular e inadecuada; esta situación puede suponer un riesgo para sí mismo y/o para los demás; desde los servicios sociales se han agotado todas las vías de intervención.

Instrumentos de evaluación

1. Evaluación del estado higiénico de la vivienda: variable diseñada al efecto, evaluada mediante observación de la vivienda. Con tres niveles:
 - a) Grupo 1 (G1). Falta leve de higiene en la vivienda o higiene aceptable.
 - b) Grupo 2 (G2). Falta grave de higiene, *sin* acumulación de basuras.
 - c) Grupo 3 (G3). Falta grave de higiene en la vivienda, *con* acumulación de basuras (síndrome de Diógenes).
2. Instrumentos adicionales de evaluación:
 - a) Evaluación de salud y funcionamiento psicosocial: escalas de evolución para personas mayores de 65 años (Burns et al., 1999) HoNOS65+. Se presentan datos de la puntuación total obtenida en estas escalas.
 - b) Evaluación de necesidades: CANE. Datos del número total de necesidades no cubiertas (NNC).
 - c) Evaluación de la presencia de algún trastorno mental y/o deterioro cognitivo: juicio clínico.

Resultados

Objetivo 1: de los 128 casos en situación de aislamiento social evaluados, un 16,9 % tiene viviendas con niveles aceptables de higiene; un 16,1 % presenta falta leve; y un 67 % presenta una falta grave de higiene en la vivienda (46 % sin acumulación de basuras y 21 % con acumulación).

De los casos que presentan acumulación de basuras en su vivienda, sólo un 26,92 % tiene un procedimiento abierto en Salud Ambiental en el momento de ser derivados al SAP.

Objetivo 2(a): de las 26 personas en aislamiento social en las que se han encontrado indicadores de síndrome de Diógenes, un 65,4 % son mujeres, la edad media de esta población es de 80,08 años, la mayoría no tiene hijos (77 %) y viven solos (92 %). Respecto al estado civil, el 54 % son solteros, el 27 % son viudos y el 19 % está formado por separados o divorciados. No hay personas casadas en la muestra.

Objetivo 2(b): respecto al *deterioro cognitivo*, un 85 % de la población estudiada no tiene deterioro o presenta un deterioro leve, frente al 15 % que presenta un deterioro de moderado a grave.

Respecto a la *presencia de algún trastorno mental*, un 61 % de la población presenta algún trastorno mental grave. La distribución por *tipo de trastorno* es la siguiente: un 24 % presenta algún trastorno de tipo psicótico; un 19 % presenta abuso de alcohol; un 16 % presenta algún tipo de trastorno de la personalidad; un 8 % presenta algún trastorno del estado de ánimo; un 4 % presenta algún retraso mental. Cabe destacar que ninguna de las personas de la muestra en aislamiento social con síndrome de Diógenes sufre trastornos de ansiedad.

Sobre los *niveles de salud y funcionamiento psicosocial*, evaluados con las escalas de evolución para personas mayores de 65 años HoNOS65+ (Burns et al., 1999; Ausín et al., 2007), se ha evaluado sólo la puntuación total de estas escalas, que oscila entre 0 y 48, encontrando una puntuación media de 21,69 (rango: 10-29), es decir, niveles de salud y funcionamiento psicosocial bajos.

Sobre el *número de necesidades sociosanitarias no cubiertas*, evaluadas con el Cuestionario de evaluación de necesidades en ancianos de Camberwell CANE (Reynolds et al., 2000), se encuentra una media de 10,65 áreas de necesidad no cubiertas de las 24 que evalúa el instrumento (rango: 4-15). Esto supone un alto número de necesidades no cubiertas.

Objetivo 3: en cuanto a la *distribución por sexo*, existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo G1 y los otros dos grupos. En el G1 se encuentra un porcentaje de hombres significativamente menor (17,1 %) que en los otros dos grupos, G2 (36,8 %) y G3 (34,6 %).

En cuanto a la *edad media*, no existen diferencias estadísticamente significativas entre estas tres poblaciones, y la media de edad de los tres grupos se encuentra en torno a los 80-82 años.

En cuanto al nivel de *deterioro cognitivo*, existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo G3 (15 %) y los otros dos grupos, G1 (39 %) y G2 (46 %).

En cuanto a la *presencia de algún trastorno mental*, no existen diferencias estadísticamente significativas entre estas tres poblaciones.

Sólo se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en los siguientes *trastornos mentales*:

- **Presencia de abuso de alcohol:** en el G1 no se encuentra ninguna persona que tenga indicios de abuso de alcohol. Las diferencias son entre este grupo G1 (0 %) y los otros dos: G2 (23 %) y G3 (19 %).

- **Presencia de trastorno de ansiedad:** en este caso, es en el grupo G3 donde no se encuentra ninguna persona que presente indicadores de trastorno de ansiedad. Las diferencias son entre este grupo G3 (0 %) y el G1 (17 %). En el G2 se encuentra un 7 % de trastornos de ansiedad.

En cuanto al nivel de *salud y funcionamiento psicosocial*, existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo G1 (puntuación media escala HoNOS65+ total G1 = 19,27) y los otros dos grupos, G2 (puntuación media escala HoNOS65+ total G2 = 22,77) y G3 (puntuación media escala HoNOS65+ total G3 = 21,69).

En cuanto al *número de necesidades no cubiertas (NNC)*, existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos (G1-G2; G1-G3 y G2-G3), de modo que se encuentra un mayor número de NNC en los grupos G2 (media de NNC = 11,88) y G3 (media de NNC = 10,65) frente a la población del G1 (media de NNC = 7,41). El NNC es muy elevado en las tres poblaciones.

Conclusiones

La variable «nivel de higiene en el domicilio» parece ser una variable importante a la hora de definir diferencias en la población en aislamiento social. Podemos hablar de una diferencia entre el grupo de personas en aislamiento social que son capaces de mantener unos niveles adecuados de higiene en su vivienda, frente a aquellos que presentan un déficit grave de higiene en el domicilio. Este último grupo, en el que los hombres están más presentes, se encuentra más deteriorado en cuanto a que presenta un número mayor de NNC, peores niveles de salud y funcionamiento psicosocial y mayor abuso de alcohol. No obstante, el grupo que podríamos denominar «síndrome de Diógenes», presenta menores niveles de deterioro cognitivo y de trastorno de ansiedad.

Este primer trabajo, con un carácter más descriptivo de la población en aislamiento social con posible síndrome de Diógenes, abre nuevas vías de investigación para mejorar la atención a estas personas que sufren tanto las consecuencias de la exclusión social como las de la acumulación de basuras en el domicilio.

Bibliografía

- Ausín, B., Muñoz, M. y Quiroga, M. A. (2007). Adaptación española de las Escalas de Resultados para personas mayores Honos65+ (Health Of The Nation Outcome Scales For Older Adults). *Revista Española de Geriátría y Gerontología: Órgano Oficial de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología*, 42, 88-95.

- Burns, A., Beevor, A., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M., Mulinga, J. y Hadden, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for Elderly People (HoNOS65+). Glossary for HoNOS65+ score sheet. *British Journal of Psychiatry*, 174, 435-438.
- Clarke, A. N., Mankikar, G. D. y Gray, I. (1975) Diogenes syndrome: a clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*, i, 366-368.
- Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M. y Orrell, M. (2000). Camberwell Assessment of Needs for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *British Journal of Psychiatry*, 176, 444-452.

Presentado como comunicación

Marco de coordinación del programa de maltrato psicológico y/o negligencia en las personas mayores del municipio de Madrid

**E. Florentina Pereyra Macazana¹, M. González Molina¹,
A. Chulián Horrillo², P. Serrano Garijo³ y M.C. Tena-Dávila Mata⁴**

¹Técnicos del Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo.

²Psicóloga. Colegio Oficial de Psicólogos.

³Jefa del Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo.

⁴Jefa de Sección del departamento de Programación, Evaluación y Formación.
Dirección General de Mayores y Atención Social. Área de Gobierno de Familia
y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.

Introducción

Ante una situación de abuso psicológico y negligencia hacia una persona mayor, el abordaje coordinado es básico y necesario para una correcta intervención.

La coordinación es clave en los casos de malos tratos hacia las personas mayores, e imprescindible para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de los mismos, ya que permite organizar las actuaciones de cada profesional en función de cada ámbito profesional; facilita la toma de decisiones y la comunicación con otras instituciones, departamentos y profesionales; y representa también un primer paso en la cultura de la colaboración y la complementariedad de servicios y profesionales.

La coordinación abarca mecanismos de conexión y cooperación que permiten una transmisión de información continuada y fluida entre todos los agentes y organismos implicados.

El protocolo del *programa de negligencia y malos tratos a personas mayores* de la Dirección General de Mayores y Atención Social (DGMAS) exige una derivación informada (hoja de derivación) de los casos de malos tratos psicológicos y negligencia desde los servicios sociales del distrito. A partir de ahí, se contacta con las distintas entidades y sistemas formales e informales para ir cumpliendo las fases de abordaje que establece el programa, desde la valoración, la protección, la intervención y el seguimiento hasta el cierre del caso.

Estimamos que la coordinación como herramienta para la resolución de los casos es más operativa que el contacto no protocolizado y, especialmente, si además tiene como objetivo resolver la situación de malos tratos del mayor con el menor sufrimiento y en el menor tiempo posible, mejorando la calidad de vida del mayor y el de su núcleo familiar.

Objetivo

Describir el *marco de coordinación utilizado en el programa* con los distintos departamentos, entes locales, instituciones, agentes sociales y servicios; así como identificar el número de *contactos o coordinaciones* que se han establecido para garantizar la efectividad de las intervenciones en el abordaje de las situaciones de maltrato psicológico y negligencia en las personas mayores.

Metodología

Se realiza un análisis descriptivo de los 95 casos atendidos, desde diciembre de 2009 hasta octubre de 2011, por el programa de negligencia y malos tratos psicológicos de la DGMAS del Ayuntamiento de Madrid.

En una base de datos se han recogido todas aquellas actuaciones de coordinación clasificadas en formales e informales, y se han analizado las coordinaciones realizadas en cuanto al tipo, la distribución y la frecuencia de las mismas.

Las coordinaciones institucionales han sido con el Ayuntamiento de Madrid (servicios sociales del distrito, Dirección General de Mayores y Atención Social, SAMUR Social, Dirección General de Calidad y Atención al Ciudadano, y Madrid Salud) y de la Comunidad de Madrid (servicios sanitarios, servicios sociales, centros y servicios residenciales y

fiscalía). Las coordinaciones con otros agentes informales se han realizado principalmente con la familia, vecinos y otros (portero, farmacia, etc.).

Resultados

Los resultados muestran que, de los 95 casos atendidos entre agosto de 2009 y octubre de 2011, el 44% de los casos son de negligencia, el 15% de los casos son de maltrato psicológico y en un 16% de los casos se producen malos tratos psicológicos y negligencia. El 25% restante se trata de otro tipo de malos tratos (fig. 1).

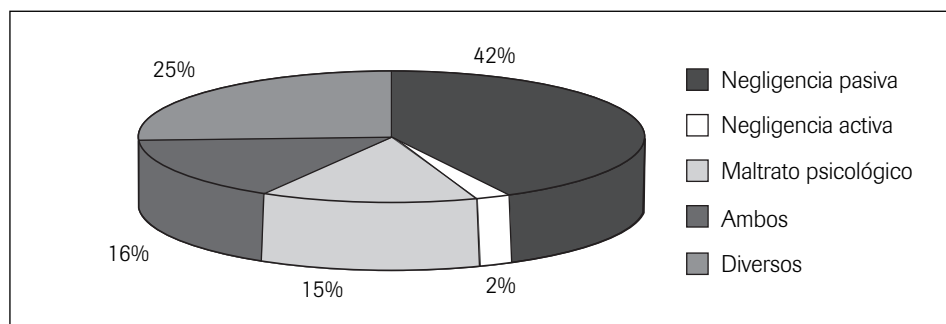


Figura 1. Tipos de malos tratos.

El 84% de las víctimas atendidas son mujeres. La edad media de las víctimas es de 83 años (fig. 2). Los responsables de estos malos tratos son varones en un 68% y mujeres en un 32% de los casos. La edad media de los autores de los malos tratos es de 58 años. Según rangos de edad, la distribución es la siguiente: menores de 45 años, 24%; entre 45 y 65 años, 42,3%; y mayores de 65 años, 33,7% (fig. 3).

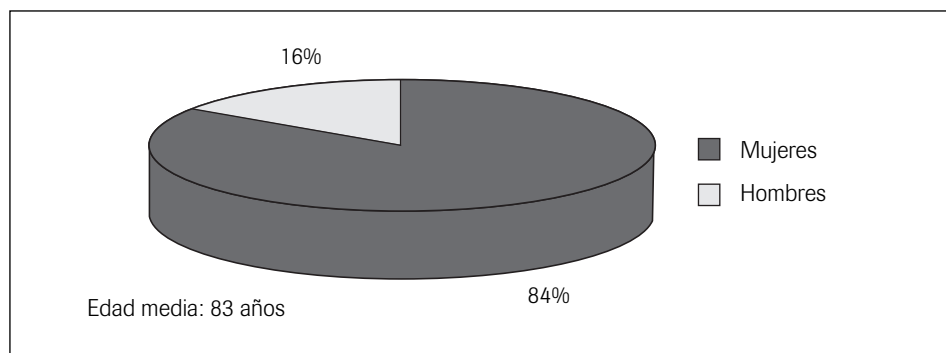


Figura 2. Sexo de la víctima de malos tratos.

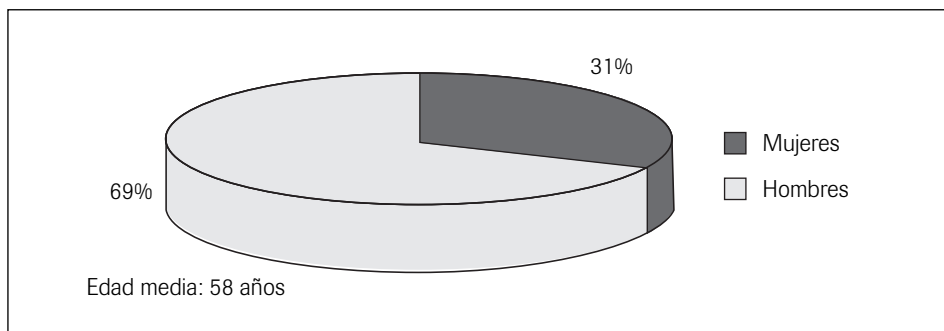


Figura 3. Sexo del responsable de los malos tratos.

En la tabla 1 se muestran los tipos de recursos con los que nos hemos coordinado y los datos numéricos en totales y porcentajes. Como podemos observar, el mayor número de coordinaciones se realizan con los propios departamentos de la DGMAS, como es el Departamento de Servicios de Ayuda a Domicilio, tanto con el Servicio de Ayuda Domiciliaria (SAD) como con el Servicio de Teleasistencia Domiciliaria (TAD), a través de sus técnicos y coordinadores del servicio que dependen de las entidades prestadoras, para recibir y transmitir información, conocer hechos y dar pautas consensuadas. También con el Departamento de Centros de Día y Residenciales de la DGMAS y los coordinadores de los centros para recabar información y programar actuaciones conjuntas.

Fuera del propio ámbito municipal, es con los centros de salud de atención primaria (médico y técnico sanitario del centro de salud) dependientes de la Comunidad de Madrid, con los que se ha tenido un mayor número de contactos para solicitar información, coordinar actuaciones y elaborar informes.

En los 95 casos de mayores estudiados que han sufrido negligencia y/o malos tratos psicológicos, se han efectuado 251 coordinaciones (tabla 2).

Esto supone una media de 2,6 coordinaciones por caso, con un rango de 5 a 0.

Hemos analizado las instituciones y los agentes con los cuales hemos necesitado contactar para lograr una intervención eficaz, y en más del 50% son estamentos o áreas del propio ayuntamiento (tabla 3); como podemos ver en la figura 4, los más frecuentes son: atención especializada del Ayuntamiento de Madrid (46%), servicios de salud de la Comunidad de Madrid (28%) y miembros de la familia diferentes a los autores del maltrato (6%).

Tabla 1. Distribución de las coordinaciones y sus porcentajes, según sean agentes formales e informales

Institución	Estamentos	Servicios	Niveles	N	%
Ayuntamiento de Madrid	Servicios sociales del distrito	Atención de zona	TS	95	100
	DGMAS	SAD	Técnico	18	7,2
			Coordinador	22	8,8
			Auxiliar	9	3,6
			Psicólogo Mapfre	3	1,2
		Comidas a domicilio	Técnico	1	0,40
		TAD	Técnico	21	8,4
			Coordinadora	8	3,19
		Ayudas técnicas	Terapeuta ocupacional	2	0,8
		Lavandería	Técnico	3	1,2
		Centro de día	Técnico	2	0,8
		Coordinador del centro	15	6	
	Centro de mayores	Responsable del centro	1	0,4	
	Central de llamadas	TS	5	2	
	Programa de aislamiento	Psicólogo	6	2,4	
	SAMUR Social	Emergencias	SAMUR Social	8	3,2
	D.G. Calidad y Atención al Ciudadano	Línea Madrid		5	2
	Madrid Salud	CAD	Profesional de referencia	2	0,8
Salud ambiental			1	0,4	
CMS		Médico	2	0,8	
Comunidad de Madrid	Servicios de salud	Atención Primaria	Médico	30	11,9
			Enfermera	7	2,8
			TS	17	6,8
			Responsable del centro	2	0,8
		Atención especializada	Salud mental	3	1,2
	Especialista	4	1,6		
	Hospitales	TS	8	3,2	

Continúa

Tabla 1. Distribución de las coordinaciones y sus porcentajes, según sean agentes formales e informales (*continuación*)

Institución	Estamentos	Servicios	Niveles	N	%
Comunidad de Madrid	Centros y servicios	Residencias	TS	3	1,2
	Información	012		6	2,4
	Fiscalía	Incapacitaciones y tutelas		7	2,8
		Juzgados		1	0,40
		Asesoramiento	TS	3	1,2
Agentes informales	Voluntariado			3	1,2
	Familia			15	5,98
	Otros agentes	Vecinos		6	2,4
		Amigos		2	0,8

CAD: Centro de Atención a las Drogodependencias; CMS: Centro Madrid Salud; DGMAS: Dirección General de Mayores y Atención Social; SAD: Servicio de Ayuda Domiciliaria; SAMUR: Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate; TAD: servicio de teleasistencia domiciliaria; TS: trabajador social.

Tabla 2. Número total de coordinaciones efectuadas

Casos atendidos	Coordinaciones efectuadas
95	251

Tabla 3. Distribución de las coordinaciones según instituciones y apoyos informales

Tipo de institución o apoyo	N.º de coordinaciones	%
Ayuntamiento de Madrid	134	53,4
Comunidad de Madrid	91	36,2
Apoyo informal	26	10,4

A continuación quisimos conocer el número de casos que habían precisado un tipo u otro de coordinación, para en un futuro próximo iniciar alianzas y protocolizar con estos agentes según el peso de las demandas, y así queda expuesto en las tablas 4, 5 y 6.

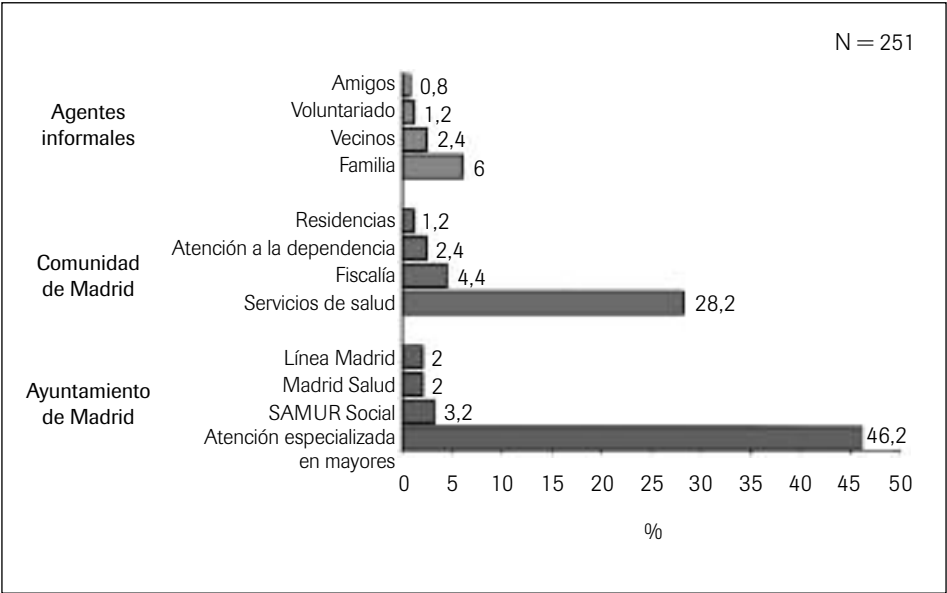


Figura 4. Coordinaciones más frecuentes.

Tabla 4. Coordinación con los distintos recursos del Ayuntamiento de Madrid (n = 95)

Servicios	Casos que han precisado este tipo de coordinación (%)
SAD	35,8%
TAD	24,2%
Centros de día	17,9%
Comidas	1%
Lavandería	3,2%
Terapia ocupacional	2,1%
Centro de mayores	1%
SAPS	6,3%
SAMUR Social	8,4%
Línea Madrid	5,3%
Madrid Salud	4,2%
Call Center	5,3%

Tabla 5. Coordinación con los distintos recursos de la Comunidad de Madrid

Servicios	Casos que han precisado este tipo de coordinación (%)
Atención Primaria (Salud)	36,8%
Salud Especialidades	11,6%
Residencias	3,2%
Fiscalía	10,5%
Servicio 012	6,3%

Tabla 6. Coordinación con los distintos agentes informales

Servicios	Casos que han precisado este tipo de coordinación (%)
Familia	15,8%
Voluntariado	3,2%
Amigos	2,1%
Otros (vecinos, portero, etc.)	6,3%

Conclusiones

Los datos obtenidos nos permiten señalar que la coordinación entre los diferentes organismos e instituciones que prestan servicios a las personas mayores es una realidad, y se puede afirmar que es una *herramienta de fortaleza* para el abordaje interdisciplinario del maltrato a las personas mayores.

La coordinación claramente necesaria permite intervenir con mayor agilidad, facilita la resolución del caso, evita la victimización secundaria que pueden sufrir estos mayores con la descoordinación de los distintos estamentos que participan en el proceso, y admitimos que acorta el tiempo de sufrimiento del mayor.

Por tanto, para realizar una intervención eficaz en malos tratos es necesaria la implementación de protocolos de coordinación intrainstitucionales en primer lugar, como hemos visto, y también interinstitucionales, mediante los cuales cada servicio conozca la actuación que debe desarrollar y cómo llevar a cabo la derivación correspondiente.

Bases para la reflexión II: avanzando

Hacia una sociedad para todas las edades.

Programas intergeneracionales

en el distrito Centro de Madrid

Rosario Arroyo Arroyo¹ y Mercedes Portero Cobeña²

¹Animadora Sociocultural. Coordinadora del Programa de Dinamización Social de los Centros Municipales de Mayores del Distrito Centro. Ayuntamiento de Madrid.

²Mercedes Portero Cobeña. Trabajadora Social. Jefa del Departamento de Servicios Sociales del Distrito Centro. Ayuntamiento de Madrid.

Introducción

La apuesta estratégica y operativa que los servicios sociales del distrito llevan impulsando desde hace más de 20 años, a través de programas de intervención social desarrollados con personas mayores, con familias, con menores, etc., en los niveles individual y familiar, y grupal y comunitario, resulta acorde con la construcción conceptual denominada «hacia una sociedad para todas las edades», entendida en términos de horizonte, como un ideal, una meta.

Por eso hemos elegido que el título de esta ponencia coincida con este término, propuesto por Naciones Unidas a finales de la década de 1990, a partir de la formulación de políticas sobre envejecimiento.

Y hay una fecha clave en el desarrollo de la «necesidad de fortalecer la solidaridad entre las generaciones y las asociaciones intergeneracionales, teniendo presentes las necesidades de los más mayores y los más jóvenes, y de alentar las relaciones solidarias entre generaciones», que es la celebración de la Segunda Asamblea Mundial de la Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en el año 2002. En esta asamblea se aprueba el Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento,

documento que incluía medidas sobre cómo crear entornos propicios y favorables para envejecer mejor.

En el año 2007 se publica en la Colección de Estudios Sociales de la Obra Social La Caixa, el Estudio sobre la situación de los programas intergeneracionales en España, dirigida por el profesor Mariano Sánchez (2007). En este estudio se analiza cómo el fomento de los programas intergeneracionales es una de las posibles vías para aumentar la solidaridad entre las generaciones, en aras de contribuir a la construcción conceptual acuñada por Naciones Unidas: *una sociedad para todas las edades*.

Traigo aquí la referencia de este estudio por la importancia que representa para los profesionales que nos dedicamos a la puesta en marcha de proyectos intergeneracionales, al constituirse como guía conceptual y metodológica.

Los autores, incluidos en el documento citado, se dedican desde hace años al estudio y la investigación sobre el envejecimiento y tienen experiencia en el diseño, la puesta en marcha y la evaluación de programas intergeneracionales. Sus aportaciones nos han servido de inspiración a los profesionales para la sistematización del trabajo operativo realizado en el distrito.

Compartimos con los autores la declaración inicial sobre los beneficios que procura el desarrollo de programas intergeneracionales: «Una sociedad para todas las edades permitiría realizar inversiones recíprocas y compartir los frutos basados en los principios de reciprocidad y equidad».

A continuación, y antes de describir y valorar las actuaciones llevadas a cabo en el distrito Centro desde el año 1992, nos gustaría comenzar con una breve síntesis del marco conceptual en el que situamos las diversas actuaciones y programas intergeneracionales, a través de la definición, los fundamentos y elementos esenciales.

Definición de programas intergeneracionales

La respuesta sobre qué es un programa intergeneracional es ofrecida por diversos autores; vamos a elegir la que más se aproxima a nuestros planteamientos de trabajo, aportada por Ventura-Merkel y Lidoff: «Actividades o programas que incrementan la cooperación, la interacción y el intercambio entre personas de diferentes generaciones. Implican compartir habilidades, conocimientos y experiencias entre jóvenes y mayores». Esta definición comprende la dimensión de la participación entre generaciones, los beneficios que ambas generaciones obtienen y las relaciones de intercambio que se producen.

Partiendo de esta definición descriptiva, lo que se pretende es lograr la conexión entre las interacciones que se producen entre jóvenes y mayores y el envejecimiento.

Fundamento de los programas intergeneracionales

Todos los autores que han profundizado en el desarrollo de los programas intergeneracionales coinciden en señalar la existencia de tres argumentos que sostienen su puesta en marcha:

- **Los programas intergeneracionales favorecen la disminución de la discriminación hacia las personas mayores:** «Si aumentamos y organizamos de modo adecuado las oportunidades que las personas de una generación pueden tener para relacionarse con personas de otras generaciones, podemos conseguir que un mayor número de esas personas decidan aprovechar la ocasión y practicar más la interacción intergeneracional».
- **Los programas intergeneracionales se encuentran en el origen de la solidaridad intergeneracional:** «Cuanto más interacciones y más relaciones positivas entre las generaciones se produzcan, más cerca podremos estar de eliminar algunas de las barreras que impiden, hoy por hoy, que nuestras sociedades sean realmente para todos, para todas las edades».
- **Los programas intergeneracionales se constituyen en instrumentos adecuados para la mejora de la integración y la cohesión de nuestras sociedades:** «los PI [programas intergeneracionales] en interacción con los procesos de envejecimiento, pueden constituir una de las bases sobre la que construir el camino hacia una sociedad para todas las edades».

Componentes de los programas intergeneracionales

Los elementos que contribuyen a lograr el objetivo de reforzar los lazos positivos entre generaciones son:

- *Conectar con la comunidad* en la que se lleva a cabo → Los programas intergeneracionales deben ofrecer respuestas a las necesidades reales donde se realizan.
- Realizar una buena *gestión y planificación*, rigurosa y coherente, que tenga siempre presente los siguientes aspectos:
 - a) Institucionalización. Una organización apoya al programa.
 - b) Preparación de los participantes: diferenciar roles, reciprocidad y reconocimiento.
 - c) Financiación suficiente y estable.

- d) Actividades.
- e) Apoyo de voluntarios.
- f) Que los participantes se relacionen, no sólo estén juntos.
- g) Sostenibilidad.
- h) Adaptación a la diversidad de su contexto.
- i) Evaluación adecuada.
- El *trabajo en red* como la máxima expresión de la colaboración entre entidades, que realizan actuaciones integrales e integradoras sobre una misma población.

Los programas intergeneracionales en los centros municipales de mayores del distrito Centro

Las medidas planteadas en el Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento del año 2002 conectan de forma coherente con los estatutos de los centros municipales de mayores del Ayuntamiento de Madrid, que promulgan como fines esenciales de los centros «fomentar y potenciar la conciencia ciudadana, las relaciones colectivas y la condición de socios como miembros útiles y activos de la sociedad, estimulando las acciones solidarias respecto a las restantes edades, evitando cualquier forma de discriminación y marginación».

La trayectoria de trabajo en el distrito con programas intergeneracionales la situamos en dos momentos concretos: los inicios del año 1992 y un refuerzo específico en el año 2006.

1. Antecedentes 1992. Desde el programa de familia, ejecutado de forma exclusiva en el Centro de Servicios Sociales Puerta de Toledo y los centros municipales de mayores, San Francisco y Benito Martín Lozano, se decide diseñar conjuntamente un programa intergeneracional («Intergeneraciónate») que se describía como un conjunto de actuaciones coordinadas entre profesionales del ámbito de la intervención social, a través del despliegue de diversas actividades intergeneracionales implementadas en el territorio del distrito Centro. Estas actuaciones se amparan en los principios de:

- *Integración*: los jóvenes y los mayores se preparan para hacer cosas juntos.
- *Participación* de los mayores en la vida comunitaria del distrito a través de la relación con los jóvenes.

Se realizaron actividades tales como:

- Taller de voluntariado.
- Igualia en Lavapiés.

- Apoyo en tareas escolares.
- Espacio lúdico estival para abuelos y nietos.
- Escuela de abuelos y abuelas.
- Fiestas, excursiones, visitas culturales.
- Talleres formativos: fontanería, electricidad, albañilería, etc.

Su evaluación continua ha permitido que algunas de estas actividades se hayan mantenido en el tiempo, otras han finalizado su andadura, han surgido otras distintas, se ha ampliado la cobertura, la intensidad, los destinatarios; en definitiva, se han adaptado a los cambios de los profesionales, las estructuras, los recursos económicos, etc.

2. Antecedentes 2006. Hace 6 años se decide redimensionar la cobertura del programa intergeneracional ampliando el concepto a una realidad presente y creciente en el distrito: el fenómeno de la inmigración y, por ende, de la interculturalidad.

Para ello se concentran y refuerzan los recursos económicos y humanos, manteniendo las actuaciones diseñadas y en ejecución en los centros de mayores San Francisco y Benito Martín Lozano, incorporando el Centro Social Comunitario Casino de la Reina como equipamiento básico del desarrollo del programa comunitario de los servicios sociales del distrito.

En ambos momentos, año 1992 y 2006 la formulación de los objetivos generales y específicos coincide:

Objetivos generales

- Fomentar las relaciones intergeneracionales a través de actividades informativas, formativas y lúdicas.
- Potenciar el sentimiento solidario: aceptación de las diferencias; modificación de estereotipos, prejuicios y tópicos; adquisición de responsabilidades.
- Potenciar la implicación en la vida comunitaria del distrito.
- Fomentar el intercambio de conocimientos.

Objetivos específicos

- Promocionar la participación social de los mayores, por su estimación como sujetos activos del tejido social y la valoración de su experiencia, como elementos necesarios de la convivencia.

- Incidir en la educación de las generaciones de cara a una preparación adecuada para el envejecimiento, modificando hábitos y valores de la sociedad.
- Participar directamente en la vida comunitaria con actividades concretas, desarrolladas por los mayores y más jóvenes en el distrito.
- Favorecer la relación entre los mayores y menores/jóvenes de los barrios.
- Dar a conocer y participar en las manifestaciones culturales del distrito.
- Promover el concepto intergeneracional como intercambio intercultural.

Fortalezas

- **Sectores de población invisibles y aislados.** Tanto los mayores como los menores (infancia y adolescencia) se constituyen para el resto de la sociedad en poblaciones invisibles: no se les escucha, no se les pregunta, se les obvia en la toma de decisiones sobre asuntos que les afectan, etc.
- **Puntos en común → complicidad.** Este aislamiento es compartido por ambos sectores, lo que les hace compartir las dificultades citadas.

Las evaluaciones realizadas a lo largo de los 20 años de programas intergeneracionales nos permiten resumir las fortalezas que han facilitado potenciarlos y mantenerlos, así como las debilidades que ha sido preciso afrontar para prevenir los bloqueos y abordar los conflictos.

Debilidades

- **Los centros de mayores exclusivos y excluyentes.** Tradicionalmente, los centros de mayores se han definido como espacios de convivencia donde otros sectores de población no tenían lugar, no se les permitía la entrada.
- **Las posiciones intransigentes e individualistas.** Las distintas percepciones y puntos de vista sobre cómo deben ser las cosas, «porque siempre han sido así» colocan a los mayores y jóvenes en situaciones de bloqueo para las que ha sido preciso la mediación.
- **Estereotipos o prejuicios.** Tanto los jóvenes como los mayores muestran las imágenes presentes en la vida cotidiana sobre los «otros», en el vestido, en el aspecto, en los comportamientos.
- **Diferentes ritmos de trabajo.** La inmediatez frente a la paciencia que sostienen indistintamente ambos, los jóvenes y los mayores. Era preciso abordarlo para conseguir implicación en una tarea común.

Resultados cualitativos, a lo largo de los años

- *Incremento de la curiosidad y el descubrimiento* de nuevas realidades para los jóvenes y los mayores.
- Los *mayores incrementan su motivación* por los nuevos conocimientos y las nuevas herramientas (por ejemplo, uso de nuevas tecnologías).
- *La reversibilidad de los roles de enseñante y aprendiz*: intercambio entre jóvenes y mayores (jóvenes que enseñan informática a mayores y mayores que enseñan valores a los pequeños, a través de cuentos, etc.).
- *Reciprocidad en el apoyo mutuo*, tanto en el tiempo de ocio como en proyectos artísticos comunes.
- Los *niños y jóvenes mejoran en autoestima y mayor motivación* para aprender, por el modelo que significan los mayores.
- Los *niños y jóvenes* muestran actitudes de mayor tolerancia y respeto hacia los mayores.

Las mejoras que los programas intergeneracionales han proporcionado tanto a los jóvenes como a los mayores se resumen en las siguientes áreas:

- Escucha activa.
- Contacto y la visibilidad.
- Punto de encuentro y de referencia.
- Complicidad: intercambio de experiencias.

Resultados cualitativos durante el último año

Los distintos tipos de actividades enmarcadas en los programas intergeneracionales nos aportan los datos cuantitativos recogidos en la tabla 1.

Campamento urbano intergeneracional

A continuación se presenta una de las actividades incluida en el programa intergeneracional del distrito, que se constituye por sí sola en el principal referente del programa, debido a que confluyen de forma significativa todos los componentes esenciales.

Elementos

- *Conectar con la comunidad*. Responde a la necesidad inicial de facilitar espacio de ocio a los niños o jóvenes residentes en los seis barrios del distrito: Palacio, Embajadores, Cortes, Sol, Universidad y Justicia, al comenzar las vacaciones escolares.

Tabla 1. Participantes en las distintas actividades de programas intergeneracionales. Datos de 2011

Denominación de la actividad	Participantes
Pasacalles del Carnaval	525
Campamento urbano: abuelos, nietos y chavales	478
Cuéntame un cuento	206
Taller de títeres	266
Educación vial «Paso seguro al cole»	212
Magia	240
Fiesta de Navidad	140
Total	2 067

Fuente: elaboración propia.

- Aspectos de la buena *gestión y planificación*:
 - a) *Institucionalización*. El programa de dinamización social de los centros de mayores del distrito sostiene la actividad.
 - b) *Preparación de los participantes*. Los roles de los mayores, niños y jóvenes participantes en la actividad se encuentran diferenciados y son reconocidos por todos. Se realizan reuniones preparatorias para planificar la actividad.
 - c) *Financiación* suficiente y estable.
 - d) *Actividades*. Un grupo formado por jóvenes y mayores diseñan y ejecutan el conjunto de actividades que cada verano giran en torno a un tema elegido, de forma consensuada.
 - e) *Apoyo de voluntarios*. Se designan premonitores a los chavales de entre 13 y 15 años, y a mayores voluntarios, para motivarles e incentivar su implicación en la realización de actividades y en la atención y el cuidado hacia los más pequeños. Con un curso de formación para la distribución de tareas y la organización del programa de las actividades que se van a realizar.
 - f) *Relaciones*, enriquecedoras y productivas en aras de lograr objetivos comunes.
 - g) *Sostenibilidad*, de forma continuada desde el año 1992.
 - h) *Adaptación* a la diversidad de su contexto.
 - i) *Evaluación* final después de la realización del campamento.
- El *trabajo en red*. La difusión, captación y colaboración de los chavales con los centros educativos de la zona y las asociaciones de la iniciativa social, presentes espe-

cialmente en el barrio de Universidad (proximidad al Centro Municipal de Mayores Benito Martín Lozano).

Características

- Promovida por el Departamento de Servicios Sociales del distrito Centro, a través del programa de dinamización social que se desarrolla en los centros municipales de mayores.
- Destinatarios: socios, abuelos, nietos de los centros de mayores y niños de colegios del distrito.
- Duración: 8 días (última semana de junio y primera semana de julio).
- Inscripción directa en los centros de mayores.
- Reuniones preparatorias para mayores y jóvenes.
- Formación para los premonitores.
- Organización de los grupos de trabajo para designación de los equipos de seguridad, limpieza, sanidad, reporteros y talleres.
- Comisión de trabajo para el diseño y la evaluación de las actividades.

Bibliografía

Sánchez, M., Butts, D. M., Hatton-Yeo, A., Henkin, A., Jarrott, S. E., Kaplan, M. S., et al. (2007). *Programas intergeneracionales*. Barcelona: Obra Social Fundación La Caixa.

Espacios para mayores, una apuesta de la ONCE

David Olalla Vidal

Jefe de Atención al Mayor, Cultura y Ocio. Delegación Territorial ONCE. Madrid.

Introducción

La ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles) es una corporación sin ánimo de lucro que tiene la misión de mejorar la calidad de vida de las personas ciegas y con discapacidad visual de toda España. Una institución de carácter social y democrática, abierta a todos, solidaria con las personas afectadas por discapacidades distintas a la ceguera, igualitaria y participativa, que trabaja día a día, en democracia. Y lo hace codo con codo con la administración pública, a través de los ministerios de Economía y Hacienda, Sanidad, Política Social e Igualdad, e Interior.

Por otro lado, la solidaridad, un valor tradicional en la ONCE, se materializa mediante la *Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad*, financiada con el 3% de la venta bruta de los productos de juego de la organización. En junio de 2007, la ONCE crea otra entidad social, la *Fundación ONCE para la Atención de Personas con Sordoceguera (FOAPS)*.

Además, esta organización adquiere un compromiso con el resto del mundo, ya que participa activamente en los foros internacionales y, muy especialmente, con las asociaciones de ciegos de América Latina en programas de formación y empleo, lo que, desde 1998, se articula a través de la Fundación ONCE para la Solidaridad con Personas Ciegas de América Latina (FOAL).

En la actualidad la ONCE, junto con su fundación y con su Corporación Empresarial ONCE (CEOSA), genera más de 115 000 empleos, directos e indirectos, y solventa de manera autónoma la atención especializada que requieren las más de 70 000 personas ciegas y discapacitadas visuales españolas a las que agrupa.

Trabajando con nuestros mayores

Unidad de Atención al Mayor, Cultura y Ocio de la Delegación Territorial de Madrid

Las funciones de esta unidad, entre muchas otras, son analizar las necesidades específicas de los afiliados mayores, proponiendo el desarrollo de programas y actuaciones orientados a mejorar su calidad de vida y su inclusión en la sociedad.

Así, para que se comprenda mejor, podemos clasificar estas actuaciones de la siguiente forma: club del mayor, aula del mayor, preparación a la jubilación, vacaciones sociales y voluntariado.

Además de lo expuesto, deseamos reseñar que se planifican y organizan las actuaciones destinadas a la población de afiliados en la utilización creativa del ocio, tiempo libre y deporte, y se propone un amplio abanico de actividades trimestrales, para facilitar la participación de las personas con ceguera o deficiencia visual grave en las actividades organizadas en ámbitos externos e internos.

Vacaciones sociales

Para poder dimensionar correctamente la actividad que nos ocupa es importante reseñar que durante el ejercicio 2010 se han ocupado 3 794 plazas vacacionales destinadas al colectivo de mayores, desglosadas como sigue:

- 1 903 afiliados.
- 85 pensionistas.
- 1 651 acompañantes.
- 155 monitores.

Por ello, y como consecuencia del elevado volumen de participación, cobran vital importancia todos los aspectos relacionados con la logística, la organización y la coordinación de este programa. Asimismo, es fundamental que exista un trabajo conjunto y permanentemente coordinado entre las distintas delegaciones territoriales y la Dirección de Autonomía Personal, Atención al Mayor, Ocio y Deporte.

Esta actividad se organiza a partir de una convocatoria anual, la cual, a su vez, se subdivide en dos períodos claramente diferenciados (marzo-junio y septiembre-noviembre).

Además, se organiza un turno vacacional para el período de Navidad, cuya duración se extiende desde el 22 de diciembre hasta el 2 de enero.

Área de atención al mayor

Resulta crucial contribuir a la dinamización de las diversas actividades que se llevan a cabo desde los *clubes de mayores*, comenzando por un primer análisis de su actual funcionamiento y la posterior propuesta de nuevas actuaciones que se van a poner en marcha, y todo ello apoyado en la figura del monitor de mayores. Todos estos aspectos se trabajan en el club del mayor mediante la habilitación de un espacio de encuentro y con el desarrollo de actividades de distinta índole con la colaboración de nuestros mayores, quienes participan activamente en las distintas actividades que se desarrollan.

Aula del mayor

El aula del mayor es un espacio formativo donde se tratan temas cuyo plan de desarrollo se determina con arreglo a criterios psicopedagógicos. Abarca un período lectivo de 10 meses, con una metodología de intervención cuya frecuencia se cifra en 12 horas mensuales.

Curso de preparación a la jubilación

La preparación a la jubilación tiene la finalidad de facilitar espacios que posibiliten el conocimiento de las características específicas de esta nueva etapa de la vida, de los cambios y posibilidades que se producen a nivel biológico, psicológico y social.

Los objetivos planteados en estas jornadas son:

- Contribuir al desarrollo personal de las personas mayores en la etapa de prejubilación y jubilación.
- Conseguir personas mayores activas que sean capaces de transmitir su conocimiento y experiencia acumulada, tanto en beneficio propio como en el de la sociedad, en general, y en el de la ONCE como institución en particular.
- Impulsar la participación y cooperación de los mayores tanto en la institución como en el movimiento asociativo (centros de mayores, asociaciones de pensionistas, etc.).

Voluntariado

Con la finalidad de atender a nuestros afiliados mayores que no poseen un grado de autonomía personal suficiente y que no disponen en su entorno sociofamiliar de per-

sonas que les puedan acompañar, ayudar a que accedan a la información, realizar actividades etc., surgen distintos programas dentro del voluntariado.

Asimismo, a través del voluntariado se pretende paliar las situaciones de soledad a que se ven sometidos los afiliados que carecen de autonomía personal o se encuentran en situación de aislamiento o desarraigo familiar. Todo ello se lleva a cabo mediante distintos programas:

- Programa de acompañamiento.
- Programa de acceso a la información.
- Programa deportivo.
- Programa cultural recreativo.

Los centros de mayores, un espacio para la intervención comunitaria en salud

Mercedes Martínez Cortés

Consejera. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud.

Grupo de Trabajo del Programa de Envejecimiento Activo y Saludable:

Ana de Blas Llamas (médico), Mónica Bustamante Calabuig (trabajadora social), Félix del Campo Camacho (médico), M.^a Dolores Claver Martín (psiquiatra), Concepción Fernández Garrido (médico), M.^a Pilar García Crespo (médico), Antonio Jove Naval (estomatólogo), Luisa Fernanda Ruiz Martínez Vara del Rey (enfermera) y M.^a José Zomeño Schoendorff (psicóloga).

Introducción

Este trabajo presenta las actividades del Programa de promoción del envejecimiento activo y saludable, que forma parte de la estrategia «Gente saludable»¹ de Madrid Salud.

El Servicio de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Ambiental cuenta con 24 centros, 16 centros territoriales, los Centros Madrid Salud (CMS) que dan servicio al conjunto de los 21 distritos de la ciudad y 8 de ellos monográficos. Los CMS se dedican exclusivamente a programas de prevención y promoción de salud, y cuentan con un equipo de profesionales que incluyen médicos (de familia, pediatras, ginecólogos, psiquiatras y de medicina preventiva y salud pública), psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, matronas, auxiliares sanitarios y administrativos, que trabajan en turnos de mañana y tarde.

¹www.madridsalud.es

En todos ellos se desarrolla la estrategia «Gente saludable», en la que existen 9 programas marco: alimentación, actividad física y salud, salud sexual y reproductiva, prevención y promoción de la salud en el ámbito educativo, envejecimiento activo y saludable, salud materno-infantil, prevención y control del tabaquismo, prevención y promoción de salud mental o psiquiátrica, desigualdades sociales en salud, y entorno urbano y salud. El Programa de promoción del envejecimiento activo y saludable está implantado en los 16 CMS.

La estrategia está basada en el desarrollo de los siguientes puntos:

1. La Salud en todas las políticas municipales. En salud pública hace tiempo que sabemos que no basta con la información, sino que es necesario impulsar cambios en las ciudades que faciliten la adopción de formas de vida más saludable, y que el mayor impacto en salud que pueden producir los ayuntamientos no se produce por decisiones que se tomen en el área de salud, sino que son fundamentales las políticas de transporte, urbanismo, servicios sociales, etc.
2. Combinar estrategias poblacionales y de alto riesgo (Rose, 1994). Las estrategias poblacionales se dirigen al conjunto de la población, independientemente de cuál sea su nivel de riesgo. Son ejemplos de estrategias poblacionales las iniciativas legislativas de protección de la salud, las campañas de información en los medios de comunicación general y las intervenciones sobre el medio ambiente que disminuyan el riesgo de accidentes o faciliten la adopción de hábitos saludables.
Las estrategias de alto riesgo tienen como objetivo identificar grupos de población con un mayor riesgo de padecer un problema de salud, para realizar una intervención específica sobre ellas; por ejemplo, identificar personas con déficits sensoriales, que tienen un mayor riesgo de accidentes y de aislamiento social, para intervenir sobre ellas con medidas correctoras.
3. Considerar las desigualdades sociales en salud. Existe un efecto muy importante de la desigualdad social sobre la salud (fig. 1). Por ello hemos realizado un análisis epidemiológico para identificar las secciones censales de intervención preferente, tomando como base los datos de mortalidad y nivel socioeconómico.
4. La necesidad de mostrar a la sociedad los efectos de las intervenciones preventivas; para ello es necesario desarrollar un sistema de información propio que nos permita evaluar nuestras intervenciones.
5. Trabajar con proyectos de centro específicos para cada uno de los territorios de influencia de los CMS. Este proyecto de centro consiste en una adaptación específica de la estrategia «Gente saludable» a las características de la población de ese distrito y a las capacidades y fortalezas de los profesionales que componen el equipo.

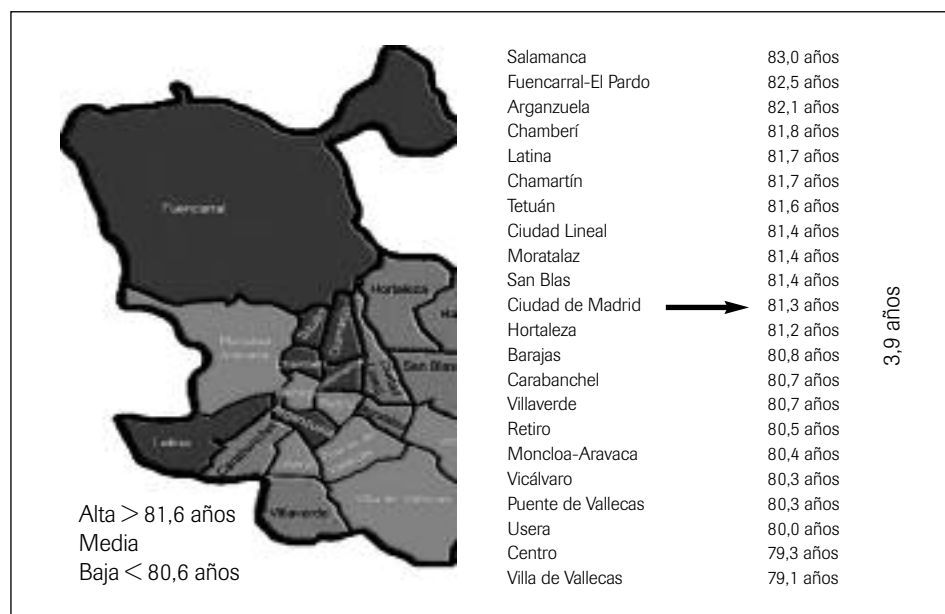


Figura 1. Esperanza media de vida al nacer por distritos. 2002.

Fuente: Estudio de Salud de la ciudad de Madrid, 2006.

- La necesidad de establecer alianzas con todos aquellos que comparten los mismos objetivos: instituciones, entidades ciudadanas, sectores empresariales, sociedades científicas. En este sentido, le damos mucha importancia al Convenio general de colaboración entre el Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales y el Organismo Autónomo Madrid Salud para la realización de actuaciones conjuntas en materia de prevención y promoción de la salud, firmado el 25 de mayo de 2011.

Programa de envejecimiento activo y saludable²

Tiene como objetivo aumentar la esperanza de vida activa y saludable de las personas mayores, se trabaja con una estrategia poblacional y con los mayores a nivel individual, grupal y comunitario. La atención individual está enmarcada en la estrategia de alto riesgo y ofrece la detección de alteraciones sensoriales, de memoria y prevención de caídas y su abordaje en los mayores más vulnerables frente a la dependencia. En las

²http://www.madridsalud.es/prev_prom_saludambiental/introduccion.php

actividades grupales se refuerza la capacidad de los mayores a enfrentarse activa y saludablemente al envejecimiento y crear vínculos solidarios entre ellos. En la actividad comunitaria trabajamos en colaboración con los integrantes de la propia comunidad: otras instituciones, organizaciones ciudadanas, líderes sociales, etc., para promover la salud e incrementar la calidad de vida y el bienestar social.

Hay que comentar que el envejecimiento tiene cada día más importancia en nuestra sociedad, aunque parece una obviedad, y todos sabemos que el envejecimiento impondrá mayores exigencias sociales y económicas, con repercusiones en el sistema de protección social y de salud, más evidentes en situaciones de crisis como la actual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para poder afrontar este fenómeno es necesario que las organizaciones internacionales, nacionales y las administraciones a todos los niveles, conjuntamente con la sociedad civil, promulguen políticas y programas de envejecimiento activo que mejoren la *salud*, la *participación* y la *seguridad* de los ciudadanos de mayor edad, es decir, que las medidas para ayudar a que las personas mayores sigan sanas y activas son más que un lujo, una auténtica necesidad.

Este tipo de políticas y programas han de basarse en los derechos, las necesidades, las preferencias y las capacidades de las personas mayores.

Los determinantes de un envejecimiento activo son múltiples, los mismos que los de cualquier otro proceso vital y los mismos que los de «estar en el mundo». Esta multiplicidad determina la necesidad de actuar desde prácticamente todos los sectores que interactúan en la sociedad (fig. 2).

Podemos ver que envejecer de forma activa y saludable no es sólo una decisión individual, ni tan siquiera sólo del sector sanitario, sino que depende de cómo la sociedad considera a las personas mayores y al mismo proceso de envejecimiento, de qué percepción tienen de sí mismos los mayores (determinada fundamentalmente por la proyección que la consideración social establece sobre ellos), del sexo y del resto de los determinantes señalados anteriormente. Es decir, depende del medio ambiente físico y social que se genera según los valores políticos, socioeconómicos y culturales de los que se dota una sociedad dada en un tiempo determinado.

Para propiciar un proceso individual de envejecimiento activo y saludable es preciso modificar el «medio» en el que sucede el proceso. Por tanto, el objetivo será conseguir, o mejor, contribuir a conseguir que en la ciudad de Madrid se cree ese medio ambiente físico y social que facilite y promueva el envejecimiento activo. Para ello es fundamental conseguir alianzas con las diferentes organizaciones sociales que puedan estar interesadas en los mismos objetivos.

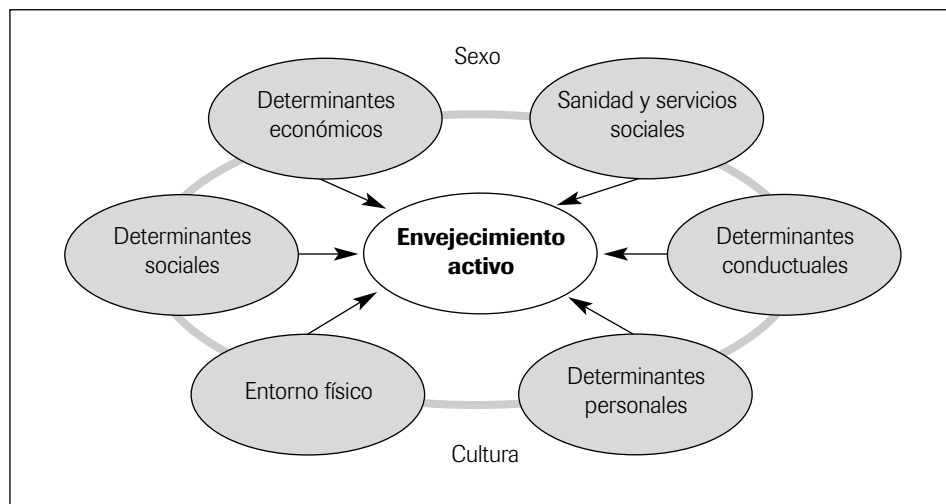


Figura 2. Determinantes de un envejecimiento activo.

Tomado de *Envejecimiento activo: un marco político* (2002).

En el proceso de reorientación del Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental, en el Programa de envejecimiento activo y saludable, la promoción y la prevención de la salud se hace con un enfoque poblacional para intentar fomentar el envejecimiento activo a través del diálogo y el debate entre los diferentes actores que intervienen y estableciendo estrategias locales que hagan más efectivas las actividades encaminadas a conseguir el envejecimiento saludable.

Esto es así porque consideramos que promocionar las alianzas con otros dispositivos de promoción de la salud y con otras áreas, fundamentalmente servicios sociales, deportes y asociaciones de mayores, responde a una visión que tenemos desde el Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental de poner de manifiesto que *no estamos solos* y que *no podemos solos*.

Desarrollo de la intervención comunitaria

El centro de mayores es el lugar natural de encuentro y desarrollo de múltiples actividades de los mayores, y es el sitio ideal para la socialización y para evitar el aislamiento y potenciar el envejecimiento activo y saludable.

Es importante que podamos contemplar el centro de mayores no sólo como una suma de personas, sino como una estructura organizada, que tiene sus propios problemas y objetivos.

También desde la perspectiva comunitaria es importante pensar que las personas con las que se trabaja en un centro de mayores, a su vez están participando en otros espacios sociales (familia, vecindario y organizaciones sociales en general), por lo que a su vez pueden tener una influencia en los comportamientos más o menos saludables de su entorno. En este sentido, es muy importante para la realización de proyectos escuchar sus demandas y darles participación en la resolución de los problemas que se planteen. A modo de ejemplo, probablemente estas personas estén muy bien situadas para dar una respuesta a la pregunta que nos hacemos todos los que trabajamos en este ámbito: ¿Dónde están los que no vienen? ¿Cómo podríamos trabajar con ellos?

Se considera proyecto comunitario a un conjunto de actividades dirigidas a una comunidad, realizadas en colaboración con integrantes de la propia comunidad (otras instituciones y organizaciones ciudadanas), para promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando, por un lado, la capacidad de las personas y los grupos para el abordaje de sus problemas, demandas o necesidades y, por otro, promoviendo intervenciones sobre el medio físico y social que faciliten los cambios de esta mismas personas o grupos sociales³.

En los centros de mayores se encuentran los actores *fundamentales* para el desarrollo de una intervención comunitaria:

1. Servicios sociales. Dentro de los servicios sociales está el responsable del programa del mayor, la dirección de los centros de mayores, los trabajadores sociales, los técnicos de animación, los monitores de ejercicio físico, etc.
Los servicios sociales, conjuntamente con el CMS y los mayores, planificarán las actividades que se consideren más importantes, dependiendo de las necesidades que se hayan detectado. Realizarán la difusión y coordinarán la actividad dentro de los centros para que no interfiera con otras actividades que se realizan.
2. La junta de mayores. Es el organismo de representación democrática de mayores en el centro. Deberán participar en el análisis de las necesidades y la captación de la población que no frecuenta el centro, y deberán tener un papel activo en la convocatoria de las actividades que se vayan a realizar, tanto de sensibilización como de otro tipo de actos.
3. Centro Madrid Salud (CMS). Las funciones fundamentales de los profesionales de los CMS son:
 - Dar a conocer las bases del envejecimiento activo y saludable.
 - Establecer los contactos con asociaciones y personas implicadas en el mismo.

³Definición adaptada y ampliada de Ruiz Jiménez (2006).

- Identificar los principales problemas de salud que preocupan a los mayores para mantener la autonomía personal.

¿Qué objetivos podría tener una intervención comunitaria en salud dentro de los centros de mayores?

- Explorar conceptos, opiniones y actitudes sobre el envejecimiento de todos los actores implicados.
- Conocer sus métodos de trabajo.
- Acercar concepciones, compartir el objetivo de trabajar por un envejecimiento activo, saludable y participativo.
- Compartir formación bidireccionalmente (trato a los mayores, características como grupo, comportamiento de los mayores, principales problemas de salud, emocionales o sociales).
- Ofrecer formación técnica en las disciplinas específicas de nuestro sector, en todos los temas que se relacionan con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Intercambiar información: estos grupos constituyen importantes fuentes de información para detectar problemas y necesidades, lo que nos permitirá establecer las estrategias más adecuadas de intervención.
- Trabajar con los propios mayores contribuirá a sensibilizar a los grupos de mayores hacia el envejecimiento activo y saludable, convirtiéndolos en los principales actores.
- Identificar a los *mayores facilitadores*, entendiendo como tales a los más implicados socialmente: miembros de las juntas directivas de los centros, voluntarios que trabajan y dirigen los talleres dentro de los centros.
- Identificar a los *mayores activos*, que son aquellos mayores que participan en cualquier tipo de actividad que se les ofrece desde cualquier instancia.
- Promover la participación de los mayores en todos los ámbitos de la vida social y luchar contra los estereotipos discriminatorios sobre los mayores.

La intervención comunitaria conseguirá optimizar los recursos y la relación interáreas para contribuir a crear un ambiente físico y social que facilite y promueva el envejecimiento activo y saludable.

Situación actual de la coordinación entre el Área de Familia y Servicios Sociales y Madrid Salud

El acuerdo firmado entre el Área de Familia y Servicios Sociales y Madrid Salud ha permitido, en muy pocos meses, demostrar la eficacia del trabajo de coordinación

entre ambas áreas, de modo que quedan por desarrollar muchos objetivos que se realizarán en las reuniones de los grupos de trabajo formados con este fin.

Destaca, como indicador positivo del proceso de reorientación, que siga *aumentando la proporción de usuarios nuevos que son derivados desde servicios sociales*. Comparando el primer trimestre de 2011 con el mismo período de 2010, y con el año 2007 (como situación de partida previa al proyecto de reorientación), los usuarios nuevos procedentes de servicios sociales (incluyendo centros de mayores, educadores sociales, etc.) se han duplicado proporcionalmente en un año, pasando de representar el 6,8% en el primer trimestre de 2010 al 12% en el mismo período de 2011. El punto de partida en 2007 era de un 2,6%.

Como se ve, el aumento más significativo se ha dado en los derivados desde los servicios sociales de distrito (atención social primaria) y de centros de mayores (fig. 3).

En relación con el Programa de envejecimiento activo y saludable, el acuerdo con la Dirección General de Mayores ha resultado muy positivo, ya que ha permitido, además de aumentar las actividades desarrolladas por el programa, enfocar más las líneas de intervención definidas por el mismo.

De los 74 centros de mayores existentes en los distritos de referencia, se ha contactado con 53, lo que supone un 72%. El número de los centros de mayores con los que se han establecido acuerdos de colaboración es de 40, un 76% de los contactados. El 83% de ellos pertenece a zonas de intervención preferente.

También ha ido aumentando el porcentaje de talleres que se celebran fuera del CMS (del 7% en 2007 al 17% en 2009, y del 27% en el semestre entre 2010 y 2011). Como ya se ha comentado, este incremento es atribuible al acuerdo con la Dirección General del Mayor.

También hay talleres de educación para la salud y de estimulación cognitiva realizados y previstos en centros de mayores (enero-septiembre de 2011):

	Educación para la salud «Pensando en nosotros»	Estimulación cognitiva
Realizados a día de hoy	33	6
Previstos hasta final de año	16	9

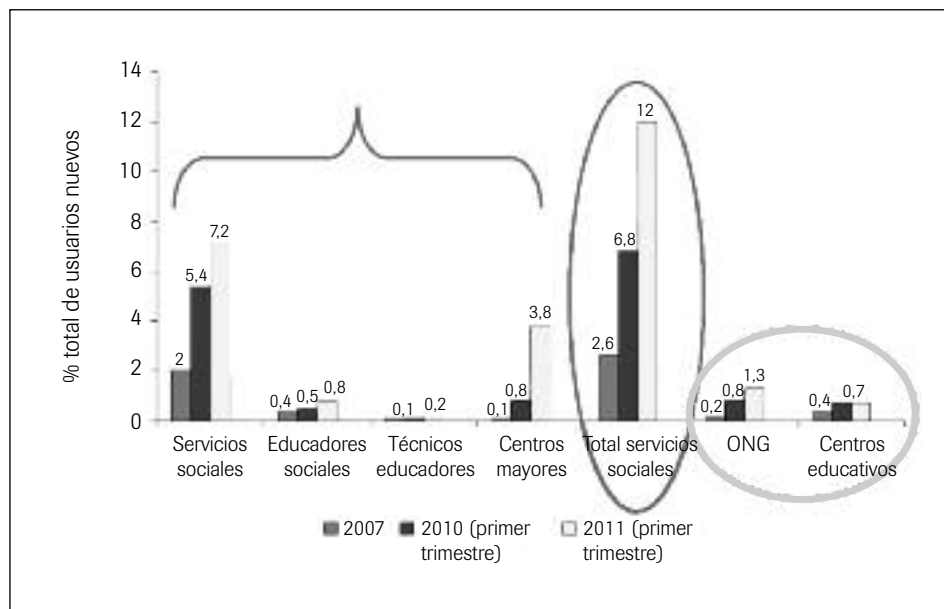


Figura 3. Fuente de derivación de usuarios nuevos de CMS, 2007-2011.

Esta actividad corresponde al primer objetivo relativo a la promoción de hábitos saludables y consiste en un taller de educación para la salud para mayores («Pensando en nosotros»). Es un taller basado en el aprendizaje significativo en donde los mayores, partiendo de sus conocimientos y experiencias previas, utilizando el análisis y la reflexión, incorporan habilidades personales para modificar conductas sobre aquellos aspectos que pueden influir a la hora de conseguir un envejecimiento más saludable.

Está estructurado en ocho sesiones de 2 horas de duración cada una, que abarcan los principales problemas relacionados con los mayores:

- Primera sesión: envejecimiento con éxito.
- Segunda sesión: la memoria en nuestra vida y cómo mejorarla.
- Tercera sesión: alteraciones de la memoria y técnica de memorias.
- Cuarta sesión: alimentación y nutrición en los mayores.
- Quinta sesión: accidentes en los mayores.
- Sexta sesión: cómo evitar accidentes y cómo actuar.
- Séptima sesión: autocuidados y hábitos saludables.
- Octava sesión: convivencia y relaciones sociales: posibilidades y recursos.

Todas las sesiones comienzan con una actividad de relajación y finalizan con una serie de ejercicios de estiramiento y movilidad articular. Se explica la importancia del ejercicio físico en relación con la prevención y el control de las enfermedades más prevalentes, como diabetes, hipercolesterolemia, osteoporosis, prevención de caídas, etc.

Además de esta actividad grupal, también se realizan actividades de sensibilización en problemas prevalentes de salud y se ofrece la realización de protocolos en los CMS para prevenir o controlar los déficits sensoriales (vista y oído) y para la prevención del deterioro cognitivo y de caídas (figs. 4 y 5).

Se realiza un cribado previo para el protocolo de deterioro cognitivo con el fin de discriminar entre las personas con problemas de memoria, asociados a la edad (quejas de memoria) y las personas con posible deterioro cognitivo leve (fig. 6).

Existen otras actividades grupales, grupos de psicohigiene en población vulnerable y talleres de educación para prediabéticos, destinados a personas de 50 a 69 años con alto riesgo de desarrollar diabetes (fig. 7).



Figura 4. Protocolos para prevenir o controlar los déficits sensoriales (vista y oído).

Una casa adaptada para evitar caídas



MEDIDAS GENERALES:

- La casa debe estar bien iluminada con luz potente que no produzca reflejos, interruptores accesibles y luminosos para identificarlos.
- Interruptores de luz con piloto de luz: no tornen en cuartos y pasillos.
- No debe haber cables por el suelo.
- Las ventanas protegidas con vidrios o cortinas para evitar reflejos.
- Disponer en la casa solo los muebles necesarios. Nunca deben estar en lugares de paso y se debe mantener siempre el orden.

- Utilizar alfombras, moquetas, etc., seguros de mejoros para potenciar los contrapesos.
- Sillones y sillas con altura adecuada, con respaldo alto y apoyabrazos.
- No utilizar alfombras, si se utilizan deben llevar un sistema de fijación.
- Suelos antideslizantes y no utilizar cera.
- No apoyarse en muebles que se puedan deslizar por llevar ruedas.
- No subirse nunca a escaleras o taburetes para alcanzar cosas o utensilios o colgar cosas, vidrios, etc.



DORMITORIO:

- Cama con altura adecuada. Colchón duro.
- Interruptor de la luz accesible.
- Piloto de luz nocturna.
- Tapado libre alrededor de la cama para dormir.
- Armario que tenga las colgaciones a una altura accesible.
- No alfombras.
- Silla para vestirse sentada, si es necesario.



COCINA:

- Utilizar la electricidad (placas de inducción) mejor que el gas.
- Muebles con altura adecuada, utensilios fácil de usar y accesibles, sobre todo aquellos que usamos habitualmente.
- Suelos antideslizantes, secos y con grasas.



CUARTO DE BAÑO:

- Plato de ducha (mejor que bañera).
- Asiento de ducha.
- Módulo de mayor altura.
- Barra de apoyo en ducha e inodoro.



- Alfombrilla antideslizante en plato de ducha y suelo.
- Suelo antideslizante. Suelo seco.
- No caminar descalzos.
- Puerta del baño que se pueda abrir desde el exterior.

AL CAMINAR:

- La marcha se debe adaptar a nuestras posibilidades.
- Debe llevar las manos lo más libres posible.
- Si precisa bastón, debe tener la altura necesaria y en la mano correcta (su médico o en la ortopedia, le aconsejarán).
- No debe girarse bruscamente para dar la vuelta.
- Descansar si el trayecto le resulta largo o se fatiga.
- Cruzar las calles siempre con el semáforo en verde o por los pasos de cebra. No correr.
- Utilizar calzado adecuado que le sujete bien al pie.
- Tener cuidado con los baches, socavones y bordillos.









Figura 5. Folleto de prevención de caídas.

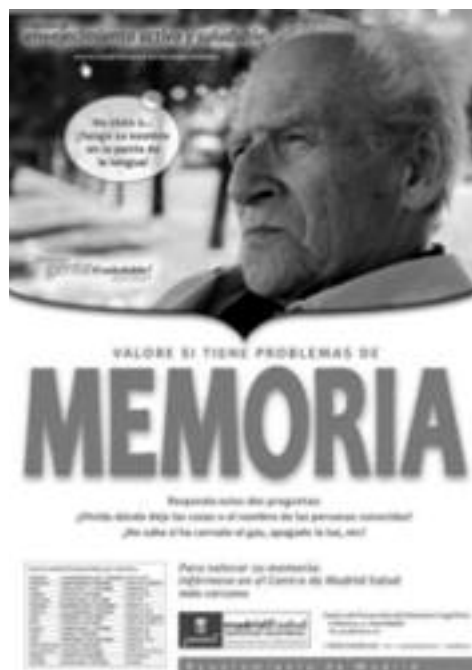


Figura 6. Póster de sensibilización de deterioro cognitivo.



Figura 7. Folleto del programa de alimentación y actividad física.

Asimismo, se realizan otras actividades comunitarias participando en aquellas jornadas que desde servicios sociales se programan en los diferentes distritos dirigidas a los mayores (fig. 8).

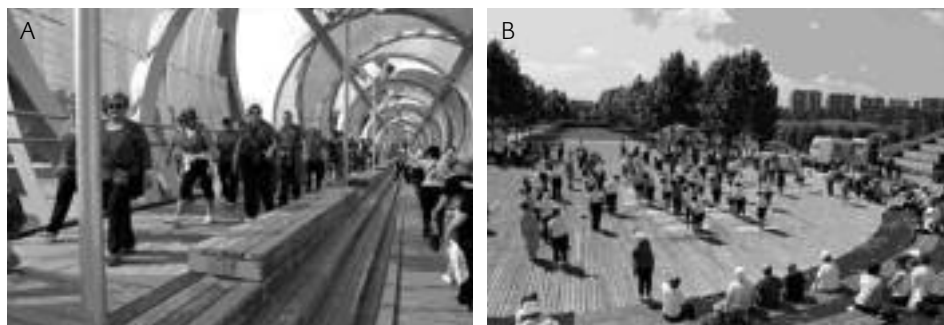


Figura 8. A) Arganzuela Camina: 400 mayores realizan un paseo saludable por Madrid Río. **B)** XXIV Semana de los mayores en Usera.

Conclusión

Todos sabemos que el envejecimiento supondrá incrementar las exigencias sociales y económicas con repercusiones en el sistema de protección social y de salud, más evidentes en situaciones de crisis como la actual. Esto impone la necesidad de promover el envejecimiento activo y saludable, y para ello debemos trabajar en red, los servicios sociales y los de salud. Tenemos un buen punto de partida: un convenio y el trabajo que ya se está realizando.

Bibliografía

- Envejecimiento activo: un marco político (2002). *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- Rose, G. (1994). *La estrategia de la medicina preventiva*. Barcelona: Masson.
- Ruiz Jiménez, J. L. (2006). Propuesta de incorporar un servicio de actividad comunitaria en la cartera de servicios de la comunidad. *Comunidad*, 9, 36-37.

Actividades compartidas: jornadas intercentros municipales de mayores de la Dirección General de Mayores y Atención Social (DGMAS)

**M.^a Rosario Méndez Baquero¹, Alba Libertad Fernández Sánchez²
y María Heras Montesinos³**

¹Jefa de la Sección de Centros Municipales de Mayores y Residenciales. DGMAS. Ayuntamiento de Madrid.

²Técnica de la Sección de Centros Municipales de Mayores y Residenciales. DGMAS. Ayuntamiento de Madrid.

³Auxiliar de Servicios Sociales. Departamento de Centros de Día de la DGMAS. Ayuntamiento de Madrid.

Fundamentación

En los últimos años, el proceso del envejecimiento en la población ha experimentado unos cambios notables y ha ido adoptando unas características diferentes respecto a décadas anteriores. La configuración de esta nueva realidad de personas mayores activas, participativas y abiertas a nuevos aprendizajes se debe, entre otros factores, a las mejores condiciones físicas y sociales que disfrutaban en esta etapa de su vida, todo lo cual favorece que lleguen cada vez más vitales a integrarse en el denominado sector de población de «mayores».

Este numeroso colectivo presenta unas demandas específicas de participación y de actividades asociadas a su edad y a su nivel de independencia personal, generadas por el cese de la actividad laboral, por la ampliación de su tiempo libre y por la propia formación personal.

Por lo tanto, resulta especialmente importante facilitar cauces de participación acordes a sus demandas para que los mayores se sientan ciudadanos activos e integrados en los distritos y barrios donde viven.

El Ayuntamiento de Madrid dispone de una amplia red de centros municipales de mayores (CMM) que tienen como fines esenciales *propiciar las relaciones sociales entre las personas mayores y la promoción de actividades socioculturales, ocupacionales y recreativas*.

Actualmente existen *89 CMM en funcionamiento, con 277 022 personas asociadas*, lo que supone más del 40 % de los mayores que viven en Madrid. A estos centros *acuden diariamente más de 25 000 personas*, lo que implica un importante movimiento de personas que están participando, aprendiendo, disfrutando, compartiendo y comunicándose.

Por tanto, los centros municipales de mayores son los *equipamientos más adecuados para dar respuesta a las necesidades, inquietudes y aspiraciones* de este importante y numeroso colectivo de personas mayores.

La oferta de servicios y actividades que se les brinda debe estar pensada para y por los mayores, y debe dar respuesta a los intereses y preferencias de este colectivo.

Finalidad y objetivos

Desde el Departamento de Centros de Día y Residenciales, de la Dirección General de Mayores y Atención Social, del Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales, se realizó el proyecto de las *Jornadas Intercentros Municipales de Mayores, con el que se pretendía propiciar un espacio de encuentro cultural, lúdico y festivo*, donde los socios de los CMM se relacionaran, intercambiaran experiencias y participaran en unas actividades programadas teniendo en cuenta la gran repercusión y aceptación de las mismas por parte de los socios, tales como: certamen de literatura, exposición de pintura, certamen de teatro, y por supuesto, exhibición de baile.

Finalidad

Promover la participación y el intercambio de experiencias entre los socios de los CMM mediante el desarrollo de actividades culturales, artísticas y recreativas.

Objetivos generales

Con la organización de las jornadas intercentros, a su vez, se pretendía valorar el trabajo de los mayores y reconocer la labor que se lleva a cabo en los CMM. En la *programación* de las jornadas intercentros se plantearon los siguientes *objetivos*:

- Fomentar la participación y el intercambio de experiencias entre los socios de los CMM y de los profesionales implicados en el trabajo que se realiza en los CMM, en el desarrollo de las jornadas.
- Promover las relaciones entre los mayores, así como el desarrollo de sus capacidades en diferentes disciplinas, mediante la organización de actividades diversas, tales como certamen de literatura, exposición de pintura al óleo, representaciones teatrales, exhibición de bailes, etc.

Objetivos específicos

- Dar a conocer las obras de arte realizadas por los socios de los CMM para que puedan ser admiradas por el mayor número de personas posible mediante la realización de exposiciones.
- Posibilitar el conocimiento mutuo y la interrelación entre los diferentes grupos de teatro que existen en los CMM.
- Promover nuevas iniciativas para la creación de talleres innovadores a través de la celebración de sesiones de puertas abiertas en los CMM que hayan realizado este tipo de actividades novedosas.
- Posibilitar el conocimiento de las diferentes modalidades de baile que están practicando los socios de los centros.
- Ofrecer un espectáculo de billar protagonizado por socios de los centros que practican habitualmente esta actividad.
- Fomentar la creatividad literaria mediante la convocatoria de un certamen literario en el que las obras presentadas hagan referencia a la ciudad de Madrid.
- Potenciar las actividades realizadas por los mayores durante el desarrollo de la celebración de un acto de clausura de carácter lúdico-festivo.

En la realización de las jornadas se implicó un amplio número de profesionales, coordinadores de los CMM de los distritos, animadores socioculturales y, por supuesto, los propios mayores. A todos ellos gracias, muchas gracias, porque sin su valiosa colaboración no habría sido posible la realización de las jornadas.

Metodología

En la primera fase organizativa de las jornadas se realizaron reuniones previas en las que participaron:

- Técnicos municipales, coordinadores de los CMM.
- Animadores socioculturales.
- Socios de los CMM.
- Miembros de las juntas directivas de los CMM.
- Técnicos del Departamento de Centros de Día y Residenciales.

En estas reuniones se acordó realizar las siguientes actividades:

- Certamen de pintura.
- Certamen literario, modalidad de poesía y relato corto.
- Campeonato de mus.
- Campeonato de billar.
- Concurso de baile.
- Certamen de teatro.
- Talleres innovadores.
- Coro y rondalla.
- Exhibición de taichí.

Para cada certamen y concurso se constituyó un *jurado* para cada disciplina, integrado por socios de los CMM y por personas mayores expertas en la materia, que colaboraron voluntariamente en el asesoramiento de las *bases de los concursos y certámenes*, así como en el desarrollo de cada uno.

Número de participantes en esta fase (tabla 1):

- Número de distritos: 21.
- Número de CMM: 68.
- Número de participantes: 276.

Las I Jornadas intercentros se realizaron del 28 de mayo al 13 de junio en 2009, y las II Jornadas del 24 al 28 de mayo de 2010.

Tabla 1. Relación de actividades y usuarios participantes en las jornadas intercentros, así como número de distritos y centros municipales de mayores (CMM)

Participantes en las jornadas intercentros de mayores			
Actividad	Distritos	CMM	Participantes
Pintura	20	31	79
Literatura	19	25	63
Mus	15	15	30
Billar	14	14	14
Baile	20	61	147
Teatro	22	22	221
Talleres innovadores	4	4	43

Las actividades se realizaron en diversos CMM, con gran expectación de los socios, que de esta manera visitaban otros centros y tenían la oportunidad de relacionarse entre sí.

Para las exposiciones de pintura se optó por centros culturales, con la finalidad de que fueran visitadas por un amplio número de personas.

Todas las obras originales presentadas en el certamen literario se editaron, y se distribuyeron ejemplares del libro en los CMM.

Las obras teatrales se representaron en distintos CMM, y se confeccionó un programa de las representaciones que se difundió entre los centros; se posibilitó la asistencia de los socios mediante transporte gratuito.

Tanto el concurso de bailes como la exhibición de los mismos, realizada en centros de mayores y en el centro cultural, respectivamente, tuvo una gran acogida por parte de todos los mayores.

El coro, la rondalla y el grupo de taichí participaron en los actos de inauguración y clausura de las jornadas.

Al acto de clausura de las I Jornadas acudieron 600 personas, y durante su celebración se entregaron los premios a los ganadores de los concursos y certámenes.

En el acto de clausura de las II Jornadas, al que acudieron 500 personas, se entregó una placa conmemorativa a las persona participantes en las actividades de mayor

edad, y se obsequió a todos los asistentes con un ejemplar del libro *Certamen literario*, con todos los trabajos literarios presentados en el certamen.

Datos cuantitativos de participación:

- Número de distritos que han participado: 21.
- Número de CMM participantes: 67.
- Número de participantes: 873.
- Número de asistentes totales: 2 407.

Conclusiones

Finalmente, concluir que el desarrollo de las actividades programadas en las jornadas se cumplieron de acuerdo con los objetivos marcados. *Se alcanzó un alto número de participantes* en todas las actividades.

Se fomentó el intercambio de experiencias entre los socios de los CMM a través de las visitas a distintos CMM, bien al visitar los talleres innovadores, bien al actuar o participar en las distintas actividades.

Se propició un espacio lúdico y de encuentro entre los socios de los CMM, en los actos de inauguración y de clausura, con la asistencia a los mismos de más de 1 450 personas.

Los *mayores* han manifestado un *alto grado de satisfacción* por la realización de ambas jornadas intercentros, lo que les ha permitido conocer otros CMM, establecer lazos de relación con otros socios, intercambiar experiencias y colaborar entre sí en la propuesta de nuevas actividades. Tal es así que de las jornadas ha surgido la iniciativa «La voz del teatro», experiencia a la que se accede a través de la página web «La voz de la experiencia», con la que grupos de teatro formados por socios de los CMM, con vocación artística, que tienen un amplio repertorio de obras teatrales, pretenden darse a conocer y representar sus obras de teatro en los diferentes CMM.

Actualmente, hay cinco grupos de teatro de los distritos de Arganzuela, Latina, Retiro, Salamanca y Tetuán, incluidos en la «La voz del teatro», y ya se han iniciado los primeros contactos e intercambios de representaciones teatrales de CMM, con muy buena acogida y con ánimos para seguir actuando.

Comunicaciones libres

Influencia de las caídas domiciliarias en el grado de dependencia funcional de las personas mayores

**E. Fernández Pineda¹, A. Palacios Garay², I. Blanco Duro²
y T. Ortiz Urbanos²**

¹Responsable del Centro de Atención del Servicio de Teleasistencia de ASISPA. Madrid.

²Operador del Centro de Atención del Servicio de Teleasistencia de ASISPA. Madrid.

Introducción

En España, cada año, un 30 % de las personas mayores de 65 años sufre una caída, y el 50 % de quienes se caen, lo hacen de nuevo durante el año siguiente.

Las caídas suponen el aviso de emergencia sanitaria más frecuentemente atendido desde los servicios de teleasistencia domiciliaria (TAD), y requieren la activación de recursos especializados para su atención. Durante el año 2010, el servicio de TAD de ASISPA atendió a un total de 44 290 usuarios e intervino en un total de 3 364 caídas. La atención directa de dichas caídas ha permitido constatar las implicaciones que las caídas tienen en la salud, en su afectación física, psicológica y social de los usuarios, y ello impulsó la idea de llevar a cabo una investigación que facilitara una información base sobre la que poder articular, en un futuro, medidas preventivas.

Objetivos

1. Definir el perfil de la persona que sufre caídas.
2. Describir los factores ambientales que influyen en el evento.
3. Demostrar la influencia de las caídas sobre el grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Metodología

El número de *participantes* ha sido de 122, usuarios del servicio de TAD y mayores de 65 años. Este tamaño muestral garantiza una representatividad de la población objeto del estudio, con un nivel de confianza (NC) del 95 % ($K = 1,96$ y $e = 10\%$).

Los participantes se han distribuido en dos grupos, de 61 usuarios cada uno:

- *Grupo caídas*: usuarios que han sufrido una primera caída en sus domicilios (para descartar una normalización y, por tanto, una disminución en la influencia del evento), siempre que como consecuencia de la caída no se hubiera producido un traslado a un centro asistencial sanitario y/o la movilización de servicios sanitarios de emergencia (para evitar centrar la influencia en el aspecto físico, teniendo así en cuenta una influencia global de factores).
- *Grupo control*: usuarios que no han sufrido caídas, elegidos aleatoriamente.

En el estudio hemos distinguido dos *áreas diferenciadas*:

1. Un *área descriptiva*, que contempló variables intrínsecas (propias de la persona) y extrínsecas (factores ambientales), con capacidad de influencia en la ocurrencia de la caída. Se empleó para ello el expediente sociosanitario de los usuarios, un cuestionario de evaluación ambiental domiciliario y un cuestionario de caracterización de caídas.
2. Un *área estadísticamente inferencial*, con una variable independiente (la ocurrencia de caída) y una variable dependiente (el grado de autonomía funcional, estimada por la puntuación obtenida en el test de Barthel, publicado en 1965 por Mahoney y Barthel).

La hipótesis inicial ha sido la influencia de la variable independiente de forma correlacional negativa sobre la variable dependiente.

A los usuarios se les pasó el test de Barthel en dos momentos: al inicio de la prestación del servicio de TAD y tras sufrir la caída, en un plazo máximo de los diez días posteriores a la misma. A los usuarios del grupo control el segundo test se hizo transcurrida una distancia temporal aleatoria del primero.

Resultados

El *perfil de las personas* que más frecuentemente sufrieron caídas fue el de mujer mayor de 80 años (en correspondencia con el perfil mayoritario de usuario de TAD). Destaca

el hecho de que un 64 % de los usuarios caídos vivían acompañados (lo cual no corresponde con el perfil de TAD), y además contaban con el apoyo de otros recursos sociales, principalmente del servicio de ayuda a domicilio (62 %).

En el momento de sufrir la caída, más de un 75 % de los usuarios tenía prescripción facultativa de seis o más tipos de medicamentos diferentes diarios, de modo que la polifarmacia se perfiló como un factor relevante en las caídas. La mayor parte de los usuarios (82 %) no tenía diagnosticado ningún tipo de demencia en el momento de la caída.

Las *variables extrínsecas* más relevantes son las que se exponen a continuación.

El momento del día más frecuente de ocurrencia de caídas es la noche (de las 22.00 a las 9.00 h), con un 39,34 %, y la tarde (de las 14.00 a las 22.00 h) es cuando se constata la menor frecuencia, con un 27,87 %.

El lugar más frecuente de caídas es el dormitorio (47,5 %), seguido del salón y los pasillos (16,4 %). El baño y la cocina son los lugares con menor frecuencia (fig. 1).

La acción previa que realizaban los usuarios antes de caerse era desplazarse (39,34 %) y en segundo lugar levantarse o reclinarse en la silla o de la cama. Las acciones previas menos frecuentes han sido dormir, asearse, bañarse o ducharse (fig. 2).

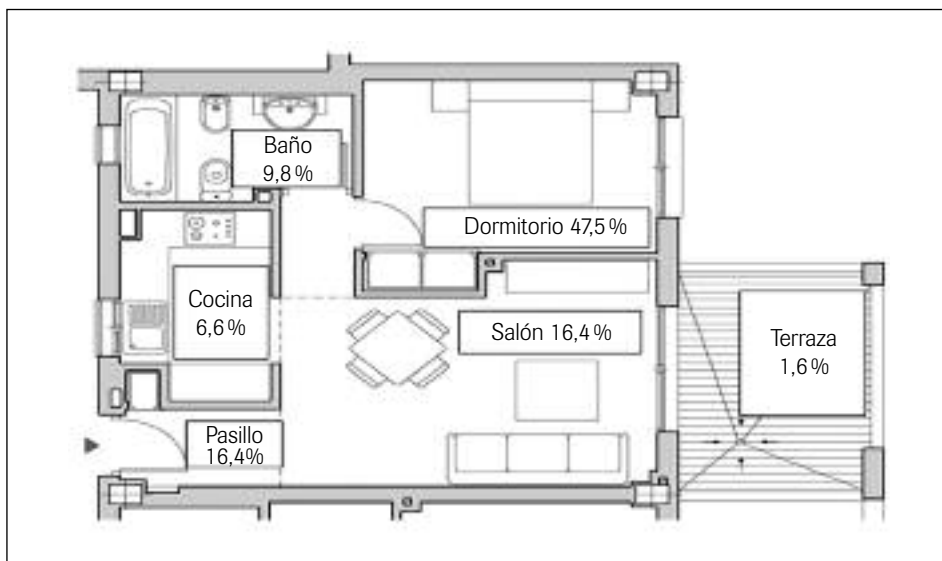


Figura 1. Distribución de las caídas en las estancias domiciliarias.

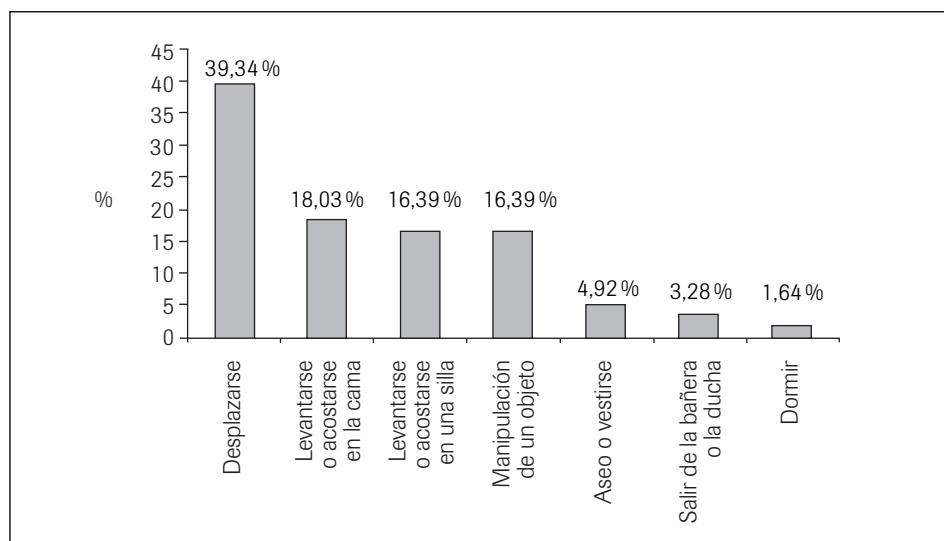


Figura 2. Actividades previas al momento de la caída.

Ante la pregunta directa a los usuarios sobre el motivo que causó la caída, el mayor porcentaje, un 36,07 % la atribuyó a la casualidad (tropiezo, resbalón). Un 82 % de los usuarios empleaba habitual y/o esporádicamente ayudas técnicas para el desplazamiento, y la causa menos frecuente atribuida a la caída fue un fallo en los medios técnicos (8,20 %).

Los *resultados obtenidos* de la influencia de las caídas en el grado de autonomía se exponen a continuación.

La comparación de la puntuación obtenida en los índices de Barthel (pretest y posttest), en el grupo de sujetos que vivieron una caída, permite concluir que hay una diferencia significativa (aplicando el estadístico de la t de Student), con un NC del 95 %. El valor medio del posttest, 69,2 ($S = 24,8$) es inferior al valor medio de las puntuaciones del pretest, 80,4 ($S = 19$), por lo que se constata un decremento porcentual del 13,8 %, que es superior al 3,2 % del grupo control (fig. 3).

Las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en el posttest respecto al pretest, entre los grupos caída y control, objetivan resultados estadísticamente significativos, de modo que los sujetos que han experimentado caídas presentan una mayor disminución en la puntuación que los sujetos del grupo control.

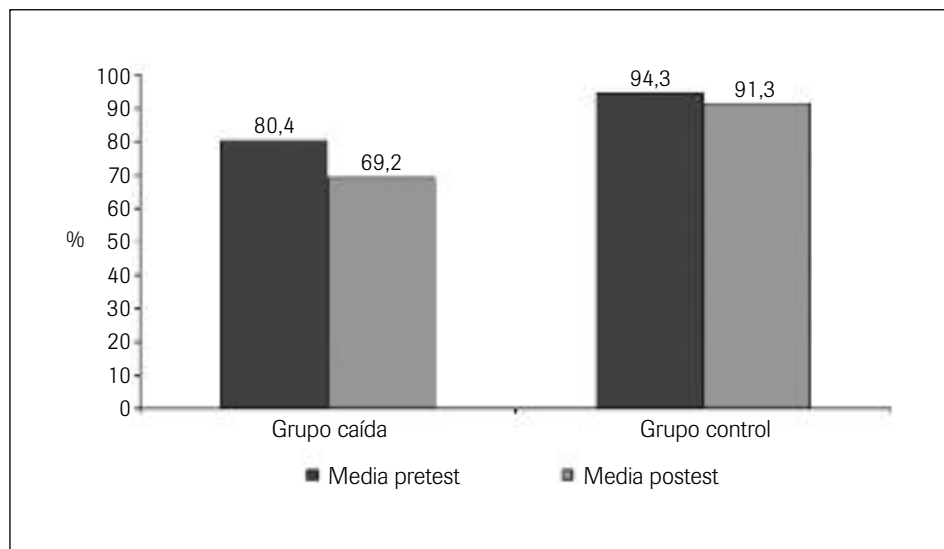


Figura 3. Comparativa de las puntuaciones de Barthel en los grupos caída y control.

Estos resultados permiten asegurar que los sujetos que han sufrido una caída, padecen una pérdida del grado de autonomía mucho mayor que los sujetos que no han vivido este evento.

El mayor grado de afectación en la autonomía se produjo en aquellos usuarios que inicialmente tenían una puntuación Barthel de entre 66 y 90 puntos.

Las ABVD más afectadas fueron las relacionadas con la movilidad, y la que lo fue en mayor medida fue subir o bajar escalones (13,21 %).

Conclusiones

La caída produce un aumento en la dependencia funcional de la persona mayor que la padece. La ocurrencia de la caída se correlaciona tanto con factores de la persona (edad, medicación, convivencia, etc.) como con factores ambientales (dormitorio, nocturnidad, desplazamientos, etc.).

Conociendo quien tiene más probabilidad de caerse, y que, de hacerlo, se verá más afectado por el evento, cabe realizar una prevención primaria que reduzca el número de caídas, y una prevención secundaria que mitigue los efectos de las mismas, de una forma normalizada y protocolizada, desde un abordaje multidisciplinar, no sólo de los profesionales de diferentes servicios, sino también del entorno social del mayor.

«La desesperanza está fundada en lo que sabemos, que es nada,
y la esperanza sobre lo que ignoramos, que es todo».

Maurice Maeterlinck (1862-1949)

Bibliografía

- Béland, F., y Zunzunegui, M. V. (1995). El perfil de las incapacidades funcionales de las personas mayores. *Revista de Gerontología*, 5, (4), 232-244.
- Bazo, M. T. (1991). Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico. *Reis*, 53, 149-164.
- Carrillo, J.M., y Collado-Vázquez, S. (2006). Caídas en los ancianos. *Jano*. nº 1.605.
- Da Silva Gama, Z.A., Gómez Conesa, A., y Sobral Ferreira M. (2008). Epidemiología de caídas de ancianos en España, una revisión sistemática, 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 43-46.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2011). *Indicadores demográficos básicos- consultado año 2010* (en línea). [acceso 30/03/2012]. Disponible en: www.ine.es
- Mahoney, F.I., y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med*, 14, 61-5.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría general de política social y de consumo. IMSER-SO. *Encuesta a mayores 2010* (en línea). [acceso 30/03/2012]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf
- Servicio de Teleasistencia de ASISPA (2011). *Memoria anual 2010*. Madrid.

Proyecto KND, nuevas herramientas y nuevos estilos terapéuticos

**J.M. Cabello Neila¹, M. Cabello Herranz², A. Caba Rubio²,
M. Dávila Calvo³ y S. Angulo Díaz-Parreño⁴**

¹Director Centro. ASISPA. Madrid.

²Fisioterapeuta. ASISPA. Madrid.

³Terapeuta Ocupacional. ASISPA. Madrid.

⁴Estadístico. ASISPA. Madrid.

Introducción

La dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o pérdida de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria, o en su caso las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Considerando la dependencia como un fenómeno relacionado de forma directa con el envejecimiento patológico o extremo (mayor esperanza de vida), se prevé una *ratio* cada vez mayor de dependientes sobre el total de la población. En el contexto actual se debate sobre la carga social que conlleva este fenómeno.

El impacto de una población progresivamente envejecida se puede contrarrestar con una mejora de la calidad de vida y el desarrollo de hábitos de vida más saludables entre la población mayor que influirán en una *menor prevalencia de enfermedades crónicas o discapacidad importante*. Asimismo, sobre las personas con enfermedades neurodegenerativas o daño cerebral adquirido, se puede influir en su grado de dependencia diseñando actividades y tratamientos para *mejorar su autonomía*.

La atención sociosanitaria, además de un componente básico del bienestar social, es un factor de futuro, con amplias oportunidades de trabajo y desarrollo, desde servicios médicos avanzados, teleasistencia, servicios terapéuticos y asistenciales, hasta la aportación a industrias del sector farmacéutico, telemedicina, aplicaciones de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), domótica, etc. En este sentido, las nuevas tecnologías abren un campo de investigación innovador en el cual encontrar recursos que se adapten a las necesidades de esta población.

La aparición del dispositivo Kinect para la plataforma Xbox 360, en la que los usuarios interaccionan con el videojuego a través del movimiento corporal, permite la adaptación fácil de una nueva tecnología al diseño de actividades asociadas al ocio dirigido y terapéutico. Este tipo de herramienta puede mejorar la autonomía del paciente o usuario en su vida diaria facilitando la rehabilitación funcional a la vez que la tarea profesional de apoyo.

Objetivos del estudio

Probar la eficacia de una herramienta como Kinect para conseguir mejoras en la función y calidad de vida de personas dependientes, verificar su uso terapéutico (a nivel cognitivo y funcional) y/o lúdico en la población diana y delimitar lo máximo posible la población susceptible de beneficiarse de esta nueva plataforma).

Metodología

Se realiza un estudio comparativo antes y después de la intervención tras someter durante 1 mes al método de entrenamiento (RETAD) junto a la herramienta Xbox 360 con dispositivo Kinect a una muestra de 89 sujetos (25 hombres y 64 mujeres), con una media de 76,32 años (desviación típica de 10,97 años).

Observando el grado de deterioro global, la muestra ofrece un 16 % de pacientes con una puntuación de 6 en la Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg, un 30 % con GDS 5, un 15 % con GDS 4, un 7 % con GDS 2 y un 28 % con GDS 1.

La muestra de individuos se recoge de dos centros integrados municipales, tres centros de día y usuarios del servicio de ayuda a domicilio y teleasistencia y, para medir el impacto se utilizaron escalas de medición del nivel funcional y cognitivo y, encuestas *ad-hoc* de satisfacción para usuarios y profesionales.

Resultados

La población escogida mostraba diferentes situaciones y diagnósticos que podían influir en sus capacidades, por lo que, acotando al mínimo la variabilidad, se obtuvieron de la muestra varios grupos para la interpretación de los resultados (fig. 1).

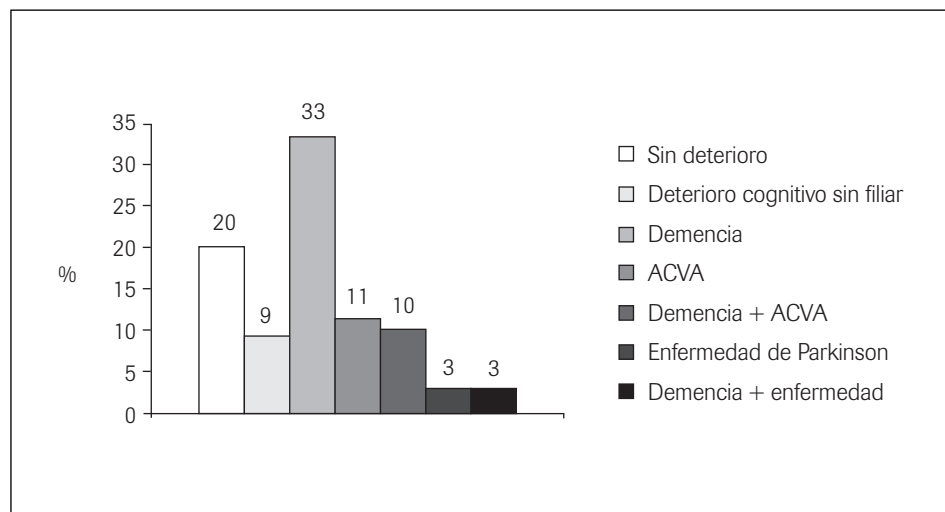


Figura 1. Diagnósticos de la población estudiada.

ACVA: accidente cerebrovascular agudo.

De la interpretación estadística simple se obtuvieron los siguientes resultados a nivel funcional y cognitivo:

- Percepciones: gnosias, praxias e integración del aprendizaje; mejora un 54 % y no mejora un 46 % (fig. 2).
- Capacidades cognitivas: lenguaje, atención y memoria; mejora un 56 % y no mejora un 44 % (fig. 3).

Cuando se aborda el desempeño general de la actividad, aplicando la escala EDITO (escala para el desempeño individual en talleres ocupacionales), se observa una mejora en el 76 % de los individuos, y se mantiene en un 18 %.

Al observar la funcionalidad de cada individuo antes y después de la intervención con el método RETAD y la herramienta de reconocimiento de imagen Kinect, el 25 % mejoraba en su equilibrio estático al manipular los juegos, y mantenía esa capacidad el

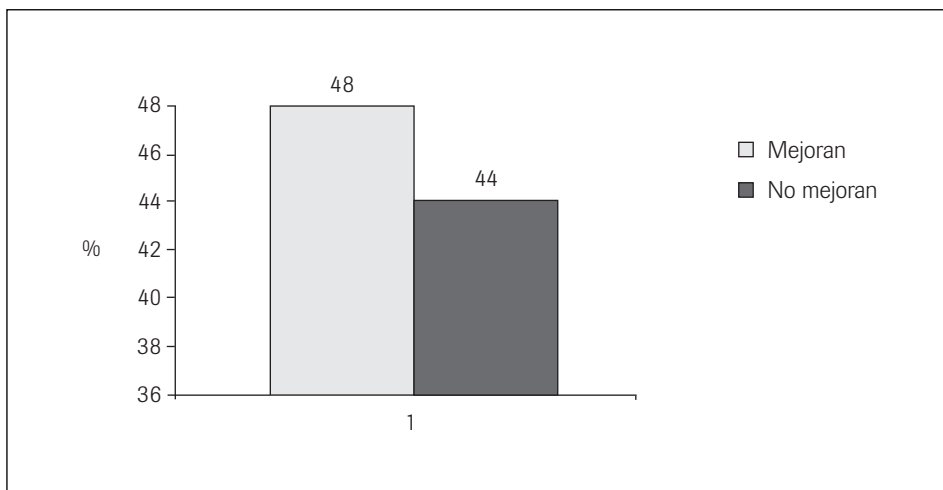


Figura 2. Porcentaje de mejoría de las percepciones.

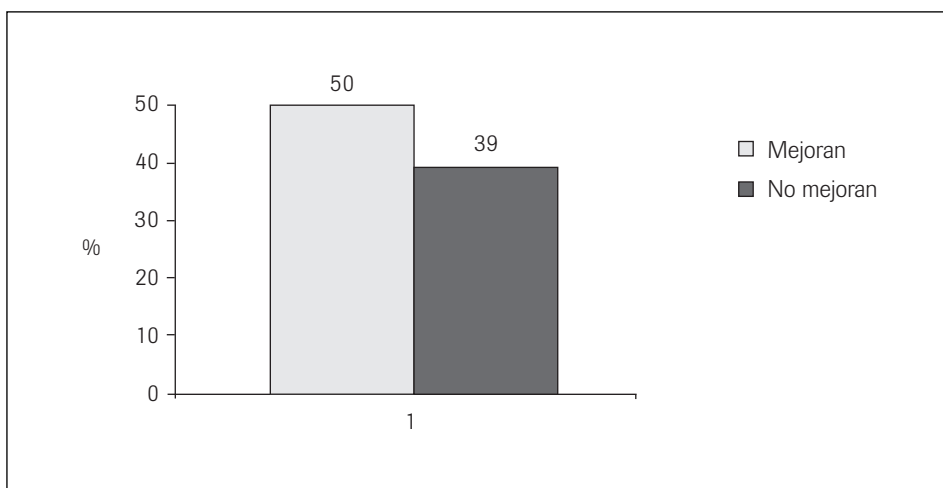


Figura 3. Porcentaje de mejoría de las capacidades cognitivas.

75%. En el caso del equilibrio dinámico, la mejoría se observaba en el 25% de la muestra, y se mantuvo en el 75%. También en la coordinación general, el 45% de los sujetos mostraba mejoría, dato de gran importancia para entender la adaptación al sistema de interacción con la máquina de videojuegos.

De todos aquellos sujetos a quienes por su capacidad cognitiva se les pudo preguntar por su grado de satisfacción para utilizar la máquina en las sesiones de ocio terapéutico, el 100 % (19) recomendaría a otros mayores utilizar esta máquina, y a un 90 % (17) le gustaría volver a jugar con ella.

Conclusiones

1. La posibilidad de mejora en un mes de entrenamiento con el método y utilizando la herramienta Xbox 360-Kinect es real en la población diana del estudio.
2. Las posibilidades de mejora son tanto a nivel funcional como cognitivo.
3. Aquellos usuarios con capacidad para responder razonadamente al entrevistarles muestran claramente su agrado por la utilización de la máquina.

Productos de apoyo para mantener activos a nuestros mayores

M.M. Yubero López¹ y J.P. Maté Rodríguez²

¹Terapeuta ocupacional. Centro de Día Municipal de Vicálvaro. Madrid.

²Fisioterapeuta. Centro de Día Municipal de Vicálvaro. Madrid.

Introducción

Existe la tendencia de calificar a una persona como «vieja» cuando alcanza los 65 años, y en ese momento no sólo se sufre un cambio en la «edad cronológica», sino también en la «edad biológica, psicológica y social». Por lo tanto, el envejecimiento es un proceso adaptativo, lento y continuo que supone una serie de modificaciones biológicas, psicológicas y sociales.

En la actualidad existe una serie de recursos para personas mayores (centros de día, centros de mayores, centros especializados, etc.) que tienen, entre otras, la finalidad de mantener activa a la persona el mayor tiempo posible dentro de su entorno social más cercano. En algunas ocasiones, para cumplir este objetivo se necesitarán una serie de dispositivos o productos de apoyo.

Productos de apoyo

El concepto de «productos de apoyo» sustituye al de «ayudas técnicas», en aplicación de la norma UNE-EN ISO 9999. Por definición, es cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología y *software*) fabricado especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación (según el Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas, CEAPAT).

Material y método

Clasificación

Analizando los productos de apoyo frecuentemente utilizados por los mayores en los centros de día, podemos hacer una clasificación basada en los diferentes productos que se exponen a continuación.

Productos de apoyo para alimentación

- Plato hondo: cuenta con un reborde que impide que se salgan los alimentos fácilmente.
- Tabla con pincho: tabla con tacos antideslizantes para evitar deslizamientos. En la base lleva un rallador, un pincho y unos topes para facilitar la manipulación de los alimentos durante la preparación de comidas.
- Vaso con tapa y asas: permite el agarre con ambas manos y evita que se derrame el líquido. Facilita la toma de bebidas para personas con problemas de atragantamiento y temblores en los miembros superiores.
- Cuchillo Nelson: cuchillo basculante acabado en tenedor que permite cortar y pinchar alimentos en un mismo utensilio.
- Cubiertos de mango grueso: provistos de un mango cilíndrico de goma y de ranuras que facilitan el agarre incluso mojados.

Productos de apoyo para el aseo

- Esponja de mango largo: con mango de unos 45 o 70 cm y de material antibacteriano; está indicado para personas con limitaciones articulares a nivel de la cadera, el tronco y los miembros superiores e inferiores.
- Peine de mango largo: dispositivo para arreglar el cabello, válido para reemplazar o compensar el brazo, la mano y/o los dedos.

Productos de apoyo para el vestido

- Palo de vestido: dispositivo con un gancho en un extremo que resulta de ayuda para colgar o descolgar prendas y para facilitar el vestido a personas que tengan una movilidad articular reducida de los miembros superiores y/o inferiores.

- Calzador de mango largo: dispositivo para ayudar a una persona a ponerse o quitarse el calzado.
- Calzador de medias y calcetines: aparato que consta de una pala curvada flexible y dos cordones que se pueden cortar y rematar en un nudo y que sirve de ayuda para ponerse los calcetines o las medias.
- Abrocha-botones y subidor de cremalleras: dispositivo de unos 15 cm con un pequeño gancho en un extremo y un arco curvado en el otro. El primero sirve para subir o bajar cremalleras y el segundo para abrochar botones.
- Pinza alargadora: dispositivo para alcanzar objetos de unos 90 cm con una empuñadura en un extremo y unas pinzas antideslizantes en el otro.

Productos de apoyo para la deambulación

- Bastón: es preferible que cuente con la empuñadura anatómica. Puede regularse en altura y debe quedar a la altura de la cadera.
- Muletas: habitualmente tienen un agarradero, que debe estar a la altura de la cadera, y un apoyo para el antebrazo. Se usa cuando existe un problema de miembro inferior unilateral.
- Trípode: más estable que las muletas o el bastón y menos que el andador. Es una opción indicada para personas con desequilibrio importante que no precisen andador.
- Andador: indicado para situaciones de desequilibrio o peligro de caída evidentes. Producen bastante dependencia y adelantan el centro de gravedad.

Metodología

Como método de trabajo en el reentrenamiento de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) mediante los productos de apoyo, se plantean los siguientes pasos:

- Valoración desde el departamento de fisioterapia y terapia ocupacional de las dependencias que el usuario presenta, sus limitaciones articulares y musculares, y las capacidades cognitivas y sociales que el usuario tiene para desenvolverse en su día a día.
- Establecer los objetivos y la planificación de actividades que se van a realizar (principalmente las relacionadas con la deambulación, la alimentación, el aseo y el vestido).

- Prescripción de los productos de apoyo necesarios para desempeñar de forma autónoma e independiente la realización de las ABVD.
- Enseñar y/o reentrenar en el manejo de los productos de apoyo pautados, de modo que el fisioterapeuta se encargue de los relacionados con la deambulaci3n y el terapeuta ocupacional de los relacionados con la alimentaci3n, el aseo y el vestido.

Resultados y conclusiones

Los objetivos del uso de los productos de apoyo para mantener activos a los mayores son:

- Mejorar su calidad de vida.
- Ofrecer diferentes actividades para mantenerlos activos en la sociedad.
- Potenciar su independencia y autonomía en la realizaci3n de las ABVD.

Una vez cumplidos estos objetivos, se puede apreciar que los beneficios obtenidos por los mayores como consecuencia del uso y reentrenamiento de los productos de apoyo son enormes. Los mayores son m3s independientes y aumentan su autoestima, pues no dependen de nadie para llevar a cabo muchas de las actividades que podían hacer antes de haber tenido las limitaciones propias de la edad.

Se ha confirmado que el uso de alguno o muchos de estos productos de apoyo posibilita que nuestros mayores puedan realizar una vida m3s normal de la que llevarían con las limitaciones propias de la edad, lo que les permite relacionarse e interaccionar m3s con familiares, amigos y el resto de la sociedad, y mejorar, por lo tanto, su calidad de vida.

Desde nuestra experiencia profesional consideramos beneficioso para nuestros mayores que este planteamiento se realizara tanto en los centros de mayores como en cualquier otro recurso destinado a este colectivo para conseguir una mayor autonomía, independencia y mejora en la calidad de vida de los usuarios, pero siempre bajo la supervisi3n de personal cualificado para ello. «Así crearemos mayores jóvenes».

«DialogArte filosófico» o cómo el diálogo filosófico nos ayuda a envejecer activamente

A. García Vázquez y C. Bengoechea Bernal

Socias fundadoras del Centro Sofía, Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social. Madrid.

Introducción

¿Pueden filosofar las personas mayores? ¿Cómo contribuye a mejorar sus vidas y la manera de envejecer? ¿Tiene alguna relación la filosofía con el envejecimiento activo?

Estas cuestiones son las que quisimos responder y, para ello, realizamos un proyecto piloto en dos centros de día del Ayuntamiento de Madrid durante el primer trimestre del año 2011 en colaboración con la Dirección General de Mayores de Madrid. Se trataba de una experiencia inusual, aunque no del todo nueva, porque consistía en tomar de la filosofía lo más antiguo y propia de ella, la acción de filosofar a través de diálogos filosóficos, y devolverla de nuevo a la calle, en concreto a cuatro grupos de personas mayores. «DialogArte filosófico» fue el nombre de este taller que llevaba «el filosofar» dos veces por semana a cada uno de los grupos de los centros de día de Peña Grande y Fray Luis de León.

Objetivos

Como hemos comentado anteriormente, este proyecto trataba de averiguar si los talleres de diálogo filosófico tendrían un impacto positivo en este colectivo y si su aplicación era posible con los protagonistas de este artículo. Por otro lado, y como objetivos más específicos, perseguimos los siguientes:

- Que el grupo se conociera: no es nada nuevo decir que los usuarios de los centros de día, aunque comparten el mismo espacio, no siempre tienen la oportunidad de conocerse, de relacionarse entre sí de manera constructiva.
- Que los participantes interiorizaran la estructura del taller.
- Que se incrementara la sensibilidad hacia las manifestaciones artísticas.
- Que se desarrollaran los pensamientos crítico, creativo y cuidadoso, al igual que las habilidades sociales, comunicativas, de pensamiento y afectivas correspondientes.
- Que se fomentara el diálogo filosófico en comunidades de investigación.

¿Qué es el diálogo filosófico?

En el diálogo tratamos de comprender lo que los otros dicen, pero también llevamos a cabo críticas constructivas, vamos más allá de nuestras propias opiniones o las de los demás y pretendemos reflexionar conjuntamente y construir cooperativamente. ¿Qué construimos? Nuestras propias creencias, pero sobre argumentos que podemos expresar a los otros. No todo vale, hay que dar buenas razones de lo que pensamos, y para lograrlo hay que saber primero lo que uno piensa y permitir que las otras personas nos ayuden a cuestionar lo que pensamos y a dar un paso más, elaborando los argumentos pertinentes. Por eso, el diálogo filosófico es un acto metacognitivo y radical; metacognitivo en la medida en que tenemos que hacer un esfuerzo por ser conscientes de lo que pensamos y cómo lo hacemos, para mejorar los procesos del propio pensamiento; y radical en el sentido de que nos comprometemos con un cuestionamiento de los últimos presupuestos y hasta las raíces mismas de los problemas que tratamos.

El diálogo filosófico en comunidades de investigación logra trabajar lo que se llama las tres «c» del pensamiento: el pensamiento crítico, porque hay una exigencia de dar razones y buscar criterios, de adecuarse a las reglas de la lógica en la argumentación, de buscar un suelo fiable de aquello que afirmamos; el pensamiento creativo, porque toda problemática nos obliga a buscar alternativas, a crear nuevas opciones, a pensar en lo que antes veíamos como imposible para abrir nuevos caminos de acción o de comprensión; el pensamiento cuidadoso, en su doble sentido, porque por un lado, tenemos que atender a nuestros propios procesos mentales, cuidando que no estén viciados, a saber, contaminados con falsas creencias y pensamientos destructivos que dañan nuestra autoestima y distorsionan nuestro autoconcepto y autoimagen, cuidando que el acto del pensar sea correcto, al margen del contenido de ese pensar, y, por otro lado, porque debemos cuidar a los otros, eligiendo bien las palabras, el tono, el lenguaje no verbal con el que dialogamos con los otros participantes, porque los otros también son personas que necesitan ser tratadas con respeto y consideración.

Metodología

«DialogArte filosófico» hace referencia a la combinación entre el diálogo filosófico en comunidades de investigación con la utilización de diversas manifestaciones artísticas, con el fin de provocar una movilización en nuestro pensamiento y cuerpo. Teniendo en cuenta este eje, la estructura de las sesiones era la siguiente:

- Se comenzaba entrando en contacto con alguna actividad que tuviera que ver con el arte: una lectura de un texto con una fuerte carga filosófica, de manera que pudiera dar «sustancia» al diálogo que vendría después, removiendo así nuestras creencias; una lámina de arte, jugando a esconder partes de ella y tratar de averiguar lo que habrá detrás, trabajando la diferencia entre interpretar y describir, creando nuevas alternativas a lo que vemos, intentado descubrir más sensaciones que las que habitualmente tenemos si no dedicamos suficiente tiempo al cuadro; alguna pieza de música; el trabajo con la arcilla a través de alguna consigna conceptual del tipo «plasma en este trozo de arcilla lo que es para ti la bondad» y volviendo a experimentar con la creación de los otros; la visión de un cortometraje; etc.
- Después de este movimiento que nos provoca el arte y que no se centra exclusivamente en la razón, sino que engancha con las emociones, con nuestro cuerpo, con los sentimientos, llegaba el momento de hacer que el lenguaje verbal entrara en escena. Los participantes tenían que lanzar al grupo preguntas que les hubiera sugerido la experiencia anterior y, posteriormente, seleccionar una de ellas para comenzar el diálogo.

¿Por qué comenzar con una pregunta y no una afirmación? Porque las preguntas abren la reflexión, las preguntas, si son realmente preguntas abiertas y no falsas preguntas o preguntas cerradas, nos invitan a pensar, a zambullirnos en una investigación para tratar de alcanzar alguna respuesta a eso que se nos plantea como un problema.

- Se inicia el diálogo filosófico. En este punto era más importante que nunca el papel de la facilitadora, quien se encargaba de lograr que lo que comenzaba siendo una charla o un debate llegara a ser un verdadero diálogo filosófico. ¿Cómo? provocando el cuestionamiento de las creencias a través de preguntas, solicitando ejemplos, contraejemplos, criterios, consecuencias, pidiendo que se explicitaran supuestos, etc.
- Al finalizar, volvíamos a realizar un acto metacognitivo, dedicando un espacio para recordar cómo y en qué habíamos pensado. Por último, les pedíamos explicitar qué aplicación tenía el taller en su vida cotidiana.

Resultados

Al ser una actividad voluntaria, nos pareció pertinente conocer el indicador «participación», lo cual nos podía mostrar una información significativa. Constatamos con ello que 51 de los 53 participantes manifestaron un claro interés y participaron en las sesiones, sólo dos de ellos decidieron dejar de asistir un día, aunque se reengancharon el siguiente.

Por otro lado, quisimos conocer su percepción subjetiva sobre el proceso. Para ello, les pasamos un test con preguntas sobre si se habían replanteado sus ideas, si habían creado alguna nueva, si se respetaba más el turno de palabra, si se respetaban más ahora, si se había provocado que pensarán más, si consideraban que se había facilitado el diálogo entre ellos, etc. La respuesta fue mayoritariamente positiva en todos los casos (fig. 1).

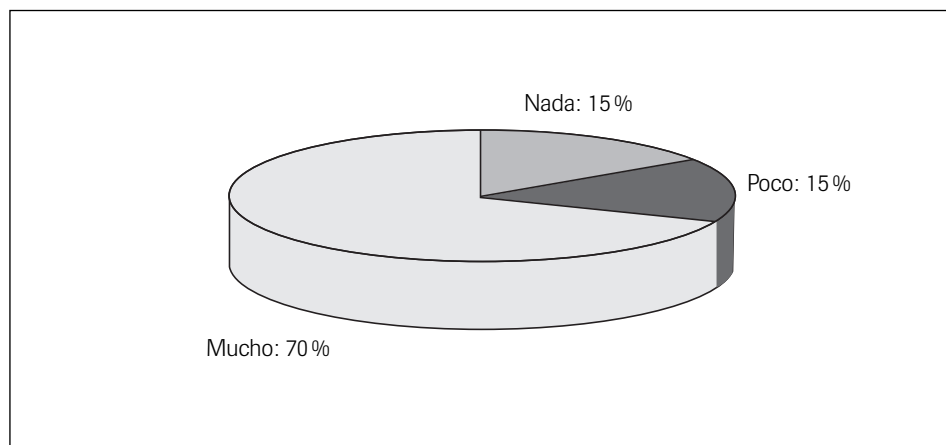


Figura 1. Resultados obtenidos a la pregunta «¿La actividad ha cambiado en algo su vida?» En el gráfico se expresa la media resultante de la respuesta de los cuatro grupos.

En este mismo test les invitábamos a que realizaran los comentarios que desearan sobre la actividad. Gracias a ello, descubrimos opiniones como las siguientes: «Han sido conversaciones muy interesantes», «Estoy muy a gusto, estoy muy alegre, me da la vida», «Aunque no sé filosofar, ha habido algo con los diálogos, y antes no dialogábamos tanto», «Le han dado más opción de expresar su voluntad, su manera de ser», «Que hablo mucho y yo soy de pocas palabras», «Facilidad para pensar y adivinar lo que se quiere decir», «Me he sentido más querida», etc.

Por último, comprobamos si se habían conseguido los objetivos específicos planteados al principio y constatamos, gracias a las respuestas dadas por ellos y a nuestra observación, que se conocían mejor, sabían en qué consistía el taller y el diálogo filosófico y, en mayor o menor medida, se habían desarrollado las tres «c» del pensamiento.

Conclusiones

En el *Libro blanco sobre el envejecimiento activo* se habla de la importancia de desarrollar «competencias para la vida, como por ejemplo: competencias para el autoconocimiento y la autovaloración, la creatividad personal, la relación y la participación en contextos sociales, la búsqueda y el examen crítico de información, observación y análisis del entorno, la adquisición de conocimientos y habilidades científicas y culturales, la participación en la propia identidad cultural y social, la aceptación de las diferencias y discrepancias, saber cómo aprender, la comprensión de los cambios sociales e individuales, la utilización de las nuevas tecnologías, el mantenimiento de autonomía personal y la autoestima» (p. 290), así como la metacognición. Todas estas competencias permiten que el envejecimiento activo sea una realidad. Con el diálogo filosófico en comunidades de investigación se trabaja de manera directa sobre todo ello, haciéndolo de una manera lúdica y cooperativa. Con este proyecto pudimos comprobar que no sólo es posible que los mayores filosofen, sino que, además, es necesario hacerlo para colaborar en el objetivo de conseguir que envejezcan de forma activa, contribuyendo al desarrollo de su ciudadanía, sintiéndose más personas y disfrutando de acciones más humanas y humanizantes, y de paso educativas.

Bibliografía

- García Moriyón, F. (2006). *Pregunto, dialogo, aprendo*. Madrid: Ed. de la Torre.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2011). *Libro blanco del envejecimiento activo*. Madrid: IMSERSO.
- Lipman, M. (2001). *Pensamiento complejo y educación*. Madrid: Ed. de la Torre.
- Mercer, N. (2001). *Palabras y mentes. Cómo usamos el lenguaje para pensar juntos*. Barcelona: Paidós.

«Activándonos»

C. Rodríguez Gutiérrez¹ y M. de Miguel Sánchez²

¹Psicóloga. Centro de Día especializado en Alzheimer San Crispín (SARquavitae). Madrid.

²Coordinadora. Centro de Día especializado en Alzheimer San Crispín (SARquavitae). Madrid.

Introducción

La exposición de esta comunicación se realizó en formato vídeo, y en ella se muestra la actividad del Centro de Día Municipal San Crispín, centro especializado en enfermos de Alzheimer y en gestión actual por SARquavitae.

Este centro se encuentra ubicado en el distrito de Latina y tiene capacidad para 80 usuarios. En su carta de servicios el centro cuenta con:

- Atención social.
- Atención sanitaria.
- Atención preventiva.
- Atención rehabilitadora.
- Satisfacción de las necesidades básicas, cuidados y estimulación a personas con la enfermedad de Alzheimer.
- Atención, formación y apoyo a los familiares y cuidadores principales.

Objetivos

- Dar a conocer el recurso de centro de día, mostrando a través de las imágenes filmadas, la experiencia en la gestión del día a día.
- Mostrar las actuaciones e intervenciones de una participación activa y continuada por parte del equipo de profesionales de un centro de día.

- Dar más protagonismo en nuestro centro a las intervenciones dirigidas a familias y cuidadores principales.
- Demostrar que este protagonismo y participación en los centros de día por parte de los familiares y cuidadores principales es real y efectivo.
- Favorecer la complementariedad en los cuidados entre familiares y profesionales que redunden en la calidad asistencial y de atención al usuario.
- Fomentar las relaciones sociales y los vínculos entre cuidadores principales y familiares que les permita compartir experiencias creando una red de apoyo mutuo.

Metodología

Se procedió a grabar escenas cotidianas en el centro, tales como:

- Terapias grabadas en las salas donde se realizan programas y actividades terapéuticas, tanto individuales como colectivas.
- Participación de familiares en las actividades festivas organizadas en el centro.
- Programas diseñados e implementados que permiten que las familias se integren en la vida del centro y coparticipen con sus familiares.
- Apertura del centro al entorno comunitario: actividades que se realizan fuera del centro y en las cuales participan los familiares y cuidadores principales, tales como excursiones, visitas a mercadillos de la zona, paseos programados por parques colindantes al centro (Casa de Campo y Madrid Río).
- Traslados de usuarios en un vehículo adaptado.
- Actividades formativas y charlas informativas impartidas por los profesionales técnicos del centro y dirigidas a mejorar el cuidado.

Todas estas actuaciones e intervenciones configuran y muestran un modelo de gestión y de atención en centro de día para personas mayores con deterioro cognitivo y enfermos de Alzheimer que, de manera cercana, dan a conocer a los expertos participantes en las jornadas el día a día en un centro a través de las imágenes.

Conclusiones

Las actividades abiertas, el contacto con las familias y las experiencias diarias permiten:

- Afirmar que los familiares están implicados con el centro en los cuidados del enfermo.

- Favorecer la interrelación entre usuarios, familias y profesionales, lo que crea un clima de confianza, respeto y colaboración mutua.

Los cuidados continuados a personas con enfermedad de Alzheimer generan en sus cuidadores una serie de consecuencias, tales como:

- Sobrecarga física y emocional, sentimiento de culpa, soledad, ansiedad, estado de ánimo depresivo.
- Y hacia los recursos más formales, sentimientos de desconfianza, suspicacias y, en general, una actitud crítica hacia los cuidados que se prestan a las personas que más quieren.

Existen dos métodos eficaces de reducir estos sentimientos negativos, tanto hacia ellos mismos como hacia el equipo de trabajo de un centro de día:

- Desarrollando una forma de trabajo basada en un compromiso con el familiar de transparencia, comunicación y claridad.
- Desarrollando continuas actividades y actuaciones con varias finalidades:
 - El incremento de la colaboración y la relación entre los familiares y los profesionales del centro, favoreciendo con ello la confianza y la comunicación.
 - La creación de un espacio donde fomentar relaciones personales y de apoyo entre los propios familiares.
 - La creación de un clima de seguridad y confianza sobre los cuidados formales que se ofrecen a los usuarios, aumentando la percepción de bienestar de las familias y cuidadores al ver a sus familiares participativos, activos y relajados en su actividad diaria en el centro de día.

En SARquavita se apuesta por el diseño de actividades que permitan que las familias identifiquen el centro como un apoyo efectivo para ellos, articulando programas de orientación, de formación o de intervención terapéutica si es necesario.

Es la forma de establecer un compromiso mutuo que redunde, por encima de todo, en el bienestar de los usuarios.

Perfil sociosanitario de usuarios con ayudas técnicas instaladas en los domicilios

**C. García Echave¹, R. Romero Chaparro², P. Giménez Díaz-Oyuelos³,
A. Buñuel Heras⁴ y C. Fernández Gómez¹**

¹Técnico del departamento. ²Jefa de sección. ³Jefa de departamento.

⁴Subdirectora general.

Sección de Recursos Técnicos. Dirección General de Mayores y Atención Social.
Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.

Introducción

Dentro del Programa de atención a las personas mayores, el Ayuntamiento de Madrid incluye el servicio de ayudas técnicas, que consiste en el préstamo de grúas y camas articuladas, y que se gestionan a través del contrato de suministros de ayudas técnicas para la atención a la dependencia (2007-2012) (tabla 1).

Tabla 1. Suministro de ayudas técnicas (camas y grúas) para la atención a la dependencia en el programa de atención a las personas mayores del Ayuntamiento de Madrid (2011)

Camas articuladas		Grúas	
Arrendadas	En propiedad	Arrendadas	En propiedad
316	184	27	126

El servicio objeto de este contrato comprende:

- Por un lado, el suministro en régimen de arrendamiento de nuevas ayudas técnicas, con el consecuente mantenimiento y la gestión integral de las mismas.
- Por otro lado, el mantenimiento, la revisión, la reparación y el traslado de las ayudas técnicas propiedad del Ayuntamiento de Madrid.

Los beneficiarios de este servicio son los mayores de 65 años empadronados en el municipio de Madrid y que presenten un grado de dependencia funcional tal que les obligue a mantenerse encamados durante períodos prolongados o les impida el desenvolvimiento autónomo en el domicilio.

El servicio de ayudas técnicas (camas articulares y grúas) pretende facilitar la movilización, el aseo y el traslado de los usuarios, de modo que suponga un importante apoyo para los cuidadores en estas tareas.

Este servicio se gestiona y coordina desde la Dirección General de Mayores y Atención Social. Transcurridos 4 años desde el inicio del contrato, se decide la conveniencia de realizar un estudio sobre el mismo, con el fin de valorar el perfil de los usuarios con ayuda técnica instalada hasta marzo de 2011.

El objetivo del estudio era valorar al usuario y a su entorno, para confirmar que el servicio concuerda con el perfil establecido.

La muestra seleccionada fue la siguiente: usuarios con ayuda técnica ya instalada en marzo de 2011 (el estudio duró desde marzo hasta mayo del mismo año). A través de visitas domiciliarias se procedió a la valoración del usuario, del cuidador y de la ayuda, así como a la comprobación del correcto manejo de ésta.

Previamente se elaboró un cuestionario de valoración, en el que se recogían datos relativos a:

- **Perfil del usuario:** sexo, situación de convivencia y dependencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), patologías.
- **Cuidador:** valoración de la situación sociofamiliar, detección de la existencia de sobrecarga en el cuidador.
- **Ayuda técnica:** valoración del manejo de la ayuda (correcta utilización, frecuencia y tipo de uso).

Las herramientas utilizadas para el estudio fueron:

- Escalas Barthel y baremo de la situación de necesidad (BSN).
- Cuestionario Zarit.
- Entrevista estandarizada a un familiar.
- Observación directa.

Resultados

Usuario

Los resultados determinan que el 69 % de los usuarios de ayudas técnicas son mujeres. En relación con el nivel de dependencia según el BSN, el 87 % de los usuarios son grandes dependientes (grado III), el 11 % tiene una dependencia importante (grado II), y sólo el 2 % presenta una dependencia moderada (grado I) (tabla 2 y fig. 1).

Tabla 2. Nivel de dependencia de los usuarios de ayudas técnicas según el baremo de la situación de necesidad (BSN)

Grados de dependencia	Equivalencia	%
Gran dependiente	Grado III	87 %
Dependencia importante	Grado II	11 %
Dependencia moderada	Grado I	2 %

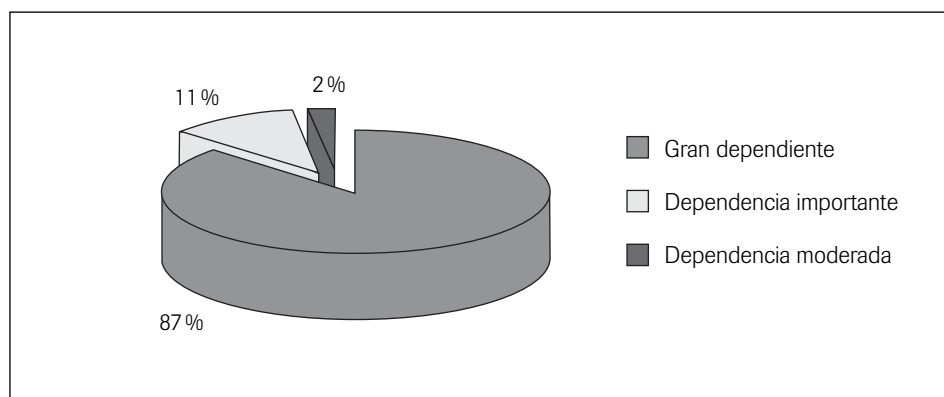


Figura 1. Nivel de dependencia de los usuarios de ayudas técnicas según el baremo de la situación de necesidad (BSN).

La dependencia funcional según la escala de Barthel (fig. 2) indica, a su vez, que el 73 % son dependientes totales y el 14 % graves para el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD), es decir, que el 87 % son grandes dependientes.

El 76 % de los usuarios con ayudas técnicas instaladas presentan enfermedades neurodegenerativas, entre las cuales las más destacadas son las enfermedades de Alzheimer y Parkinson, y el ictus, seguidas de las osteoarticulares, tales como la artrosis y la poliartritis (tabla 3 y fig. 3).

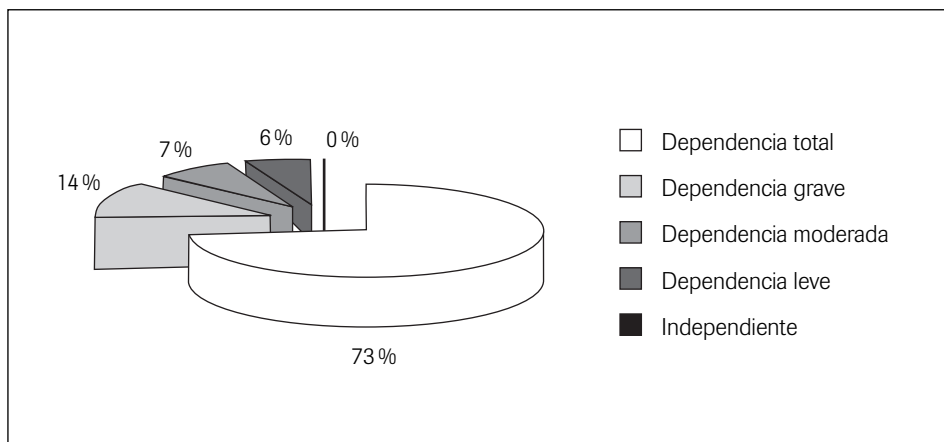


Figura 2. Nivel de dependencia de los usuarios de ayudas técnicas según la escala de Barthel.

Tabla 3. Tipos de enfermedades de los usuarios con ayudas técnicas

Patologías más frecuentes	%	
Enfermedad degenerativa	45 %	76 %
Enfermedad neurológica	31 %	
Enfermedad respiratoria	2 %	
Enfermedad osteoarticular	14 %	
Enfermedad cardíaca	6 %	
Otras	2 %	

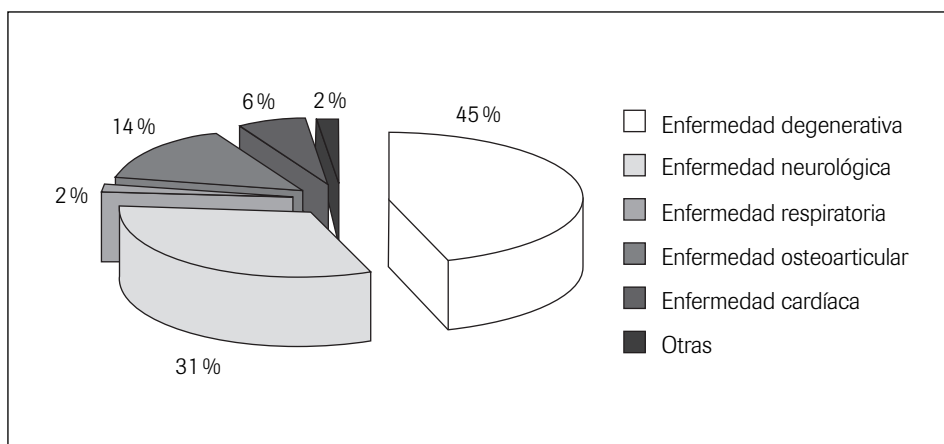


Figura 3. Tipos de enfermedades de los usuarios con ayudas técnicas.

Uno de los riesgos inherentes a la situación de encamado de larga duración es la aparición de úlceras de presión (escaras). Este riesgo se suele prevenir con los cambios posturales practicados a los usuarios y con la instalación de colchones antiescaras específicos cuando existen riesgos.

De los usuarios encamados valorados, el 47 % no mostraba escaras y el 35 % un ligero riesgo, que se palió con la instalación de colchones antiescaras (fig. 4).

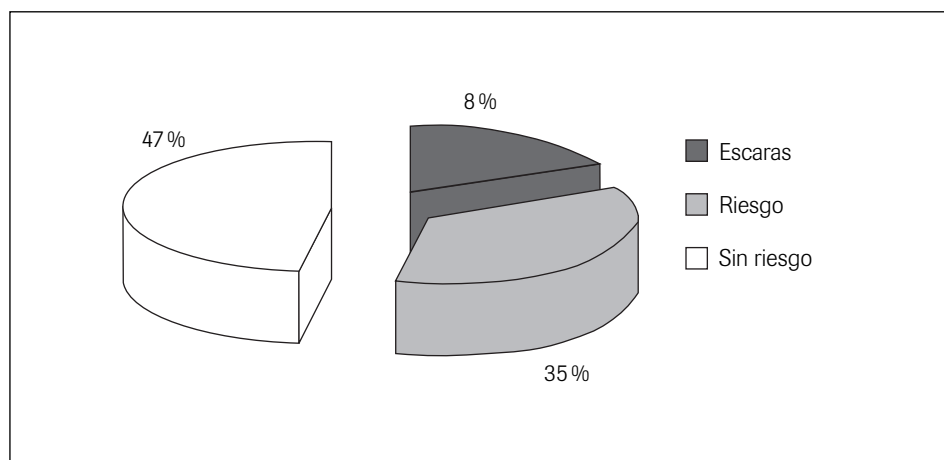


Figura 4. Prevención de escaras en usuarios de camas articuladas.

Cuidador

El 70 % de los usuarios conviven y son atendidos por familiares directos, el 36 % por el cónyuge, cuya edad media ronda los 74,35 años y el 34 % por los hijos (edad media de 57,28 años). Llama la atención que el 7 % de los usuarios con ayuda técnica vivan solos, teniendo en cuenta que, como ya se ha indicado, son grandes dependientes (tabla 4). Estos casos son atendidos por los auxiliares del servicio de ayuda a domicilio municipal.

Tabla 4. Tipos de convivencia de los usuarios con ayudas técnicas

Convivencia	%	Media de edad
Solo	7 %	56,15

Los cuidadores, además de atender todas las necesidades de sus familiares, deben saber y conocer el manejo de estas ayudas (en el momento de su instalación se explica al cuidador el manejo de la ayuda prestada). El estudio refleja que el 98 % de los cuidadores sabía utilizar adecuadamente la cama articulada y el 88 % la grúa. Sin embargo, al 12 % le costaba manejar la grúa. Tras analizar los datos, se comprobó que estos casos eran de ayudas instaladas antes del año 2004, es decir, o bien no habían recibido formación o bien había cambiado el cuidador.

Respecto a las camas, también se pudo comprobar que el 86 % de los cuidadores realizaba adecuadamente los cambios posturales en aquellos usuarios que lo requerían, frente al 14 % que no sabía cómo realizarlas.

Respecto al nivel de sobrecarga de los cuidadores, la escala Zarit reveló que el 55 % de los cuidadores presentaba una ligera sobrecarga, seguido del 28 % con ausencia de la misma (tabla 5 y fig. 5).

Tabla 5. Nivel de sobrecarga de los cuidadores de usuarios de ayudas técnicas según la escala de Zarit

Sobrecarga del cuidador	Zarit	%
Ausencia de carga	63	28 %
Carga ligera-moderada	125	55 %
Carga ligera-importante	23	10 %
Carga importante	17	7 %

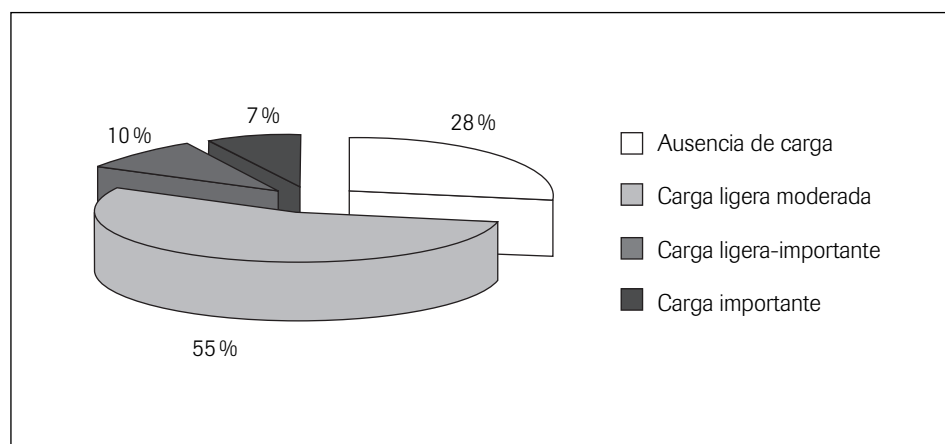


Figura 5. Nivel de sobrecarga de los cuidadores de usuarios de ayudas técnicas según la escala de Zarit.

Ayuda técnica

La distribución de las ayudas entre los usuarios fue la siguiente (tabla 6):

El mayor porcentaje corresponde a las camas, con un 76 %. Cabe destacar que el 11 % de los usuarios dispone de ambas ayudas técnicas.

Respecto a la frecuencia de uso de las camas articuladas (tabla 7), el 26 % lo usaba durante las 24 horas del día, y se utilizaba sólo durante las noches en el 64 % de los casos.

En las grúas, además de la frecuencia de uso (tabla 8), también se valoró el tipo de uso. En este aspecto, en el 92 % de los casos eran utilizadas para realizar las transferencias de la cama al sillón y del sillón a la cama. Sólo en el 8 % de los casos eran utilizadas para realizar transferencias relacionadas con el baño.

Tabla 6. Distribución del tipo de ayudas técnicas en los usuarios del Programa de atención a personas mayores del Ayuntamiento de Madrid, 2011

Ayudas técnicas	%
Camas	76 %
Grúas	24 %
Camas y grúas	11 %
Total	100 %

Tabla 7. Frecuencia de uso de las camas articuladas

Frecuencia del uso de camas	%
24 horas	26 %
Esporádicamente	9 %
Noches	64 %

Tabla 8. Tipo de uso de las grúas

Tipo de uso	%
Traslado cama-silla de ruedas	56 %
Traslado cama-sillón	36 %
Traslado silla de ruedas-baño	8 %

En el 20 % de los casos la grúa se usa más de seis veces al día, en el 45 % se utiliza cuatro veces y en el restante 35 %, sólo dos veces (tabla 9 y fig. 6).

Tabla 9. Frecuencia de uso de las grúas

Frecuencia de uso diario	%
Dos veces al día	35 %
Cuatro veces al día	46 %
Seis veces al día	8 %
De ocho a diez veces al día	6 %
Más de diez veces al día	6 %

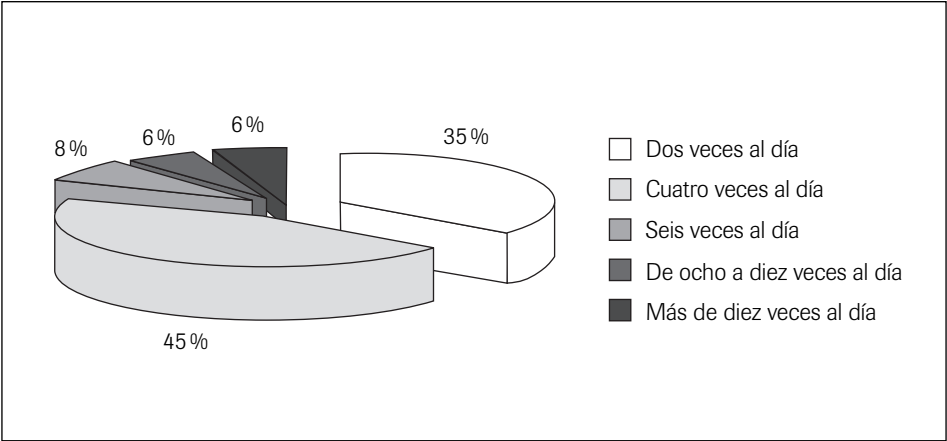


Figura 6. Frecuencia de uso de las grúas.

Conclusiones

Se ratifica que el usuario beneficiario del servicio de ayudas técnicas es el adecuado al perfil y la situación de dependencia establecido para este servicio.

Las camas articuladas o grúas se confirman como *un recurso de apoyo adecuado*, tanto para:

- Las *personas mayores de 65 años* con alto grado de dependencia, que permanecen la mayor parte del tiempo encamadas, de modo que se facilita su permanencia en el

hogar, así como previniendo problemas de salud, derivados de la inmovilidad (problemas cutáneos, musculoesqueléticos, respiratorios, cardiovasculares, etc.).

Como para:

- Los *cuidadores informales*, sobre los que recae la asistencia de estas personas, como elemento coadyuvante de su tarea y de descarga de ese cuidado diario, mejorando su calidad de vida.

Conclusiones

VIII Jornadas técnicas de la Dirección General de Mayores y Atención Social

«Centros jóvenes para los nuevos mayores»

Museo de la Ciudad, 28, 29 y 30 de noviembre de 2011

Estas jornadas técnicas fueron posibles gracias a la generosa participación de 40 profesionales que trabajan en programas y centros de mayores desde instituciones públicas, entidades privadas, asociaciones y universidades en toda España.

A lo largo de tres días tuvimos ocasión de tratar los principales temas relacionados con los centros de los mayores, cuyas conclusiones más relevantes fueron:

- El origen de los hogares y clubes de jubilados o de la tercera edad data de la década de 1970 (Plan Nacional de la Asistencia a Ancianos, de 1971). Estos centros eran lugares de convivencia, que suplían las carencias de muchos hogares y favorecían las relaciones sociales, la atención social y las actividades recreativas.
- El reciente *Libro blanco de envejecimiento activo* propuso adaptar estos centros al perfil actual de los mayores, fomentando su participación y convirtiéndose en centros de referencia en el impulso del aprendizaje a lo largo de la vida.
- La evolución de los centros de mayores no se ha producido sólo en el aspecto de la normativa, sino también ha habido un crecimiento en su número. En la actualidad hay en España 4 149 centros, de los que son socios el 41,6 % de los mayores de 65 años (3 237 300), con una presencia femenina mayoritaria en todas las comunidades, aunque con disparidades entre regiones en las *ratios* de cobertura e incluso en los servicios y actividades ofertadas.

- La normativa en cuanto a las características arquitectónicas de los centros, con ser amplia, puede no ser suficiente para garantizar la accesibilidad de las personas con dificultades de movilidad o sensoriales, lo cual nos obliga a tener presente que en el diseño de los centros debemos exigir la «accesibilidad para todos».
- La búsqueda de indicadores de calidad está justificada: indicadores que nos permitan evaluar, medir y compararnos con otros, no sólo a través de indicadores de proceso, sino también de resultados.
- La edad, como requisito de acceso, es algo que empieza a ser cuestionado, sobre todo porque existe una enorme evidencia sobre la eficacia de medidas que favorecen la intergeneracionalidad, no sólo en actividades concretas, sino también en los centros abiertos o compartidos.
- Tener presente la existencia del *edadismo* y la representación social de los mayores como personas poco competentes pero amigables, representación que cala de manera transversal en toda la sociedad, incluyendo a los profesionales que con sus convicciones pueden convertirse en una fuente de refuerzo de este estereotipo o ayudar a vencerlo.
- Es evidente que los usuarios de los centros de mayores han cambiado. Hoy contamos con mejores ingresos e indudable mayor educación, mucho tiempo por delante y enormes deseos de hacer algo gratificante. Eso significa, entre otras cosas, que el tiempo que pasan en los centros es menor porque acuden a él por su oferta de actividades.
- Fruto de la evolución social, la presencia femenina se ha incrementado enormemente, aunque posiblemente también los cambios en la oferta de los centros han propiciado esta feminización, ya que las mujeres son mucho más participativas en todas las actividades, aunque tienen una menor presencia en los órganos de representación.
- Cabe preguntarse si la estructura cambiante de los socios es realmente reflejo de la sociedad y, si no lo es, cuáles son las razones que propician la discriminación de los otros mayores. Nos referimos a aquellos que pudiendo acudir no lo hacen y también a los que por diversas razones son excluidos.
- Las actividades se programan en torno a los pilares del envejecimiento activo: salud, seguridad, educación y participación gracias al trabajo en equipo de coordinadores, profesionales de la animación, terapeutas ocupacionales, socios, monitores voluntarios o profesionales y miembros de comisiones y juntas. Entre ellas, las más solicitadas y satisfactorias son las que tienen que ver con la salud psicofísica (ejercicio físico, memoria), aunque también la demanda se induce gracias a la apuesta por la innovación de los profesionales.

- Un punto importante es que este tipo de actividades no necesariamente han de llevarse a cabo sólo en los centros de mayores, sino que tienen cabida en centros cívicos, polivalentes, añadiendo visibilidad a la capacidad de aprendizaje de las personas mayores y ayudando a vencer los estereotipos.

En definitiva, en estas jornadas conocimos *experiencias y apuestas interesantes*, unas ya en práctica, otras incipientes, pero todas capaces de hacernos reflexionar sobre el modelo actual de los centros.

Para la reflexión nos quedan algunas ideas:

- ¿Cómo deben dirigirse los centros: dirección técnica o autogestión, juntas directivas o comisiones?
- ¿Los centros deben ser lugares recreativos o potenciadores de la autonomía y el envejecimiento activo?
- ¿Qué actividades deben programarse: sólo actividades más tradicionales demandadas por los socios o nuevas actividades aunque a priori no tengan tanta demanda?
- ¿Cómo deben ser los centros: cerrados o abiertos, exclusivos o intergeneracionales? ¿Para todos? ¿Qué «todos»?

Como conclusión, nos gustaría destacar que los centros deben seguir impulsando estrategias de envejecimiento activo, que potencien los programas de voluntariado y la participación social, a partir del concepto que el envejecimiento no es un problema sino una realidad que puede convertirse en una oportunidad.

Madrid, 30 de noviembre de 2011
Dirección General de Mayores y Atención Social

