



**PROGRAMA DE DOCTORADO:
EDUCACIÓN SOCIAL: FUNDAMENTOS Y METODOLOGÍA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE PEDAGOGÍA**

TESIS DOCTORAL:

**PROGRAMAS PSICOSOCIALES Y EDUCATIVOS EN RESIDENCIAS Y
CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES EN ANDALUCÍA.
SITUACIÓN ACTUAL Y POSIBLES MEJORAS.**

Presenta:

Belén López Moya

Directores:

Dr. Matías Bedmar Moreno

Dra. María Dolores Fresneda López

Granada 2016

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autora: Belén López Moya
ISBN: 978-84-9125-602-1
URI: <http://hdl.handle.net/10481/43010>

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría dar el agradecimiento a todas las personas que de algún modo han hecho posible la realización de este trabajo.

A mi familia por creer en mí y apoyarme siempre en los momentos que más lo necesito, especialmente a mis padres, por enseñarme el valor del esfuerzo y la humildad.

A Javier, por creer que podría lograrlo y empujarme a crecer, por su paciencia durante todo este tiempo, porque sin su ayuda y apoyo finalizar este trabajo habría sido mucho más difícil.

A mis directores de tesis, M^a Dolores Fresneda y Matías Bedmar, por depositar su confianza en mí y dirigir este estudio. Por su cercanía, disponibilidad y motivación y por todas las aportaciones que han hecho posible la realización de este trabajo.

A las personas mayores, aquellas con las que trabajé durante un tiempo, por todo lo que pude aprender de ellas y en especial a mi abuela, por enseñarme el amor y respeto a las personas de mayor edad, por todo el cariño que siempre me dio.

Finalmente, agradecer a los profesionales y personas mayores que dedicaron parte de su tiempo en la participación en este estudio.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	13
BLOQUE I: MARCO TEÓRICO	19
CAPÍTULO I: LAS PERSONAS MAYORES: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO	
1. 1. Vejez y envejecimiento	19
1.1.1. Vejez cronológica	20
1.1.2. Vejez biológica o funcional	20
1.1.3. Vejez como etapa vital	21
1.2. Teorías sobre la vejez	21
1.2.1. La teoría del disengagement retraining	22
1.2.2. La teoría de la actividad, teoría de la adaptación o teoría del envejecimiento exitoso (successful aging)	23
1.2.3. La teoría del medio social	24
1.2.4. La teoría de la continuidad	24
1.2.5. Las personas mayores como subcultura	24
1.2.6. Las personas mayores como grupo minoritario	24
1.2.7. La teoría fenomenológica	25
1.2.8. La teoría de la estratificación social	25
1.2.9. Reflexión sobre las diferentes teorías	26
1.3. Cómo denominar a las personas que tienen más años	27
1.4. Mitos, estereotipos y prejuicios sobre la vejez	29
1.5. Contribución de algunas ciencias y disciplinas a la vejez	31
1.5.1. Gerontología	31
1.5.2. Geriátrica	32
1.5.3. Gerontagogía	33
1.5.4. Andragogía	35
1.6. Aspectos sociodemográficos y evolución	36
1.6.1. Las personas mayores en Andalucía	43

CAPÍTULO II: LAS RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS

MAYORES	51
2.1. Inicio y evolución de las Residencias y Centros de Día	51
2.2. Concepto de Residencia y tipología.....	63
2.2.1. Concepto de Residencia	63
2.2.2. Tipología de residencias	66
2.3. Concepto de Centro de Día y tipología.....	75
2.3.1. Concepto de Centro de Día	75
2.3.2. Tipología de centros de día.....	78
2.4. Perfil de las personas mayores en Residencias y Centros de Día.....	80
2.5. Profesionales en Centros de Día y Residencias	83

CAPÍTULO III: INTERVENCIÓN Y PROGRAMAS EN RESIDENCIAS Y

CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES	89
3.1. Aspectos importantes para la intervención	89
3.1.1. El Plan General de Intervención	89
3.1.2. El Plan Personalizado de Atención y el Modelo Centrado en la Persona.....	92
3.2. Programas de intervención y actividades en Centros de Día y Residencias.....	98
3.2.1. La importancia de la educación en las personas mayores.....	99
3.2.1.1. Origen del vocablo “educar” y dimensiones de la educación.....	99
3.2.1.2. Contextos educativos: educación formal, no formal e informal	103
3.2.1.3. Evolución conceptual: de la Educación Permanente a la Educación a lo largo de la vida.....	104
3.2.2. La animación sociocultural en las personas mayores	110
3.2.3. Programas Cognitivos y Psicoafectivos.....	116
3.2.3.1. Programas de entrenamiento para la mejora de las habilidades cognitivas	117
3.2.3.2. Terapia de Reminiscencia y Revisión de Vida	119
3.2.3.3. Las Terapias Psicoafectivas	123
3.2.4. La importancia del ocio	127

CAPÍTULO IV: LEYES Y NORMATIVAS RELACIONADAS CON LAS PERSONAS MAYORES.....	131
4.1. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia	131
4.2. Normativa sobre Centros de día y Residencias de personas mayores en Andalucía	140
4.3. Referentes, leyes y disposiciones respecto a la educación de Personas Mayores	150
4.3.1. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).....	150
4.3.2. La Constitución (1978)	151
4.3.3. La Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo, (LOGSE) (1990).....	151
4.3.4. El Plan Gerontológico (1992)	152
4.3.5. La Carta Europea de los Mayores (1992)	153
4.3.6. La Ley de Atención y Protección a Personas Mayores (1999).....	153
4.3.7. La carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000)	154
4.3.8. La Ley Orgánica de Universidades (2001)	155
4.3.9. La II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002).....	156
4.3.10. El plan de Acción para las Personas Mayores (2003-2007)	157
 CAPÍTULO V: CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO ...	161
5.1. Concepto de Calidad de vida	161
5.2. Envejecimiento satisfactorio y calidad de vida en personas mayores	167
5.2.1. Algunos factores relevantes para un envejecimiento satisfactorio	174
5.3. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores	178
 BLOQUE II: INVESTIGACIÓN REALIZADA.....	181
 CAPÍTULO VI: ESTUDIO EMPÍRICO	181
6.1. Planteamiento del problema.....	181
6.2. Objetivos	186
6.2.1. Objetivos específicos	186
6.3. Hipótesis	187
6.4. Tipo de estudio y diseño	187

6.4.1. Investigación cualitativa	188
6.5. Población y muestra	190
6.6. Instrumentos	192
6.7. Procedimiento	194
6.7.1. Procedimiento de recogida de la información	194
6.7.2. Procedimiento para el análisis de la información	195
6.8. Análisis y presentación de resultados	196
6.8.1. Resultados del estudio con personas mayores	196
6.8.2. Resultados del estudio con profesionales	247
6.9. Discusión y conclusiones	292
6.9.1. Limitaciones, sugerencias y futuras líneas de investigación	310
BIBLIOGRAFÍA	313
Anexos	333

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustraciones de resultados en mayores:

Ilustración 1. Sexo	196
Ilustración 2. Edad	197
Ilustración 3. Estado Civil.....	197
Ilustración 4. Nivel de Estudios	198
Ilustración 5. Profesión y Ocupación Previa.....	198
Ilustración 6. Tiempo en Residencia o Centro de Día	199
Ilustración 7. Causa para Acudir al Centro	200
Ilustración 8. Procedencia	201
Ilustración 9. Estado de Ánimo frecuente.....	201
Ilustración 10. Cosas para sentirte mejor	202
Ilustración 11. Relación con el personal del centro	203
Ilustración 12. Satisfacción con el centro	204
Ilustración 13. Cambios centro (distribución, localización, etc.)	205
Ilustración 14. Comodidad en el centro	206
Ilustración 15. Satisfacción con habitación	208
Ilustración 16. Relación con compañeros	210
Ilustración 17. Amigos en el centro	211
Ilustración 18. Atención del personal	213
Ilustración 19. Contacto con familia y amigos	215
Ilustración 20. Actividades antes de acudir al centro	218
Ilustración 21. Actividad antes-después de acudir al centro.....	220
Ilustración 22. Echar de menos algo anterior.....	223
Ilustración 23. Actividades que se realizan en el centro	225
Ilustración 24. Satisfacción con las actividades.....	226
Ilustración 25. Participación en actividades.....	228
Ilustración 26. Actividades en que participan.....	229
Ilustración 27. Motivos de participación	231
Ilustración 28. Sugerencias de actividades	236

Ilustración 29. Actividades para pasar el tiempo libre.....	239
Ilustración 30. Preferencia tamaño grupo actividades	240
Ilustración 31. Agrado lugar de actividades	241
Ilustración 32. Preferencia tipo grupo.....	243
Ilustración 33. Principal preocupación	245

Ilustraciones de resultados en profesionales:

Ilustración 34. Sexo profesionales	247
Ilustración 35. Edad profesionales	248
Ilustración 36. Profesiones.....	248
Ilustración 37. Tiempo experiencia laboral	249
Ilustración 38. Actividades que se realizan en el centro (profesionales).....	266
Ilustración 39. Actividades de mayor participación	269
Ilustración 40. Actividades de menor participación	273

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Evolución de la Población Mayor (1900-2050).....	38
Tabla 2. Evolución de la fecundidad en Andalucía y España.....	45
Tabla 3. Esperanza de vida al nacimiento en Andalucía y en España 2007	45
Tabla 4. Evolución del número de residencias para personas mayores (1975-2000).....	60
Tabla 5. Dimensiones e indicadores de calidad de vida (Sharlock y Verdugo)	164

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Se está produciendo un crecimiento cuantitativo de las personas mayores en el conjunto de la población y se observa al mismo tiempo un cambio en las actitudes y condiciones psicosociales de las personas mayores. Por otro lado, han cambiado las formas tradicionales de familia así como el mundo del trabajo y los avances tecnológicos, por lo que se hace necesario replantear los roles, intereses, motivaciones y posibilidades de desarrollo personal de los mayores. El aumento de la esperanza de vida es un logro social, pero es necesario adaptar los recursos y políticas sociales a esta realidad, donde la población de personas mayores está en aumento.

Las previsiones de Naciones Unidas estiman que, en el año 2050, España será el país más viejo del mundo con más de 16 millones de personas mayores, es decir, más de un 30% del total. La población de personas mayores se ha hecho visible, convirtiéndose sus necesidades y problemas en las de todos.

La idea inicial de este estudio surgió hace unos años, cuando trabajaba en un Centro de día y Residencia para personas mayores. Mi trabajo diario en el centro, me hizo preguntarme cómo se podría mejorar la vida de estas personas, indagar y conocer la mejor forma de llevar a cabo las programaciones y actividades con ellos.

Tanto en Residencias como en Centros de Día para personas mayores puede hacerse difícil la tarea de lograr la participación de la persona mayor, de diseñar y programar las mejores actividades y talleres y que realmente sean de su interés. Esto es debido a varios factores, por un lado son grupos heterogéneos, cada uno con una necesidad diferente, con deterioro físico o cognitivo en muchos casos así como dependencia para las Actividades de la Vida Diaria. Además de esto, vivir en una Residencia o acudir a un Centro de Día conlleva una serie de connotaciones negativas, no sólo para la persona mayor, sino para su familia y el entorno en general.

Cada vez se le está dando más importancia a la actividad de las personas mayores y al término “envejecimiento activo”, al igual que a la educación a lo largo de la vida y se están llevando más acciones para su fomento.

El acceso a la cultura y a la educación es vital para que las personas mayores reencuentren su identidad y puedan llevar a la realidad sus capacidades pudiendo cubrir sus necesidades. La educación reencuentra a la persona mayor con la ilusión y el gusto por el conocimiento. Estas ganas por aprender proporcionan confianza en uno mismo, libertad y transformación personal. Las actividades educativas en las personas mayores sirven de apertura social, permitiendo a la persona fortalecer o reformular su identidad personal y social.

La educación es necesaria en cualquier edad y ámbito, por lo que es importante conocer la mejor forma de llevar la educación y la animación sociocultural a estos centros. En general, el nivel educativo de las personas mayores es bajo y han tenido pocas oportunidades formativas a lo largo de sus vidas, lo que da una razón más para ofrecer intervenciones educativas que les permitan adaptarse mejor al entorno.

Con este trabajo se pretende conocer cómo son los programas psicosociales y educativos en Centros de Día y Residencias de Andalucía, la satisfacción de los mayores con lo que hasta ahora han conocido en este sentido así como poder plantear pautas para mejorar la situación actual. Se pretende conocer los intereses y necesidades de estas personas mayores, para poder adaptar los programas a las mismas.

Por otro lado, también se ha querido conocer la opinión de los profesionales que están en contacto directo con los mayores, la forma en que han elegido las actividades y talleres, la frecuencia de las mismas, su percepción, las dificultades que encuentran y cómo creen que podrían superarse éstas.

Conocer esta información nos permitirá poder ofertar a este colectivo unos programas más adaptados a sus necesidades, teniendo en cuenta su heterogeneidad como grupo.

Dentro de los factores importantes que favorecen la calidad de vida en los mayores, están los programas de actividades, terapéuticos, de ocio y educativos. Fernández Ballesteros investigó en una muestra representativa de españoles, cuáles eran los "ingredientes" principales que constituían su calidad de vida y encontró los siguientes en este orden: estado de salud, habilidades funcionales, recursos económicos, relaciones familiares y sociales, actividades de la vida diaria y recreativas, servicios sociales y de salud, satisfacción vital, recursos culturales y entorno (Fernández Ballesteros 1993, 1997). Por otro lado, autores como Shalock y Verdugo (2002/2003), consideran la educación, integración y participación en la comunidad como indicadores de algunas de las dimensiones que componen la calidad de vida.

Envejecer bien, no sólo en lo relacionado con la salud, sino de manera integral es un concepto que comienza a adquirir gran importancia en la sociedad, por lo que el ámbito de la educación social debe tenerlo presente y trabajar en esta línea. "La vejez, como otras etapas de la vida, es además de una cuestión biológica y psicológica, una construcción social" (Bazo, 1992). Y como construcción social es necesario que las personas mayores participen en la sociedad, sobre todo. Con esta participación se contribuye a la elaboración y realización del proyecto global de sociedad: una sociedad para todas las edades (Lema del Año Internacional de las Personas Mayores, 1999).

En cuanto a los programas psicoeducativos, nadie se atrevería a discutir sobre su necesidad. El concepto de educación es muy amplio y como bien sabemos la educación es algo intrínseco al ser humano, abarca todas las ramas del saber y todos los aspectos de la persona. Para la Pedagogía Social, la Educación en personas mayores resulta un ámbito de actuación destacado y en

expansión, que por otra parte tiene una repercusión directa en el aumento de su calidad de vida (Bedmar y Montero, 2009).

Las Residencias y Centros de Día para personas mayores deben reunir una serie de condiciones físicas, ambientales y de personal, capaces de dar respuesta a los intereses y necesidades de los usuarios. La dimensión educativa desempeña un papel relevante en la planificación de los programas, proyectos y actividades que se realicen en este tipo de centros.

De las diferentes definiciones que hay del concepto de residencia nos parece especialmente completa y acertada la de Rodríguez (1999), que la define como “centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención socio-sanitaria multiprofesional en el que viven temporal y permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia”. Como mencionan Kaufmann y Frías (1996), una residencia debería tratar de crear un ambiente lo más parecido al familiar, y que la persona mayor identifique ésta como su hogar.

Respecto a los Centros de Día, se pueden definir como un recurso social intermedio, un centro gerontológico socioterapéutico y de apoyo a la familia que durante el día presta atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor dependiente, promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual.

No existe información específica suficiente sobre la manera de abordar la educación en personas mayores en Residencias y Centros de Día, por lo que este estudio trata de dar respuesta en primer lugar a cómo es la situación actual en este sentido y hacer propuestas para la mejora de esta situación. Las conclusiones que se saquen contribuirán a perfeccionar el modo de intervención de profesionales dedicados a la programación y realización de actividades psicosociales y educativas con mayores en estos centros y a la mejora de los proyectos que se lleven a cabo, para que sean lo más acordes posible a los intereses y necesidades de las personas mayores.

Considerando la Ley de la Dependencia (Ley 39 /2006 de 14 de diciembre de 2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas con dependencia) y los requisitos que se piden para acceder a un Centro de Día o Residencia públicos o con plazas concertadas, debemos considerar que en muchos casos el perfil de persona mayor en estos centros son personas con algún grado de dependencia, lo que en cierto modo requiere tener en cuenta ciertos factores para la realización de las actividades en estos servicios.

Las personas mayores en estos centros son más vulnerables, ya que al hecho de ser mayor se suman una serie de pérdidas, como el dejar el propio domicilio en el caso de las residencias, pérdidas de redes sociales y familiares, menos contacto con la comunidad en muchos casos, etc. De ahí la necesidad de revisar los programas psicosociales y educativos y tratar de que acudir a estos servicios suponga una mejora en la calidad de vida de estas personas y no al contrario. Se debe de favorecer el desarrollo personal de estas personas mayores y ofrecerles una atención completa, tal y como se refleja en la definición de estos centros.

La Educación Social también se ocupa de la educación de las personas mayores, apostando por una visión positiva del envejecimiento, dando valor a la experiencia y la sabiduría de los años vividos y considerando la vejez como una etapa llena de posibilidades para la realización personal. Se debe tener en cuenta la educación a lo largo de la vida en la intervención con las personas mayores en Residencias y Centros de Día.

Con el crecimiento cuantitativo y cualitativo de la educación de las personas mayores, se acuña un nuevo término diferenciador, la Gerontagogía, definida como la ciencia práctica que tiene como objeto la intervención educativa en los sujetos mayores o también “el conjunto de métodos, técnicas, etc., reagrupados en un nuevo cuerpo de conocimientos que da origen a esta nueva ciencia (Lemieux, 1998: 225).

El marco teórico de nuestro trabajo está compuesto por cinco capítulos. En el primero se presentan algunos aspectos sociodemográficos y conceptos relacionados con el envejecimiento. En el segundo se exponen los conceptos de Centro de Día y Residencia, diferentes clasificaciones de los mismos, el perfil del mayor en estos recursos, los profesionales, etc. En el capítulo tercero se tratan aspectos referidos a la intervención así como diferentes programas, profundizándose además en la educación en mayores, en la importancia del ocio y la Animación Sociocultural entre otras cuestiones.

El capítulo cuarto se ha reservado para la parte de leyes y normativas referidas a personas mayores y en el último capítulo del marco teórico, correspondiente al capítulo cinco, se aborda el tema de la calidad de vida y aspectos relacionados con el envejecimiento satisfactorio.

En la parte del estudio empírico, correspondiente al capítulo seis, se describe la investigación llevada a cabo, con los objetivos planteados, las hipótesis de las que partimos, el diseño y metodología, el instrumento utilizado, la muestra, los resultados y las conclusiones.

Esperamos que sea de utilidad el estudio aquí presentado, a los interesados en este grupo de edad para ejercer su profesión y ser conscientes de la amplitud del tema y la necesidad de abordarlo en su totalidad.

BLOQUE I: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: LAS PERSONAS MAYORES: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO

En este capítulo presentamos algunos conceptos y términos relacionados con el objeto de nuestra investigación, como son, la vejez, el envejecimiento y las personas mayores, así como algunos datos sociodemográficos de las personas mayores en España y más concretamente en Andalucía.

1. 1. Vejez y envejecimiento

La vejez constituye la última etapa del ciclo vital y en nuestra sociedad se suele situar en torno a los 65 años, que suele ser la edad de la jubilación.

El análisis del proceso del envejecimiento de la población puede enfocarse desde diversas perspectivas que implican diferentes facetas de la vejez:

- **Perspectiva individual:** que afecta al estudio del envejecimiento natural o geriátrico, hasta su análisis como conjunto de personas mayores que son parte integrante de una estructura demográfica. Desde este tratamiento, se puede obtener una visión optimista del envejecimiento: elemento indicador del incremento de la esperanza de vida, la longevidad y/o el mejor estado de la salud en la última etapa de la vida.
- **Perspectiva colectiva:** se puede percibir de modo pesimista, como un indicador de los problemas económicos que debe soportar la sociedad y que se agravan con el incremento de las personas mayores.

Hay varias concepciones en torno al concepto de vejez que se presentan a continuación.

1.1.1. Vejez cronológica

Con el término vejez cronológica nos referimos al tiempo transcurrido desde el nacimiento. Las personas se incluyen dentro de la vejez por haber cumplido los 65 años. Se basa en las edades de retiro tradicionales cuyo primer precedente aparece con las medidas sociales del canciller Bismarck, en el siglo XIX. Se fundamenta en la vejez histórica real del organismo medida por el transcurso del tiempo. La edad cronológica se agrupa en años, lustros y décadas. Se considera que todos los sujetos nacidos en el mismo año tienen la misma edad.

Su ventaja es la objetividad, aunque se ve su inconveniente al comprobar que el impacto del tiempo es diferente para cada persona, según su modo de vida (salud, hábitos, condiciones laborales, etc.) A la edad se suman otras condiciones personales y ambientales que determinan el estado global de una persona. Lo esencial no es el mero transcurso del tiempo, sino la calidad del tiempo transcurrido, los acontecimientos vividos y las condiciones ambientales.

1.1.2. Vejez biológica o funcional

Corresponde a etapas en el proceso de envejecimiento natural o biológico. Se ha utilizado el término “viejo” como sinónimo de incapaz o limitado y es un reflejo de la asimilación tradicional de vejez y limitaciones. Es un concepto erróneo, pues la vejez no representa necesariamente incapacidad y, por consiguiente, hay que luchar contra la idea de que un viejo es, por el hecho de serlo, dependiente funcionalmente, aunque existan casos en que esto suceda.

La mayoría de la población mayor se encuentra bien a nivel funcional. La vejez humana origina reducciones de la capacidad funcional debidas al transcurso del tiempo, como sucede con cualquier organismo vivo, pero tales limitaciones no le imposibilitan el desarrollo de una vida plena. Las barreras a la funcionalidad de las personas mayores son, con frecuencia, fruto de prejuicios y mitos sobre la vejez más que reflejo de deficiencias reales.

1.1.3. Vejez como etapa vital

Esta concepción se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa. Esta etapa posee una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada únicamente por condiciones objetivas externas y por las subjetivas del propio individuo.

La vejez constituye un período semejante al de otras etapas vitales, con potencialidades positivas diferentes por el recorrido histórico de estas personas. Posee ciertas limitaciones para el sujeto que, con el paso del tiempo se van agudizando, pero tiene, por otra parte, en muchos casos, unos potenciales únicos: serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social, que pueden compensar, si se utilizan adecuadamente, las limitaciones que puedan existir. La vejez por lo tanto, constituye una etapa más de la experiencia humana.

1.2. Teorías sobre la vejez

Son muchas las teorías existentes acerca del ciclo de la vida y la adaptación al envejecimiento. Diversos enfoques tratan de delimitar las diferentes etapas que componen la vida humana, pero estas fases no tienen unos límites precisos.

Etapas como la infancia y la adolescencia han sido más estudiadas que la de la vejez, lo que puede deberse a que se valoran más positivamente los primeros años de vida porque se asocia a un proceso de formación de la

persona, mientras que la vejez se vive como un retroceso y por tanto como algo negativo.

El significado del término tercera edad ha cambiado y evolucionado adaptándose a la sociedad, lo que ha dado lugar a diferentes teorías, partiendo cada una de una idea diferente de la persona mayor (enfermedad, sabiduría, actividad, etc.)

La ausencia de una división de las últimas etapas del ciclo de vida ha dado lugar a la aparición de distintas teorías que dificultan la adopción de un modelo generalizado. Es difícil acotar mediante un término una vejez cada día más heterogénea, que abarca desde los 60 a los 100 años o más. Se pueden encontrar muy diferentes términos para referirse al mismo fenómeno (etapa adulta tardía, adulto mayor, cuarta edad, etc.). Si bien la flexibilidad es necesaria para la investigación, la enorme variedad de términos y de clasificaciones puede producir confusión y falta de rigor.

A continuación se exponen diferentes modelos de envejecimiento que existen para tratar de explicar la influencia de los factores culturales y sociales sobre el mismo.

1.2.1. La teoría del disengagement retrainimiento

Sus promotores son Cumming y Henry y la denominaron teoría del disengagement (Cumming y Henry, 1961). Podría traducirse por desenganche, desentendimiento, desacoplamiento o retrainimiento.

Esta teoría plantea que el envejecimiento está acompañado del retrainimiento recíproco de la sociedad y del individuo. La persona mayor deja poco a poco de mezclarse en la vida de la sociedad y ésta le ofrece cada vez menos posibilidades.

Algunos creen que son las personas de edad las que inician por sí mismas el proceso de retraimiento mientras que otros consideran que es la sociedad la que gradualmente obliga a los ancianos a retirarse de la vida activa.

1.2.2. La teoría de la actividad, teoría de la adaptación o teoría del envejecimiento exitoso (successful aging)

En las tres versiones, más que hablar de una teoría propiamente dicha, cabe hablar de una actitud pragmática, por tratar de enfrentarse con la prevención, o al menos con la mitigación de la senilidad.

Estas teorías se remiten al significado central que representa el trabajo en las sociedades industriales, en relación generalmente con la obra de Weber sobre la ética protestante y el espíritu del capitalismo, en la que aparece el trabajo y la profesión como una vocación y como vía de realización personal.

La jubilación supondría, por tanto, una pérdida y una ruptura traumatizante, que puede ser traducida como pérdida de función o de rol y consecuentemente marginación. Se trataría, por tanto, de prevenir o paliar esa ruptura con sucedáneos del trabajo profesional como son las aficiones, la pertenencia a clubes o asociaciones, etc. Este tipo de actividades ayudaría a la persona jubilada a mantenerse en forma.

Si a los mayores se les priva de algunos papeles sociales, los que quedan, distan mucho de hallarse claramente definidos. La confusión resultante conduce a un estado de “anomia” (situación social en la que no existen normas bien definidas, ni el individuo posee relaciones significativas con los demás), en el que el individuo carece ya de propósito y de identidad.

Según la teoría de la actividad (Havighurst y Albrecht, 1953), una vejez lograda supone el descubrimiento de nuevos papeles o de nuevos medios de conservar los antiguos. La premisa principal de esta teoría es el hecho de que

sólo una persona llega a ser feliz, se siente satisfecha y por tanto integrada socialmente, cuando es activa, produce algún tipo de rendimiento y se siente útil para los demás y para la sociedad en general.

1.2.3. La teoría del medio social

Según esta teoría el comportamiento durante la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales. Según este punto de vista, sobre el nivel de actividad de un individuo de edad influyen tres factores valiosos: la salud, el dinero y los apoyos sociales.

1.2.4. La teoría de la continuidad

Según la teoría de la continuidad (Atchley, 1971), los hábitos, gustos y estilos personales adquiridos y elaborados durante la vida, persisten en la vejez y el mejor índice de predicción de los comportamientos de un sujeto en una determinada situación continúa siendo su conducta anterior.

1.2.5. Las personas mayores como subcultura

La teoría de la subcultura (Rose, 1965), sostiene que las características comunes de las personas mayores y su aislamiento explican que formen un grupo social aparte. Y esta “subcultura de la edad” posee todos los rasgos característicos de cualquier grupo aislado, incluyendo un conjunto de normas que gobiernan su conducta.

1.2.6. Las personas mayores como grupo minoritario

En nuestra sociedad las personas mayores se sienten, por así decirlo, forzadas a formar una minoría.

Los rasgos característicos de los grupos minoritarios se aplican a las personas mayores. Desde un punto de vista sociológico una minoría no implica

que esté formada por un número reducido de miembros, por ejemplo, en Sudáfrica los negros son considerados una minoría en el sentido sociológico de que están discriminados ya que no disfrutan de las mismas oportunidades sociales, económicas, políticas y culturales que el resto de ciudadanos blancos.

En el caso de las personas mayores, según esta teoría, la falta de movilidad, la pobreza, la segregación y la impotencia, serían los aspectos que les harían ser considerados como grupo minoritario.

1.2.7. La teoría fenomenológica

Esta teoría parte del principio de la necesidad de comprender el mundo perceptivo de los seres humanos para poder comprender su conducta, ya que cada persona ve el mundo de forma distinta en función del sistema perceptivo desarrollado en su experiencia vital a través del proceso de socialización. Esta teoría parece ser más prometedora, pero hasta el momento es la menos desarrollada.

1.2.8. La teoría de la estratificación social

En toda sociedad, cada persona pertenece a un determinado número de grupos. Los sociólogos emplean el término de “capa o estrato” para definir la estratificación social. La noción misma de la estratificación supone una superposición de las capas sociales. Grupos y capas poseen determinadas propiedades: pueden ser permanentes, como el grupo racial, o temporales como el grupo formado por los estudiantes en una determinada época.

La estratificación según la edad es permanente en un sentido y temporal en otro. En todo momento, cada uno es miembro permanente de una capa o estrato de edad y sólo la muerte le permitirá abandonarla. Las sociedades difieren por el número de capas de edad que reconocen y la duración de cada una también es variable. Así por ejemplo, la ampliación de la infancia, como consecuencia de la prolongación de la escolaridad, así como de un cierto grado

de riqueza, ha permitido una subdivisión de la misma que se denomina adolescencia.

La influencia que ejerce sobre el individuo el hecho de pertenecer a una determinada capa social, constituye el “predominio” de esta capa.

Ciertas capas de edad son menos prestigiosas que otras. El estrato o capa de edad que corresponde a las personas mayores, a veces denominado el “poder gris” aumenta en número y en fuerza. La conciencia de esta toma de poder económico y político confiere una importancia nueva al hecho de pertenecer a la capa de edad que comprende la vejez.

1.2.9. Reflexión sobre las diferentes teorías

En nuestra opinión, ninguna de las teorías expuestas explica por sí sola el significado sociológico de la vejez, sin embargo, si las estimamos en conjunto nos pueden dar una visión más amplia de hacia dónde debería encaminarse el estudio psicosocial de las personas mayores, no sólo de manera individual, sino también como grupo o colectivo dentro de la sociedad.

Consideramos que una de las más relevantes es la teoría de la continuidad, según la cual la última etapa de la vida prolonga los estadios anteriores. Los hábitos, gustos y estilos personales durante los años previos persisten en la vejez y el mejor índice de predicción de los comportamientos de un sujeto en una determinada situación continúa siendo su conducta anterior. Se debe de considerar la heterogeneidad dentro del grupo de personas mayores y por ello, la vida que se ha llevado en los años anteriores, la forma de ocupar el tiempo libre, el modo de relacionarse con los demás y los rasgos de personalidad entre otros factores, influirán en la forma en que se lleve esta etapa de la vida. Nos parece adecuado complementar esta teoría con la teoría del medio social, que sostiene que el comportamiento durante la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales (la salud, el dinero y los apoyos sociales), porque la vida que se lleva en la vejez vendrá determinada no sólo por

variables internas y pertenecientes al sujeto, sino también por causas externas. De ahí la importancia de ofrecer a las personas mayores todos los medios y recursos socio-sanitarios para que puedan lograr la mejor calidad de vida en esa etapa de su vida en que ciertas circunstancias pueden hacer que sea un grupo vulnerable (jubilación, problemas de salud, etc.).

También se debe de tener presente la teoría de la actividad, por la importancia que tiene para el bienestar de las personas el estar activo y sentirse útil, así como la teoría del etiquetaje o de la estigmatización por la relevancia de las etiquetas sociales y el hecho de que puedan convertirse en profecías autocumplidas.

1.3. Cómo denominar a las personas que tienen más años

No existe acuerdo sobre cómo se debe denominar a las personas con más años. Ha ido surgiendo una nueva terminología relacionada con las personas mayores: poder gris, invierno demográfico, guerra de edades, cabezas grises, panteras grises, tercera edad, gente mayor, viejos, ancianos, senescencia y/o ancianidad.

El término tercera edad se considera una expresión poco precisa, ya que reduce en una sola etapa toda la edad avanzada cuando, en realidad, conviene distinguir, la vejez todavía activa y en buen estado de salud, de la de quien ya no puede valerse física y/o mentalmente por sí mismo.

Las palabras viejo/a se han llenado de connotaciones negativas y resultan malsonantes y casi ofensivas. Parece más adecuado decir persona mayor en lugar de viejo/a o los mayores, la tercera edad e incluso la cuarta edad en lugar de vejez. Se puede ver con esto, que lo viejo se ha convertido en sinónimo de lo feo, caduco e inservible.

Algunos estudiosos de la ancianidad consideran términos como tercera edad eufemismos que “tratan de alejar la idea de la muerte del hecho de la vejez” (Fericgla, 1992).

Como bien expresa Aranguren: “La moderna expresión “tercera edad” es doblemente imprecisa: en primer lugar porque engloba, en una sola y misma etapa, infancia y juventud, tras las cuales, reducidas a unidad, vendrían la edad adulta y finalmente la vejez. Pero además, y principalmente, porque otra vez, engloba en una sola y misma etapa toda edad avanzada cuando, en realidad conviene distinguir, dentro de ella, la vejez todavía activa y en buen estado de salud, de la de quien ya no puede valerse física y/o mentalmente por sí mismo, y que ya se empieza a denominar “cuarta edad”. Por ello, y por lo menos en el lenguaje no burocrático, es preferible –y preferido por nosotros, los que en esa fase de la vida estamos- que se nos llamen “mayores”. “Ser mayor” significa, en general, ser superior, cuando menos en tamaño y estatura, pero también, y es lo que nos importa aquí según el dictum antiguo, “en edad, saber y gobierno”. Mayores, por más prestigiosos y dignos de respeto son los seniores (de donde la palabra “señores”), y asimismo de decanos (o miembros más antiguos de una comunidad, cuerpo o junta) y los presbíteros (o “más ancianos”, etimológicamente, en tanto que “ven de más lejos” en el pasado, que los todavía diáconos) (Aranguren, 1992:27).

El término “Tercera Edad” fue acuñado en Francia por primera vez en 1968, empezándose a emplear internacionalmente, sobre todo al plantearse programas para este colectivo. Además por el aumento de las personas de más de ochenta años surgió el término “Cuarta Edad”.

Desde hace años tanto las administraciones como la sociedad en general, utilizan cada vez más la denominación de “personas mayores”. Estos cambios y giros en el lenguaje no son más que el reflejo de otros cambios más profundos producidos en la sociedad. En nuestra sociedad ha cambiado la idea que se tenía acerca de la vejez y de las personas de mayor edad. A comienzos del siglo XIX, las personas mayores representaban la sabiduría, la serenidad, el poder y

el prestigio, mientras que a finales del siglo XX se perdieron estos valores positivos y se han ido cargando de valoraciones negativas.

Dependiendo de los contextos, la vejez se ha asociado a una edad biológica (la edad) o a una edad social (la jubilación), pero ninguna de ellas explica por sí sola cuándo una persona es mayor, ya que además de estas dos condiciones, hay que tener en cuenta el estado de salud física y mental, la autopercepción que tenga uno mismo, el estado de ánimo, etc. Por tanto, debemos tener presente que es la sociedad quien define en qué momento somos niños, jóvenes, adultos o mayores, lo que implica lo que podemos y debemos hacer en cada una de estas etapas.

Una persona es la suma de su propia experiencia. No se pasa de una etapa a otra de la vida saltando barreras claramente delimitadas, esas fronteras son sociales. Como exponen Mishara y Riedel (1986) “la vejez no es algo estático sino dinámico; es un proceso”. Decir que el envejecimiento es un proceso “equivale a recalcar que es un cambio que no ocurre de forma repentina, como un accidente, sino en forma gradual y progresiva. Dependerá en gran parte, del ambiente en el que se haya vivido, de la profesión ejercida, etc. (...) No tener en cuenta esto y juzgar con el mismo módulo a cada persona mayor, puede acarrear graves equivocaciones de apreciación e interpretación”.

1.4. Mitos, estereotipos y prejuicios sobre la vejez

El término “ageísm” (traducido como viejismo), significa un prejuicio o creencia de rechazo e infravaloración de las personas mayores. El viejismo incluye diferentes niveles como son actitudes discriminatorias, comportamientos improcedentes e intolerancia hacia las personas mayores, así como trato inadecuado por quienes ofrecen servicios a este colectivo. También incluye la discriminación de las personas mayores por políticas y prácticas institucionalizadas (jubilación obligatoria, menores aumentos de sueldo, etc.)

Como bien dice Salvarezza el término viejismo es el “conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad. Sus consecuencias son similares a las que se producen por prejuicios contra las personas de diferente color, raza o religión o contra las mujeres en función de su sexo. La diferencia es que los viejos no poseen ese estado en razón de su nacimiento en un medio determinado, sino que lo adquieren en razón de la acumulación de cierto número de cumpleaños” (Salvarezza, 1991: 23).

Estos prejuicios viejistas, como otros, se adquieren durante la infancia. Los niños asocian la vejez a la declinación mental y física, a la pérdida de vitalidad y atractivo físico, todo ello a través de personas de edad avanzada de su entorno como sus abuelos o abuelas. Estos estereotipos y prejuicios están tan interiorizados que resulta muy difícil reconocerlo de manera consciente.

La mayoría de los prejuicios proceden de la misma causa, que es juzgar la vejez como un problema social. Para evitar que el envejecimiento parezca un problema social debemos hacer de la vejez una institución social, institucionalizar la vejez como una edad a respetar y proteger, conservándola y no haciendo de las personas mayores una dimensión problemática como la contaminación o la droga.

Las personas mayores deben recobrar toda su realidad social, pues sin un rol que ejercer, una función que desempeñar, ni relaciones sociales, la vejez no cobrará su plena dignidad institucional y seguiremos viéndola como un problema social.

Algunos de los mitos que existen sobre la vejez y que son difíciles de cambiar son el mito de la improductividad (el jubilado no produce, no consume, no es útil o es una “carga”) y el mito de la vejez desgraciada (sinónimo de dolor, enfermedad y abandono.)

Consideramos que se podría tratar de modificar estos mitos mediante cambios conductuales, logrando que haya mayor contacto entre personas de diferentes edades, mediante encuentros intergeneracionales, actividades en común, donde se puedan conocer de cerca diferentes personas de diferentes grupos de edad. Mediante estos encuentros se permitiría que personas de otras edades pudieran ver que muchas personas mayores no están dentro del estereotipo, que tienen calidad de vida, que son activos y contribuyen de diferentes formas (voluntariado, cuidando a nietos, con su sabiduría, etc.) a mejorar la sociedad.

1.5. Contribución de algunas ciencias y disciplinas a la vejez

1.5.1. Gerontología

La Gerontología es la ciencia dedicada a estudiar el comportamiento y los procesos psicológicos que se dan en las personas mayores.

Su objetivo es el estudio de los problemas biológicos, psicológicos, sociales y económicos de las personas mayores. Es el estudio de las manifestaciones que acaecen en el curso de la vejez. Los dos componentes que hacen posible esta aproximación científica al campo de la vejez, son la investigación (teoría) y la práctica. Se presentan a continuación dos perspectivas:

- Gerontología social:

Sociológicamente, los gerontólogos estudian la conducta de la persona mayor en relación con su ambiente, patrones de conducta, aspectos influyentes como la migración laboral, jubilación, viudedad, aislamiento o gestión económica. En los ámbitos afectivo y psicológico, la gerontología estudia lo relacionado con el individuo y su interior.

- Gerontología educativa:

La Gerontología Educativa ha abierto algunas puertas que estaban cerradas hace años, cuando los mayores apenas estaban vistos como merecedores de ser tenidos en cuenta en los círculos de la política educativa. Desde hace unos años uno de los objetivos ha sido reconocer que el número de personas mayores, a lo largo de todo el mundo, se está incrementando y habrá más demanda y consumo de oportunidades educativas que deberán de ser cubiertas. Las respuestas educativas, en la investigación y en la práctica, necesitarán del reconocimiento de su diversidad, del respeto y valoración de su individualidad.

La Gerontología Educativa tiene como objetivo último contribuir a un ajuste y proporcionar una mayor calidad en la vejez desde tres ámbitos. El primero dirige la atención educativa hacia las personas de edad avanzada, el segundo orienta los esfuerzos educativos a la sociedad o comunidad, a fin de que ésta tome conciencia de la importancia de la vejez, mientras que el tercero y último ámbito orienta los esfuerzos educativos hacia la capacitación técnica del profesional en contacto directo con las personas mayores.

1.5.2. Geriatría

Es la rama de la Medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales de la salud y enfermedad en los ancianos. Para cubrir estos aspectos, se requieren nuevas técnicas en medicina, enfermería, administración hospitalaria y servicios sociales, que se abordan desde esta disciplina.

La Medicina geriátrica tiene una perspectiva distinta: es una medicina complementaria a la tradicional. La planificación de servicios geriátricos debe hacerse pensando en toda la comunidad y clases sociales, pues la geriatría proporciona una ayuda práctica a un determinado colectivo y no a la persona mayor aislada.

La Organización Mundial de la Salud (1974) recomendó organizar un sistema de servicios geriátricos integrados orientado a sostener en lo posible a las personas mayores en sus propios domicilios o en la comunidad. Cada país debe evaluar las necesidades de este colectivo y desarrollar el tipo de cuidados más apropiado dentro de sus políticas de asistencia sanitaria, con especial atención a la prevención médica y social, la rehabilitación, el tratamiento curativo, la asistencia a largo plazo y el soporte de los servicios sociales en la comunidad.

La rehabilitación en geriatría, aunque sea parcial, es posible siempre que se dé un tratamiento adecuado en un ambiente adecuado. Desempeña un papel importante en el paso de la dependencia a la autonomía, por lo que confundir Geriatría con enfermos crónicos es un grave error.

La Geriatría se propone los siguientes objetivos:

- El desarrollo de un sistema asistencial al enfermo que atienda las múltiples alteraciones y los problemas médico-sociales de los mayores, que en diferentes grados, presenten la pérdida de su independencia física o social.
- La movilización de todos los recursos para que se mantengan en la comunidad el mayor número posible de personas mayores.
- La organización de una asistencia prolongada a las personas mayores que lo necesiten.

1.5.3. Gerontagogía

Lemieux (1998) define la Gerontagogía como “una disciplina pedagógica que tiene por objeto el conjunto de métodos y de técnicas relacionadas y reagrupadas en un corpus de conocimientos orientados en función del desarrollo de los destinatarios mayores”. Etimológicamente proviene del griego gerantogeo

que viene a significar “conducir a un viejo”. Más que una disciplina, es una práctica orientada a la intervención y a la mejora.

Su denominación particular, según Legendre (1993), está asociada a la educación de personas mayores: “Estudia a la persona mayor en situación educativa (situación contextual donde se desarrollan los procesos de enseñanza y aprendizaje), es por tanto una práctica. Una práctica social orientada a la formación de personas mayores”.

Siguiendo a Lemieux (1996), la Gerontagogía se apoya en los siguientes supuestos:

- Las personas mayores se sienten más satisfechas cuanto más activas están.
- Pueden aprender y enseñar durante toda su vida.
- Se manifiestan pérdidas y declives pero también hallazgos y ganancias, dado que por sí solas son capaces de alcanzar diferentes logros.
- Las personas mayores se mueven, viven y se desarrollan entre dos principios: el de finitud y el de autodesarrollo. Uno se abre a la conciencia de extinción; el segundo al lenguaje de la posibilidad.
- Tal y como demuestran los estudios históricos, las sociedades con un alto nivel cultural van interiorizando lo que se ha ignorado por tradición: que no existen roles rígidos, ni funciones definitivas asociadas a una edad. Cabe la transformación, el cambio, la modificación, la reconversión de papeles, la asunción de tareas novedosas y la apertura a nuevos horizontes. La misión de la Gerontagogía, como práctica educativa y social, debiera consistir en multiplicar las defensas culturales de los mayores para que accedan con más posibilidades al entorno social.

- Tomando como base la potencial actividad de los mayores, la Gerontagogía entiende que la planificación y la realización de programas culturales y educativos puede tender a la autorrealización deseada.

1.5.4. Andragogía

El término ha sido adoptado fundamentalmente por los autores norteamericanos y latinoamericanos, entre ellos Adams (1970) que atribuyó a la Andragogía unos objetivos similares a los de la educación de personas adultas. Veamos algunos de estos objetivos:

- Partir de los intereses de las personas con la intención de ayudarlas a buscar nuevas perspectivas en su vida cultural, social y política.

- Desarrollar procesos de orientación destinados a las personas mayores que propicien la adopción de nuevos rumbos en sus vidas y enraizar en ellas la idea de que a través de la educación pueden mejorar sus capacidades.

- Facilitarles que puedan reformular los conceptos e ideas que tenían aprehendidos y, de este modo, enriquecer su vida cultural y social.

- Promover una proyección humana que sirva para que las personas puedan interpretar las variables de lo que fueron, son y serán, entre las cuales se conjuga la esencia misma de lo que es el ser humano.

Busca un estilo de aprendizaje independiente y muy relacionado con el contexto. La experiencia se considera un recurso muy rico. De este modo, los programas de aprendizaje se organizarán en función de las necesidades de las personas y su ampliación a la resolución de los problemas generados en la vida diaria.

1.6. Aspectos sociodemográficos y evolución

Ser mayor en el siglo XXI supone envejecer en una sociedad de cambios acelerados e inesperados, algunos con consecuencias directas sobre la persona mayor.

Las personas mayores no se encuentran muchas veces con los recursos necesarios para adaptarse a situaciones que suponen nuevos valores y nuevas maneras de ver la realidad.

Hay algunos aspectos importantes que marcan el mundo de las personas mayores. Por un lado está el aumento cuantitativo de las personas mayores de 65 años y dentro de éste los mayores de 80 años. La vejez ya no es patrimonio de unos pocos. Hemos pasado de una sociedad en la que había muchos nacimientos y muchos fallecimientos, a una sociedad donde ocurre todo lo contrario, lo que supone un importante cambio demográfico. Por otro lado, es importante hablar del alto porcentaje de mujeres en relación a los varones mayores. Estas mujeres han sido en su mayoría “cuidadoras” y llegan a edades avanzadas con pocos recursos económicos y carentes de redes sociales. Otro aspecto significativo de las personas mayores hoy es su mayor autonomía personal, en parte debido a la dispersión familiar, a los diversos modelos de familia y a los mejores niveles económicos de los jubilados con respecto a hace muchos años. Esta mayor autonomía se manifiesta en un envejecimiento más lento y con más salud, en emplear más tiempo disfrutando del ocio individual y colectivo y en pasar sus últimos años independientes de la vida de los hijos, pudiendo muchos envejecer en su propia casa.

Sin embargo, esta situación social de las personas mayores en el estado español no es única ni representa a la totalidad del colectivo. Hay todavía un gran número que envejece con grandes dificultades (por no tener familia, por no disponer de recursos económicos, por encontrarse en mal estado de salud, por no tener acceso a la red de servicios sociales, etc.).

Al hablar de personas mayores nos referimos a un colectivo amplio. No todos comparten las mismas dificultades ni la misma situación. En este colectivo, como en cualquier otro grupo humano, se reproducen las diferencias estructurales y las estratificaciones de la sociedad en el que se está inserto. Sin embargo, hay algunos aspectos que inciden en todos ellos como son: el tránsito de la familia tradicional extensa a la familia nuclear, la identificación de la juventud como valor de actividad y de rendimiento, el consumo como exigencia fundamental de la vida cotidiana y el hecho de que la experiencia haya dejado de ser la principal fuente de conocimiento.

Por eso, en nuestro sistema socioeconómico, a las personas mayores se les asigna un papel marginal. La vejez que es una etapa natural en la persona ha pasado a ser algo social que viene determinado por la jubilación. Jubilación, retiro e inutilidad han quedado emparentados socialmente en una sociedad industrial, fundada en el principio del rendimiento laboral.

Hay un envejecimiento progresivo de la población española. Desde principios del siglo XX y, de forma más intensa desde la década de 1960-1970 hasta la actualidad se ha observado un cambio en la pirámide demográfica española que consiste en un progresivo aumento de la población de mayores de 65 años con respecto a la totalidad de la población. Este aumento relativo de la población mayor también se ha visto acompañado de un aumento absoluto del número de personas mayores. Las causas de este progresivo envejecimiento de la población son diversos factores sociales, sanitarios y económicos que han llevado a la disminución de la mortalidad, tanto general como infantil, al aumento de la esperanza de vida y, sobre todo, a la disminución de la natalidad, que en estos momentos se encuentra por debajo del nivel de sustitución, y es sin duda el principal responsable del cambio que ha sufrido la pirámide poblacional. Además, el envejecimiento de la población se intensifica en aquellos núcleos en los que se produce emigración de la gente joven, como ocurre en los distritos más antiguos de las grandes ciudades.

Esta tendencia al envejecimiento de la población, de acuerdo con las predicciones demográficas, va a continuar manteniéndose en las próximas décadas.

Según los datos del IMSERSO (Las personas mayores en España. Informe 2012), el envejecimiento se ha acelerado en los últimos años. En 1991 los mayores de 65 años en nuestro país sumaban un total de 5.370.252, dentro de este colectivo, los mayores de 80 años, representaban en términos absolutos 1.147.868. Pero si comparamos estos datos con los de 2011, vemos que han cambiado radicalmente, siendo el número de personas mayores de 65 años de 8.116.350 (17,3% de la población total). En la tabla 1 puede observarse la evolución de la población mayor en España y las previsiones hasta el año 2050. Podemos ver el gran aumento de personas mayores que se producirá en los próximos años.

Años	Población total	Población de 65 años y más		Población de 65-79 años		Población de 80 años y más	
	Absoluto	Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje
1900	18.618.086	967.774	5,2	851.859	4,6	115.385	0,6
1910	19.995.686	1.105.569	5,5	972.954	4,9	132.615	0,7
1920	21.389.842	1.216.693	5,7	1.073.679	5,0	143.014	0,7
1930	23.677.794	1.440.739	6,1	1.263.626	5,3	177.113	0,7
1940	26.015.907	1.699.860	6,5	1.475.702	5,7	224.158	0,9
1950	27.976.755	2.022.523	7,2	1.750.045	6,3	272.478	1,0
1960	30.528.539	2.505.165	8,2	2.136.190	7,0	368.975	1,2
1970	34.040.989	3.290.800	9,7	2.767.061	8,1	523.739	1,5
1981	37.683.363	4.236.724	11,2	3.511.593	9,3	725.131	1,9
1991	38.872.268	5.370.252	13,8	4.222.384	10,9	1.147.868	3,0
2001	41.116.842	7.037.553	17,1	5.404.513	13,1	1.633.040	4,0
2011	46.815.916	8.116.350	17,3	5.659.442	12,1	2.456.908	5,2
2020	45.312.312	9.144.284	20,2	6.305.715	13,9	2.838.569	6,3
2030	44.050.312	11.300.064	25,7	7.767.119	17,6	3.532.945	8,0
2040	42.977.420	13.796.012	32,1	9.096.509	21,2	4.699.503	10,9
2050	41.836.016	15.221.239	36,4	8.986.586	21,5	6.234.653	14,9

Tabla 1. Evolución de la Población Mayor (1900-2050)

Fuente: IMSERSO. Informe 2012. Las personas mayores en España.

El 75% de las personas de los países desarrollados va a vivir en el medio urbano. Las áreas urbanas de nuestro país, en especial las ciudades con más de

cien mil habitantes, son las que registran mayor concentración de población de personas mayores. Las provincias con mayor proporción de personas mayores son las del interior de España, donde las más envejecidas son a la vez las que tienen menor nivel de vida.

Antes de entrar con más detalle en algunos aspectos, exponemos algunas características generales de la población de personas mayores en España según datos del IMSERSO:

- El porcentaje de personas mayores que vive de forma independiente ha crecido mientras que ha descendido el de las personas que vive con hijos emancipados u otros familiares. El número de mayores que viven solos es mayor en las grandes ciudades que en las zonas rurales.
- La proporción de mujeres es mayor que la de hombres y hay más viudas que viudos.
- Más del 80% tiene estudios primarios o ningunos estudios.
- El nivel de ingresos de las personas mayores en España había mejorado respecto a la década anterior.
- Los varones disponen de rentas más altas que las mujeres y la renta disminuye a medida que aumenta la edad.
- El grado de conocimiento de los servicios sociales es mucho menor en las zonas rurales que en las urbanas.

Si el aumento de la población española total se encuentra en proceso de deceleración y se alcanzará el “crecimiento cero” dentro de 15 a 20 años, el número total de mayores de 65 años, en cambio, continuará creciendo durante varios decenios, y la proporción de éstos con respecto al total de la población sufrirá un crecimiento aún más pronunciado. Por otra parte, el aumento de la

esperanza de vida hará que dentro de este grupo de mayores de 65 años, la edad sea aún más avanzada.

En la actualidad, existe un retraso en la llegada de la auténtica vejez en los aspectos físico y mental, debido a las mejoras en la alimentación, la sanidad y el nivel de vida de la población. Es decir, en el futuro próximo nos encontraremos con un aumento absoluto y relativo del número de personas mayores, que tendrán más años, mejor estado de salud y un perfil diferente.

Los cambios demográficos descritos tienen y tendrán consecuencias importantes en diferentes aspectos. Por una parte el envejecimiento demográfico tiene consecuencias en la distribución de la población por sexos, al encontrarse una mayor esperanza de vida en las mujeres, diferencia que ha aumentado en los últimos años. Este factor determina que entre las personas mayores encontremos muchas más mujeres que hombres, así como más viudas y solteras, que viudos y solteros. A su vez, esto hace que la proporción de personas mayores que viven solas y, por tanto, en situación de aislamiento social y sin la posibilidad de un eventual cuidador en su domicilio, se incremente de forma paulatina.

En países como el nuestro, con una relativa institucionalización de la sanidad pública, y en el que hasta hace poco tiempo la gestión familiar de las personas mayores era una constante, los cambios recientes en la estructura familiar han puesto en evidencia el problema de la atención a estas personas. Probablemente las razones principales son el aumento de la esperanza de vida de 15 a 25 años después de la jubilación y la incorporación de la mujer al mundo laboral.

Respecto a la cuestión de la dependencia, la encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, cifraba en 3.528.221 el número total de españoles con alguna discapacidad o con limitaciones que podían llegar a causar discapacidades. Esto representa a casi un 9% de la población y matizaba que de ellos, 1.125.190 eran personas dependientes

(EDDES, 1999, proyección 2005). La mayor parte de esta población dependiente son personas mayores de 65 años.

El aumento de las personas mayores dependientes es una de las características demográficas más significativas de las sociedades avanzadas, pues a la pérdida de salud se suma la reducción de la capacidad para realizar las actividades cotidianas y para desarrollar una vida autónoma.

En España, en el periodo comprendido entre 2003 y 2011, la población de 65 y más años se ha incrementado un 12,6%. Canarias es la Comunidad en la que ha crecido más la población mayor en este periodo (30,4%), seguida de Baleares (22,8%) y de la Comunidad Valenciana (21,1%). Más destacable es el aumento de la población octogenaria en todas las Comunidades Autónomas. En España, entre el año 2003 y el 2011, la población de 80 años y más se ha incrementado en un 36,9%.

En el año 2011, según el mapa de distribución provincial de las personas de 65 y más años del 2011 por porcentajes, diecisiete provincias españolas superaban el 20% de población de 65 años y más. Las provincias con una proporción de población mayor más elevada eran Orense (29,4%), Zamora (28,7%) y Lugo (28,1%). Las provincias con menor proporción de personas de 65 años y más eran Las Palmas (12,6%), Almería (13,2%), Cádiz (14%) y las Ciudades Autónomas de Melilla (9,9%) y Ceuta (10,9%). Los datos son diferentes si se consideran los valores absolutos, ya que lo que se mide es la cantidad de individuos de esa determinada edad, no en comparación con el total. Tradicionalmente, las provincias del interior de España han tenido una población más envejecida que en las áreas rurales.

La exclusión social es uno de los problemas que afecta principalmente a las personas de 65 y más años que viven en núcleos rurales de pequeño tamaño. En estos casos el proceso de exclusión social viene determinado tanto por la edad, como por factores relacionados con el estado de salud, la condición socioeconómica, la discapacidad e incluso el debilitamiento del ámbito relacional.

De este modo, la inequidad que sufren las personas mayores que viven en áreas rurales se manifiesta en desigualdades derivadas del acceso a los servicios, la distribución de los ingresos, la participación política y comunitaria y las redes sociales y familiares.

En algunas áreas rurales se están fomentando acciones cuyo objetivo es paliar la exclusión social de los mayores. Intervenciones tales como la prevención de la dependencia, la promoción de envejecimiento activo, el apoyo a las familias, la adaptación de viviendas y la creación de alojamientos alternativos y centros polivalentes, tendrían un efecto beneficioso sobre el bienestar y la calidad de vida de estas personas.

Como ya se ha mencionado anteriormente, una de las características del proceso de envejecimiento es la feminización de la población mayor. A principios del siglo xx, el número de mujeres mayores superaba al de varones en un 10,3%. En el año 2011 esta cifra había llegado hasta el 35%.

El estado civil se configura como un indicador óptimo del apoyo con el que pueden contar las personas, ya que la soltería, la viudedad, la separación y el divorcio, reducen los vínculos familiares que las personas pueden tener en la vejez. En general, las personas mayores de 65 años están casadas. Según los datos de la Encuesta de Población Activa (2011), el 62,2% de las personas de más de 65 años están casadas, el 29,2% viudas, el 6,2% solteras y el 2,4% separadas o divorciadas

También se observan importantes diferencias en el estado civil de la población mayor por género y grupo de edad. En general, los hombres de más de 65 años están casados y, las mujeres, viudas. La mayor esperanza de vida de las mujeres con respecto a los varones, junto con una edad media al matrimonio inferior, hacen que la proporción de viudas sea significativamente más elevada. Lógicamente, las diferencias por género en la supervivencia de la población hacen que la proporción de viudas aumente con la edad. Entre las

mujeres de 65 a 69 años la proporción de viudas representa el 21,7% del total y, entre las que superan los 70 años, el 50,2%.

En este sentido, la mayor supervivencia de las mujeres supone una importante desventaja. En la mayor parte de los casos, cuando los hombres llegan a mayores y se generalizan las enfermedades y/o discapacidades cuentan con el apoyo de su mujer. En el caso de las mujeres no sucede así. Previsiblemente, en las próximas décadas el aumento de la supervivencia de ambos cónyuges contrarrestará este desequilibrio.

En la actualidad la viudedad no tiene por qué ser una situación permanente ni implicar soledad. De acuerdo con los datos del Censo de 2011, en España el 36,8% de las personas de 65 y más años viven en hogares unipersonales: un 9,2% de los hombres y el 27,5% de las mujeres.

Sin embargo, cada vez más se está imponiendo entre las personas mayores la elección de la cohabitación como alternativa a la soledad. Aunque el matrimonio continúa siendo la principal forma de unión entre las personas de 65 y más años, la cohabitación está empezando a extenderse como forma de convivencia no sólo entre los solteros, sino también entre viudos, separados y divorciados.

1.6.1. Las personas mayores en Andalucía

Según datos del IMSERSO, en 2005 la población de Andalucía alcanzó los 7.849.799 habitantes, (7.975.672 habitantes según padrón municipal al 1 de Enero de 2006) según el Anuario Estadístico de España 2006. De ellos, 3.889.605 son hombres (49,55%) y 3.960.194 mujeres (50,45%). Las personas mayores de 65 años suponen 1.145.356 (el 14,59% de la población andaluza) y los mayores de 80 años 264.793 (el 3,37% de la población andaluza). En el conjunto de las personas mayores de 65 años existe un predominio de mujeres (57,56%) frente a los varones (42,44%). Además, analizando los quinquenios de edad, a partir de los 65 años, constatamos que los porcentajes relativos de

hombres frente a mujeres aumentan a favor de éstas conforme se incrementa la edad (estrictamente hablando, el grupo de edad).

Así, mientras que de los 316.218 andaluces comprendidos entre los 65 y los 69 años de edad el 46,52% son hombres, dicho porcentaje disminuye hasta convertirse sólo en un 30,19% en el grupo de edad compuesto por los mayores de 85 años, hecho que refleja la mayor longevidad de las mujeres.

La población andaluza mayor de 65 años en 1950 representaba un porcentaje inferior al 7 %, pasando a casi el 15% en 2005 y alcanzará un porcentaje previsiblemente cercano al 20% allá por el 2020. Y lo mismo ha ocurrido, y se espera que ocurra, con la población mayor de 80 años, que pasará de porcentajes inferiores al 1% en 1950 hasta valores estimados superiores al 5% en 2020, si bien se espera que la tasa de crecimiento de este último grupo de población, aun siendo positiva, sea inferior que la del grupo mayor de 65 años en su conjunto.

En el año 2005 en España el porcentaje de población mayor de 65 años era del 16,62%, frente al 14,59% de Andalucía, lo que refleja el mayor envejecimiento de la población española en su conjunto respecto a la andaluza, siendo la distribución por sexo similar a la de Andalucía, tanto en lo que se refiere al conjunto de los mayores de 65 años (42,16% de hombres versus al 57,56% de mujeres) como en cada uno de los quinquenios. El peso de la población mayor de 80 años, en relación a los mayores de 65 años, en España, es del 25,96%, mayor que en Andalucía. Las previsiones del INE para el año 2020 en España, según las proyecciones de población derivadas del Censo de 2001, arrojan cifras similares a las andaluzas en lo concerniente a la población mayor de 65 años (próximas al 20%), con un peso relativo superior de la población mayor de 80 años en el caso de España (6,19%) en relación a Andalucía (alrededor del 5%).

En 2004, el porcentaje de personas mayores de 65 años en la Unión Europea, según Eurostat, era del 16,50% (el 12,5% comprendidos entre los 65 y

los 79 años) y el 4% restante mayores de 80 años. En comparación con España y la UE, Andalucía presenta un menor envejecimiento de su población, con sólo un 14,60% de población mayor de 65 años (un 11,22% entre los 65 y los 79 años y un 3,38% mayor de 80 años).

El índice de envejecimiento es un cociente que compara la población de adultos mayores de 65 años de edad (en el numerador) con aquella otra comprendida entre el nacimiento y los 14 años. En consonancia con lo que acabamos de describir, la población andaluza, tanto para el conjunto de la población, como para hombres y mujeres considerados por separado, presenta índices de envejecimiento considerablemente inferiores a los correspondientes a España. Así, mientras que en Andalucía hay 89 personas en edad de jubilación por cada 100 jóvenes menores de 15 años, en España esa cantidad se eleva a 117.

Ocurre así por dos motivos, uno porque la esperanza de vida al nacer es más baja que la media española y otro porque la fecundidad viene resultando, en cambio, más alta. Podemos ver ambos datos en las tablas que se presentan a continuación.

	1978	1988	1998	2008
Andalucía	2,98	1,77	1,30	1,56
España	2,55	1,45	1,16	1,46
Fuente: Indicadores Demográficos Básicos (INE).				

Tabla 2. Evolución de la fecundidad en Andalucía y España

	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
Andalucía	79,67	76,58	82,78
España	80,94	77,77	84,11
Fuente: Indicadores demográficos Básicos (Instituto Nacional de Estadística, en adelante INE)			

Tabla 3. Esperanza de vida al nacimiento en Andalucía y en España 2007

En 2011 el número de personas mayores de 65 años en Andalucía era de 1.302.612, representando el 15,4% de la población total andaluza (559.637 hombres y 742.975 mujeres).

Respecto a la forma de convivencia, en Andalucía, de cada cinco personas mayores dos habitan en hogares bipersonales (el 41,99% siendo exactos). Es, con diferencia, el tipo de hogar más frecuente entre ellas. Las demás se distribuyen, en magnitudes bastante similares, en hogares de tres miembros (el 19,05%), de cuatro o más miembros (el 19,21%) o bien unipersonales (el 19,76%).

Aunque parte de los hogares de dos miembros enmarcan situaciones de convivencia intergeneracional, sea con algún descendiente o bien ascendiente, los más comunes entre ellos son los constituidos por una pareja de personas mayores. Se está retrasando el momento en que sucede la viudez, por lo que esta clase de hogares tiende a ser cada vez más común, sobre todo entre las personas septuagenarias, que en torno al 45% se encuentran en uno de ellos.

También se detecta una importante expansión de los hogares unipersonales. Ello responde a que, una vez que fallece la pareja, cada vez hay más personas mayores que optan por continuar en casa, en lugar de mudarse con familiares como solía ser costumbre y necesidad en muchas ocasiones. Durante las últimas décadas la vida en solitario viene ganando bastante terreno en Andalucía a la tradicional convivencia entre generaciones que solía darse tras la viudez. El resultado es que alrededor del 30% de las personas de 80 o más años residen en un hogar solitario.

Los hogares más poblados, sean de tres o de cuatro o más miembros, engloban fundamentalmente dos perfiles de convivencia muy distintos. Uno de ellos son personas mayores con o sin pareja, pero teniendo hijos todavía sin emancipar, situación sobre todo común en contextos de reciente jubilación. El otro perfil son personas de edad muy avanzada que, debido a sus problemas de

salud, deciden dejar de vivir solas yéndose al domicilio de familiares. En el segmento de la población de 65 o más años tanto los hogares de tres miembros como los de cuatro o más pierden relevancia en un primer momento (entre las personas sexagenarias y septuagenarias, a medida que los descendientes van abandonando la vivienda), para recuperarla luego (entre las personas de edad superior, conforme los familiares van acogiéndolas en casa para cuidarlas).

Las personas mayores se reparten entre los diferentes tipos de hogares de una manera bastante similar tanto Andalucía como en España. No ocurre así dentro de la comunidad autónoma. Granada es la provincia con el porcentaje más alto de personas mayores en hogares unipersonales, el 21,72%, seguida de Jaén (el 20,87%) y de Málaga (el 20,71%). En sentido contrario destacan Cádiz (el 18,22%), Córdoba (el 18,55%) y Sevilla (el 18,96%). Jaén sobresale, de otro lado, por ser la provincia andaluza con la mayor relación de personas mayores en hogares de dos miembros, el 47,57%. A continuación se sitúan Córdoba y Granada (alrededor del 44,50%).

En contra de la creencia social común, la convivencia entre varias generaciones resulta en las sociedades actuales bastante más corriente en las áreas urbanas que en las rurales. En estas últimas, en cambio, es mucho más común la vida en solitario de las personas mayores, circunstancia compatible con el hecho de que el envejecimiento en pareja sea también más frecuente en los pueblos que en las ciudades.

En el medio rural existen comparativamente más personas mayores casadas que en el urbano. Una vez que enviudan, tienden más que las de otros tipos de hábitats a vivir en solitario, en parte porque es probable que no tengan hijos residiendo en su misma localidad y quieran evitar el desarraigo social que suele conllevar el cambio a otra ciudad. Los hogares de cuatro o más miembros son más numerosos en las grandes ciudades, quizás porque muchos de ellos acaban al final albergando a personas mayores viudas procedentes del medio rural que, debido a los problemas de salud que sufren, han decidido trasladarse

a la vivienda de alguno de sus hijos o de alguna de sus hijas para ser cuidadas allí.

Ello implica que las personas mayores tienden a convivir menos con familiares y más en pareja o en solitario. Los hogares donde residen personas mayores se encuentran en general más poblados en las provincias occidentales de Andalucía (Cádiz, Huelva, Sevilla y Córdoba) que en las orientales (Almería, Granada, Jaén y Málaga). Tanto los hogares de una sola persona, como sobre todo los formados por dos personas, son comparativamente más frecuentes en las áreas rurales que en las urbanas.

En términos generales, con independencia del sexo, en Andalucía la gran mayoría de las personas mayores residen en su vivienda propia. Alrededor del 66% lo hacen acompañadas por su pareja y/o por algún descendiente (o incluso ascendiente al que muy probablemente cuiden) y cerca de un 20% en solitario. Siendo así, apenas el 12% se encuentran en otros núcleos familiares (domicilio ajeno) y únicamente el 2% están en viviendas colectivas. Esta distribución arroja unos resultados semejantes en España, donde cinco personas mayores habitan en su propia casa de cada seis.

En Andalucía la relación de mujeres mayores viviendo solas se alza sobre el 26%, mientras que la de varones no suma el 11%. También es mucho más frecuente hallar a mujeres que a hombres residiendo con familiares fuera del hogar propio (el 16,3% frente al 6,5%, respectivamente), así como en viviendas colectivas (2,3% frente a 1,3%). Por el contrario, habitando en su propia casa en compañía del cónyuge y/o de algún hijo o hija encontramos al 81% de los varones frente al 55% de las mujeres.

Mención especial hemos de hacer de las personas mayores que residen en viviendas colectivas, sean hombres o mujeres. A ellas se está tendiendo a acceder, y así seguirá ocurriendo con toda probabilidad, a una edad cada vez más tardía por cuanto que predomina ampliamente entre ellas la voluntad de continuar en casa todo el tiempo que sea posible. Ello implica que las llamadas

residencias han pasado a ser concebidas, no tanto como una alternativa al desarrollo de la vida en el hogar propio, sino como un recurso de futuro donde poder recibir las atenciones y los cuidados que quizás precisen algún día, si la salud se deteriora. Debemos recordar que las personas desean ser cuidadas por su familia, a poder ser sin abandonar su domicilio, con el apoyo de las administraciones.

En cuanto al nivel de estudios, la distribución de las personas mayores tendría dos aspectos a destacar. El primero es que un porcentaje bastante elevado de ellas carece de instrucción académica y el segundo, que se trata de un déficit que tiende a remediarse con celeridad, hasta el punto que hacia el año 2035 serán clara mayoría las personas con alguna clase de estudios (incluyendo alrededor de un 15% que estarán en posesión de estudios universitarios). Basándonos en los resultados del último censo de población hecho en España, en efecto, en 2001 cerca del 62% de las personas mayores carecía de estudios en Andalucía, entre las cuales el 15,86% no sabía leer ni escribir. El 38% restante sí que disponían de estudios: un 23% de primer grado, un 12% de segundo grado y el 3,43% de tercer grado. En comparación con los datos referidos a la población española la situación es desfavorable. En España el porcentaje de personas mayores sin estudios se aproxima al 44%, entre las cuales poco más del 8% analfabetas.

En cambio, las que tenían estudios primarios significaban el 36%, las que poseían estudios secundarios el 16% y las que gozaban de superiores el 4%, aproximadamente.

En el próximo capítulo se describirá el perfil de la persona mayor usuaria de centros de día y residencias para personas mayores así como la situación de estos servicios en Andalucía.

CAPÍTULO II: LAS RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES

En este capítulo describimos la evolución que han tenido las Residencias y Centros de Día desde su aparición a la actualidad, así como ambos conceptos y las diferentes clasificaciones. Tras esto, exponemos el perfil de la persona mayor que suele ser usuaria de estos servicios y los profesionales que trabajan en los mismos.

2.1. Inicio y evolución de las Residencias y Centros de Día

Hacemos un breve repaso de la evolución del cuidado a los mayores en las instituciones residenciales, las principales características de la Residencia de mayores como institución a lo largo del tiempo y la aparición de nuevos servicios como los Centros de Día.

“Toda institución es un reflejo de la sociedad que la ha alumbrado. Ello quiere decir que abordar el análisis de las residencias de ancianos es ahondar en el significado sociológico de la ancianidad en nuestra sociedad” (Barenys, 1992:121).

El cuidado a las personas mayores ha estado históricamente circunscrito al entorno familiar y a la red social más próxima, ámbitos desde los que se cubrían las necesidades fundamentales en todo el proceso vital de la persona, desde el nacimiento, hasta su muerte. El significado social sobre la vejez, y el rol y el estatus de este grupo etario en la propia estructura social de su época, ha variado sustancialmente entre sociedades y culturas, así como en diferentes momentos históricos, influenciado por cuestiones de índole cultural, como el lugar que ocupa en la sociedad lo oral y lo escrito, la dimensión de la familia, la condición de trabajo o el propio ideal de belleza y éxito social (Quintanar, 2000).

En las sociedades prehistóricas era habitual que a los escasos individuos que sobrevivían a edades más avanzadas, la sociedad les presupusiera una fortaleza relacionada con lo sobrenatural o lo sagrado; si bien, en determinadas sociedades en las que la subsistencia del grupo se basaba en la capacidad y en la fuerza física individual de sus miembros, se atentaba incluso contra los “no productivos”, al condicionar la propia supervivencia de la comunidad (Polo y Martínez, 2001).

En diferentes momentos de la historia y los diferentes contextos sociopolíticos se han desarrollado instituciones para el cuidado de las personas mayores sin recursos o apoyo familiar o que por alguna circunstancia no podían ser cuidados en su domicilio. Se exponen algunos ejemplos representativos del desarrollo de estas instituciones, que han ido evolucionando hasta convertirse en las actuales Residencias para personas mayores.

En el Imperio Bizantino, existen referencias de las que con toda probabilidad, fueron las primeras instituciones destinadas a la atención a personas mayores pobres. En el año 360 se fundó un hospital en el que había una zona donde se trasladaban los mayores al enfermar, estando allí temporalmente hasta su recuperación (Fernández y Sánchez, 2006).

En Grecia, se encuentran algunas de las primeras referencias a instituciones con perfil caritativo-religioso, destinadas al cuidado a los ancianos y su sostenimiento alimenticio (Quintanar, 2000). Varios siglos antes, también en Grecia, Platón admitiría las debilidades que presentaba la vejez, previendo lugares de descanso y cuidados acompañados de baños calientes.

Ya en la Edad Media, a partir del siglo VI, una minoría de ancianos ricos deciden voluntariamente retirarse a monasterios para descansar y alcanzar la salvación eterna (Martínez, Polo y Carrasco, 2002), práctica que se extiende en los siglos siguientes. Esa forma de retiro sólo estaría al alcance de personas con alto poder adquisitivo. El pobre deberá de sobrevivir en base a su trabajo, hasta que mantenga la capacidad para realizarlo. En ese momento, y en caso de no

disponer de una red familiar que lo cuide, pasaría a integrar el compendio de inválidos, huérfanos, locos y pordioseros (Quintanar, 2000). En cierta forma, el auténtico problema social lo presentan los “viejos pobres” ya que los pudientes tenían autonomía para subsistir. La pobreza, y no la edad por sí misma, se convierte en la causa del problema social planteado (Fernández y Sánchez, 2006). En el Concilio de Mayenza (1261) se solicita a los abades de los monasterios que los equipen con salas de enfermería para la atención a las personas mayores.

Esa condición de retiro voluntario de un determinado estrato social, y la protección de estos monasterios de los avatares bélicos, epidémicos o de ausencia de alimentos, consigue que las personas mayores presenten una mayor esperanza y calidad de vida y mejores condiciones de salud. En la evolución social y política de la Edad Media, se va experimentando un crecimiento paulatino de la burguesía y del comercio, adquiriendo la vejez una mayor relevancia social al conjugarse en esta edad, la mayor experiencia y las mayores riquezas acumuladas a lo largo de la vida, especialmente en los comerciantes. A esta situación de mayor estatus social, también contribuyó el desequilibrio demográfico producido como consecuencia de las epidemias devastadoras de la época, que incidieron especialmente en los jóvenes y niños.

En ese contexto socioeconómico, la atención a las personas mayores sufre algunas mejoras. Además de la extensión de los retiros voluntarios, comienzan a desarrollarse organizaciones gremiales promovidas por los comerciantes y los artesanos, así como casas de retiro para caballeros mayores, originadas desde las órdenes de caballería (Martínez et al., 2002). La propia Iglesia crea hospicios destinados para albergar a sacerdotes ancianos, evitando la mendicidad a la que se verían conducidos muchos de ellos en los últimos años de su vida.

Es destacable el papel de la Iglesia en el desarrollo de hospitales e instituciones caritativas para la atención a los más necesitados. Esta situación es especialmente destacable en el siglo XV, denominado por algunos autores como

el “siglo de los hospitales”, entendiendo como tal, las casas en las que se recibían a los necesitados, entre los que se encontraban las personas mayores. La misión de estos hospitales y asilos de la edad media, era conseguir la vida eterna, de ahí la no distinción de sus usuarios (Quintanar, 2000).

Un hito importante, por su impacto en el cuidado a mayores, es el surgimiento de las órdenes religiosas de San Juan de Dios y las Hijas de la Caridad, fundadas por San Vicente Paul y Santa Luisa de Marillac en el siglo XVII. Estas órdenes surgen fundamentalmente con la vocación del cuidado a los mayores en un momento de revoluciones, incluida la propia evolución de los cuidados sanitarios y sociales (Lorenzo, 2010).

En la Edad Moderna, el aumento del poder e influencia social de la burguesía va aumentando y el nuevo sector social, con posibilidades económicas, solicita el auxilio médico para sus ancianos (Fernández y Sánchez, 2006).

La atención social a la vejez se inscribe dentro de la atención a la pobreza, al estar configurado este grupo especialmente por personas mayores, mujeres y viudas. El paso de la Edad Media al Renacimiento supone, además del crecimiento de la burguesía, otros cambios sociales motivados por la concentración de población en los núcleos urbanos y el crecimiento de la pobreza en las ciudades (Martín, 2011). Socialmente se produce un debate sobre la conveniencia de abordar el problema de la pobreza y de la mendicidad, mostrándose dos tendencias fundamentales: la libertad del mendigo para vivir en la calle o la conveniencia de centralizar la caridad en centros específicos para pobres y mendigos. En cualquier caso, el aumento de la pobreza y la mendicidad se convierten en una preocupación política importante en la época.

La Ilustración otorga al Estado la misión asistencial, secularizando la pobreza. Surgen así los “hospicios”, en los que “el tratamiento de la pobreza no ha de ser individualista y religioso, sino colectivo y racional, represivo y reeducador asistencial” (Fernández y Sánchez, 2006: 176). En ellos, el trabajo

se regulaba en función de una escala de intensidades, en las que los ancianos, al igual que las mujeres y enfermos, serían destinados a las tareas domésticas.

A lo largo del siglo XIX se produce un desarrollo normativo destacable en los aspectos relacionados con diversa problemática social, que repercutirán en el desarrollo de las instituciones benéficas, evidenciando una voluntad de la administración pública por articular un sistema de beneficencia (Aguilar, 2010). La Constitución Española de 1812 contempla en su artículo 321, apartado sexto, que será responsabilidad de los Ayuntamientos: “cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia, bajo las reglas que se prescriban”.

La Ley de Beneficencia de 1822 focalizaba la responsabilidad fundamental a nivel municipal, otorgando a las diputaciones provinciales el control (Aguilar, 2010). Entre los aspectos más destacables en el desarrollo de las instituciones para mayores, la Ley contemplaba la reforma hospitalaria, la creación de hospitales para locos y convalecientes, y la corrección de determinadas prácticas en los hospicios, que pasan a denominarse casas de socorro (Vidal, 1987). La Ley General de Beneficencia de 1849, revierte el proceso municipalizador, atribuyendo responsabilidades en distintas administraciones. En este modelo, el nivel provincial se convierte en el responsable de una parte importante de los servicios residenciales, hospitalarios y sociales (Aguilar, 2010).

La ubicación de los asilos se caracteriza por su desplazamiento a las zonas periféricas de las ciudades, encontrando más razones en su edificación con origen económico o de exclusión social de los ancianos que los habitaban, que razones de índole higiénico y de salud pública, como el perseguido en la ubicación de los hospitales contemporáneos (Fernández y Sánchez, 2006).

Diversos factores socioculturales como el tipo de familia que predominaba en la época, la fuerte influencia de las creencias religiosas y de la cultura imperante, o la solidaridad intergeneracional presupuesta, marcaban una visión

social negativa sobre este tipo de centros, caracterizados por la imagen de marginalidad y exclusión social, siendo ocupados principalmente por ancianos indigentes o abandonados. La función social de esas instituciones se basaba en dar cobijo, custodiar o recluir a individuos, según los propios objetivos a los que se dirigiera el servicio: prestación de socorro o auxilio, prevención y cura de enfermedades, castigo, etc. (Barenys, 1993).

Desde esa perspectiva histórica, la atención permanente a personas mayores ha pasado del modelo “asilar”, dirigido especialmente al recogimiento y manutención de mayores y marginados, tratándose de centros de beneficencia y con ciertos tintes de estigmatización (IMSERSO, 2000), a los actuales centros sociosanitarios, visibles e integrados en la estructura social de ciudades y pueblos, en los que, de forma especializada e integral, se atiende a mayores con diferentes necesidades de apoyo social y/o de salud.

El nacimiento de los actuales centros residenciales para mayores puede situarse en numerosos países europeos tras la Segunda Guerra Mundial, siendo más reciente en otros países mediterráneos, como el caso de España, o en países latinoamericanos (IMSERSO, 1999). Este retraso de su desarrollo en los países mediterráneos guarda relación con la arraigada tradición social de la atención social a los mayores. Los propios modelos y políticas sociales europeas contemplan esa peculiaridad en la responsabilidad de la familia en el cuidado: los modelos nórdicos tratando de recuperarla, el continental de mantenerla con ayudas importantes y el mediterráneo, hacia nuevas formas de cuidado (Rodríguez, 2007).

En el caso de España, puede situarse en la mitad del siglo XX el momento en que comienza a recogerse a los ancianos en espacios específicos para ellos (Pérez, 2010). La creación y el rápido desarrollo de las residencias de mayores obedece a la necesidad de dar respuesta a nuevas realidades surgidas de los fenómenos sociales, culturales y demográficos, como la nuclearización de la familia, la incorporación de la mujer (que suele ser el cuidador principal) al mundo laboral fuera del hogar, el aumento progresivo de la esperanza de vida y

el éxodo a las ciudades con la consecuente reducción del espacio en las viviendas. La promulgación del Plan Gerontológico Nacional, en 1971, supuso un impulso importante en la creación de residencias. En 1975 existían 640 residencias para mayores en España, en las que residían 58.164 personas. Es destacable que en el 95% de las mismas había una participación activa de comunidades religiosas (Jiménez, 2001).

La modificación de la institución residencial coincide a su vez con el momento en que comienzan a medicalizarse los centros, conduciendo a una mayor especialización en la atención a los mayores (Barenys, 1992). La gestión y atención deja de restringirse a la obra de la Iglesia, predominante hasta ese momento, para dar paso a la iniciativa del sector público y posteriormente, a la inclusión del sector privado, tan generalizado en la actualidad. El nuevo modelo se hizo accesible a mayores de todas las clases sociales, con necesidades específicas por diversa problemática, sanitaria y/o social. Como se ha dicho, el modelo de cuidado y atención a los mayores a lo largo de la historia, está directamente condicionado por la creencia colectiva sobre la vejez que ha imperado en cada momento. Como síntesis de este recorrido, se muestran las palabras empleadas por Carmen Chamizo para describir esta evolución de la ancianidad, que sintetizan esa evolución de la vejez, desde la casualidad en los pueblos de la antigüedad, al problema social actual: “en la época medieval y antes, envejecer era una casualidad. Durante el Renacimiento, el Barroco y la Revolución Científica pasó a ser un lujo, debido a las epidemias. Ya durante el siglo XIX y XX comienza a ser una cuestión de tiempo y actualmente se contempla como un problema” (Chamizo, 1998: 37).

En España, la regulación de la protección social a las personas dependientes es un proceso relativamente reciente. Iniciativas como la Ley de Integración Social de las Personas con Minusvalía (LISMI) de 1982, la Ley General de Sanidad de 1986, el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en 1988, la Ley de Prestaciones no Contributivas de 1990 para la generalización del sistema de pensiones y la puesta en marcha del Plan gerontológico en 1992, supusieron hitos de envergadura para la mejora de la

protección social y de la cobertura de las necesidades de las personas mayores, en especial de las personas mayores dependientes. De gran relevancia es también la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

En los años 70 aparece el primer informe sociológico realizado en España sobre la situación de las personas mayores (Informe Gaur, 1975). En él se describían así las condiciones de las personas que finalizaban sus días en una residencia-asilo: “El hambre, el frío, la falta de higiene, el ambiente cuartelero, la promiscuidad y la incultura, están aún presentes en los alojamientos colectivos para ancianos como subproductos de una situación de miseria que no sólo proporciona la mayor parte de la clientela, sino que además, se instala en el propio centro...” Afortunadamente el modelo de residencia que se describía en este informe es muy diferente del actual, habiendo mejorado de forma importante las condiciones de las Residencias para mayores y la atención que se les ofrece. Llama la atención la gran escasez de plazas residenciales (1,46 camas por cada 100 personas mayores de 65 años) que aparecían en este informe.

En España, en la década de los años setenta se inició una primera etapa de construcción de residencias por parte de la Seguridad Social que superaba el antiguo concepto de asilo o institución de beneficencia destinadas a los sectores más desfavorecidos. De este modo se cubrió una carencia hasta entonces atendida de forma escasa por organizaciones religiosas, sistemas de beneficencia y raramente por la iniciativa privada. La práctica inexistencia que había de otros recursos de atención (centros de día, ayuda a domicilio, etc.) explica la demanda de plazas residenciales para un considerable colectivo de personas mayores que veían en ellas la única posibilidad de hacer frente a la última etapa vital.

En la década de los años ochenta esta tendencia continuó con la construcción de centros de la Seguridad Social y desde algunas comunidades autónomas. En este momento coincide con un giro significativo en el sistema de construcción y gestión derivado de la posición crítica al modelo generalizado de

instituciones grandes, aisladas, con pocos servicios y con escasa participación de los usuarios. El nuevo patrón de residencias busca construir centros de carácter modular, con un número reducido de residentes y con una gama de prestaciones y servicios de calidad que se distancian de lo que fueron los centros de los años setenta. Se propone como alternativa de vivir en casa, o al menos en un entorno similar y cercano al domicilio habitual.

Debido a un conjunto de circunstancias, como son el importante aumento de personas mayores de 80 años, incremento de la dependencia, disminución de los cuidadores informales, en estos años se han transformado las necesidades de la población y la demanda de los servicios. Se requiere, por lo tanto, una evaluación del modelo propuesto y un ajuste a las nuevas condiciones del colectivo de personas mayores. Por otro lado, la racionalización del gasto público conlleva que las instituciones públicas se cuestionen, además de la evaluación de los programas, la gestión interna de las residencias, el mantenimiento de los costes y el número de plazas por zonas.

En los últimos años el sector privado ha sufrido un gran crecimiento. Este sector también se debe preparar para resistir los cambios de manera coordinada con las instituciones públicas. La necesidad de plazas ha permitido un incremento de la empresa privada que, en ocasiones, ha dado prioridad al elemento comercial sobre la calidad de los servicios ofrecidos. Por esta razón, resulta particularmente importante, no sólo el incremento del número de plazas, sino la redefinición de las residencias y de la atención comunitaria que se presta desde éstas. La Administración deberá exigir a las empresas gestoras de servicios sociales solvencia y profesionalidad, de forma que la calidad esté garantizada. Con el fin de obtener un uso racional de los recursos disponibles, desde el sector público se pretende atender a la calidad de las instalaciones, la formación de los profesionales y mejorar los programas de intervención. En última instancia se trata de buscar su incardinación en los programas de coordinación sociosanitaria.

A pesar de las mejoras, España todavía está a mucha distancia de otros países, como Holanda, Suecia, Dinamarca, Estados Unidos o Reino Unido, donde desde la década de los 90 se ha producido un profundo cambio en el modelo de atención, mucho más centrado en las preferencias de las personas y el respeto a su intimidad y derechos individuales (Sancho y Rodríguez, 2002). En nuestro país se están dando acercamientos en este sentido.

En 2000 la disponibilidad de plazas asistidas era todavía inferior al 40% de las necesarias (IMSERSO, 2000) y la oferta residencial en el ámbito estatal es desigual, sólo un tercio de las plazas disponibles pertenecían al sector público, y el índice de cobertura estaba todavía muy por debajo del de la mayoría de los países europeos (Pacolet, 1999), donde disponían entre un 5% y un 7% de plazas residenciales. Se debe reconocer la importante mejora en cantidad y en calidad de los recursos disponibles. Muestra de ello, es el significativo aumento en el número de plazas residenciales, que se expone en la siguiente tabla. Se puede observar cómo las plazas han aumentado en un 288% de 1975 a 2000. Incluso así, el déficit era tal, que este gran incremento todavía supone una cantidad insuficiente para cubrir las demandas existentes, que además se han incrementado de forma importante en los últimos años. De hecho, aún a pesar de que el número de plazas residenciales ha seguido aumentando, la disparidad entre la velocidad del aumento de población de personas mayores y la creación de plazas, ha provocado un descenso en el cómputo total del número de plazas, por lo que actualmente continúan siendo insuficientes.

AÑO	Población mayor de 65 años	Plazas	Ratio
1975	3.757.754	55.000	1.46
1988	4.961.456	106.488	2.15
1994	5.761.767	163.338	2.83
1998	6.196.300	198.352	3.20
2000	6.739.559	213.398	3.17

Tabla 4. Evolución del número de residencias para personas mayores (1975-2000). Fuente INE.

En 2005, la oferta de plazas de residencia en España era de 270.000 unidades, aproximadamente 3,66 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años. De las 3,66 plazas, 2,10 se financian privadamente y 1,56 son de financiación mixta (pública y concertada). Según la Organización Mundial de la Salud, el promedio óptimo de plazas por cada 100 personas de más de 65 años es 5 (Actualidad Económica, 16 de septiembre de 2004). Esto implica que el crecimiento potencial de plazas residenciales podría cifrarse en torno a 100.000 plazas adicionales, y que existe por tanto, una demanda por satisfacer.

En respuesta a lo anterior, en el año 2005 existían entre 80.000 y 100.000 camas proyectadas por operadores especializados (INE), a pesar de estos datos a priori positivos, debe apuntarse que cada vez cuesta más tiempo alcanzar la plena ocupación en las residencias.

Los servicios de atención residencial ofrecen a las personas mayores alojamiento y manutención con carácter permanente o temporal. Los centros residenciales disponen de un total de 372.628 plazas entre públicas y privadas, mientras que en las viviendas para mayores, hay 10.416 plazas. En total, las personas mayores en España disponen de 383.044 plazas en servicios residenciales (IMSERSO, 2011, actualizado en 2014).

Los Centros de Día para personas mayores en situación de dependencia ofrecen atención especializada psicosocial, con independencia de tener reconocido el grado de dependencia y estar bajo la cobertura del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Por ser servicios de carácter diurno, permiten a sus usuarios permanecer en su domicilio y cuentan con 88.036 plazas entre públicas y privadas, incluidas las plazas de las Unidades de Estancia Diurna en centros residenciales (IMSERSO, 2011, actualizado en 2014).

Si se dirige la mirada hacia atrás, se puede apreciar una evolución positiva de los Servicios Sociales en España durante la primera década de este

siglo. En cuanto a las plazas creadas, en los centros de día cada año han aumentado en 6.922 plazas y en los centros residenciales, 14.316 plazas.

La distribución de las plazas en los centros residenciales ha experimentado un cambio entre 2000 y 2011. Se aprecia un incremento significativo de las plazas de financiación pública, especialmente las concertadas, que en 2000 suponía un 16% y en 2011 ya asciende a 29%. Por su parte, las plazas de financiación privada han descendido del 58% al 46%.

En cuanto a los centros de día, el índice de cobertura desglosado por el tipo de financiación arroja una cifra de 0,67 para las plazas de financiación pública y de 0,40 para las que son financiadas por la iniciativa privada. El 59% son de titularidad privada. En Andalucía hay una clara preferencia por los centros públicos, que representan el 82% de sus centros de día.

La institucionalización del mayor no suele ser la medida más aceptada, debido a que implica una ruptura con su medio social habitual y se tiene la impresión de que coarta la libertad individual del mismo. Se suele pensar que las residencias los alejan de su entorno más inmediato para instalarlos dentro de un ambiente desconocido, en el que se deben de seguir una serie de normas y reglas y se ha de convivir con personas con quienes pueden no tenerse afinidades.

La imagen de la residencia de ancianos es aún bastante negativa, e incluso todavía más en las personas mayores, por diferentes motivos como la imagen negativa e injustificada de la misma, la vivencia de que se trata de algo definitivo o la opinión de que el ingreso es el signo de una ruptura de los lazos familiares. Sin embargo, una residencia no debe limitar la vida de las personas mayores, sino todo lo contrario, ofrecerle una serie de posibilidades que de otro modo sería más difícil que tuvieran.

Sin lugar a dudas, las personas mayores se decantan por encarar el proceso de envejecimiento en su domicilio particular hasta que sea

imprescindible abandonarlo, tal y como indican estudios de diversa índole (BASA, 2011).

En el IMSERSO, así como en otras administraciones públicas, se ha hecho un considerable esfuerzo, de mejora, adaptación y dotación de los centros. La propia elaboración del Plan Gerontológico y los debates y reflexiones en torno al mismo y los sucesivos –Convenio Marco de Coordinación Sociosanitaria, Proyecto de Ley de Atención a la Dependencia, estudios e informes, Plan de Alzheimer y otras demencias, evaluación del Plan Gerontológico, han posibilitado un marco de definición actualizado.

Se han desarrollado en los últimos años otros programas sociales, de carácter desinstitucionalizador como son la ayuda a domicilio, estancias diurnas, estancias temporales, teleasistencia, viviendas tuteladas, acogimiento familiar, etc.

Los programas y equipamientos no institucionalizados, entre los que se encuentran los Centros de Día, han adquirido un creciente impulso. Por otro lado, se debe tener en cuenta que el modelo de residencia continúa en cambio y mejora, ejemplo de ello son otros países como Alemania y Francia, donde la tendencia es una residencia más parecida al propio hogar, con un modelo más centrado en la persona. Estos avances se pueden extrapolar a los centros de día.

2.2. Concepto de Residencia y tipología

2.2.1. Concepto de Residencia

Para realizar una definición de residencia se han ido retirando nociones que no se ajustaban a la esencia a la que se quería llegar: no es una institución de tipo clásico, no es un hospital, no es una vivienda, no es una pensión, no es una macrorresidencia, etc.

El concepto de Residencia para personas mayores aglutina numerosas formas de definición. El Estatuto Básico de Centros del IMSERSO, las define como “establecimientos destinados a servir de vivienda permanente y común a personas de la tercera edad, en los que se presta una asistencia integral y continuada, a quienes no pueden satisfacer estas necesidades por otros medios” (IMSERSO, 1985) y Rodríguez las define como un “centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia” (Rodríguez, 1999). Esta última definición nos parece especialmente completa y acertada.

Las residencias serían por lo tanto, un recurso social, de alojamiento temporal o permanente, para el desarrollo de la autonomía personal y la atención integral de los mayores en situación de dependencia.

Consideramos importante, antes de continuar, el poder aclarar el concepto de dependencia, para el que también hay diferentes definiciones. El Consejo de Europa la define como “un estado en que las personas, debido a la pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias, a la vez que también podría estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores” (Oslo, 2000). En base a esta definición, Querejeta (2004) considera la dependencia como aquella “situación en la que una persona con discapacidad precise ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad”. O como señala la OMS (2004): “la presencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para las actividades de la vida cotidiana”.

En las personas mayores esta situación puede relacionarse con el envejecimiento en sí mismo, o es la suma de esta circunstancia agravada por la existencia de enfermedades: “estado en que se encuentran algunas personas

que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la asistencia de otra u otras personas, o de ayudas importantes, para realizar actividades básicas de la vida diaria” (Casado, 2001).

Ciertos estudios como el de Bazo (1991), reflejan cómo los propios mayores institucionalizados suelen acceder a las residencias con una imagen muy negativa de las mismas, y lo que presuponían como un asilo plagado de ancianos pobres, enfermos y marginados, tiende a cambiar al poco de permanecer allí, de manera que la valoración se torna más positiva, afirmando la mayoría encontrarse a gusto y mostrando actitudes mucho más favorables que las anteriores. En otros estudios se ha visto que la concepción negativa que suele tenerse de ellas antes del ingreso, se matiza e incluso cambia por una imagen positiva, cuando las personas mayores poseen un conocimiento más directo y real de la vida de los centros a menudo por tener algún familiar que ya ha sido institucionalizado, o porque conocen a alguien que trabaja en el mismo y le acerca una visión más real y más distanciada del peyorativo mito popular de las Residencias como antecámaras de la muerte (López, 2000).

Sin embargo, entre los investigadores sociales se alzan muchas voces críticas contra las residencias. Barenys (1993a) opina que las residencias constituyen “la formalización de la marginación cultural y social que sufre o que recae sobre la ancianidad en nuestra sociedad”, y Puijalón y Trincaz (2000), en la línea de los “Internados” que planteó Goffman (1970), se cuestionan si éstas son centros especializados o “guetos”, pues según su opinión, “la concentración de viejos en el seno de las instituciones, es sin ninguna duda una de las fuentes del ageísmo en nuestra sociedad”. En esa misma línea, otro trabajo de Barenys (1993b) refiere que “todo concurre a que los ancianos que viven reclusos en residencias (y tanto más cuando su estado de salud intensifica su reclusión) acaben por asumir un estatus de persona disminuida, la interiorización correspondiente se traduce en una representación de un yo degradado”.

Por último, exponemos otras definiciones que se han dado al concepto de Residencia:

- “Centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas con más de sesenta años” (INSERSO, 1992).
- “Centros de convivencia destinados a servir de vivienda permanente y común, en los que se presta una asistencia integral y continuada a quienes no pudieron satisfacer estas necesidades por otros medios” (INSERSO, 1992).
- “Centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de sesenta años que, por su problemática familiar, social y/o económica, no pueden ser atendidas en sus propios domicilios y necesitan de estos servicios” (INSERSO, 1993).

Uniendo todas las definiciones se podría decir que una residencia es un centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención socio-sanitaria multiprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas con algún grado de dependencia.

2.2.2. Tipología de residencias

Las residencias para mayores, como se ha indicado, son sólo uno de los recursos de centros y servicios organizados para atender a las personas mayores. En la mayor parte de los casos sirven de vivienda permanente al colectivo de residentes, aunque también hay centros que permiten estancias temporales o de carácter ambulatorio, llamados “programas de respiro” (“respiro familiar”) o para la atención en situaciones circunstanciales o de necesidad hasta poder encontrar otro centro que se considere pertinente. Hay residencias que sólo admiten a personas sin ningún tipo de dependencia y otras que están

destinadas exclusivamente a personas dependientes. En algunos casos sólo son para hombres o mujeres.

Cada Comunidad Autónoma puede establecer criterios diferenciadores en la tipología de sus centros de atención a las personas mayores, por lo que en función de las diferentes normativas legisladas para el ámbito provincial o autonómico, pueden encontrarse denominaciones diferentes para centros que cumplen similares objetivos.

Hay diferentes formas de clasificar los tipos de Residencias, pero los criterios más utilizados son según su forma de gestión y según la situación o grado de dependencia de los residentes que ingresan en ella.

- Tipos de residencias según su forma de gestión o dependencia administrativa:

En función de quién sea la entidad propietaria del centro o la titularidad de la gestión pueden ser de 3 tipos: de gestión pública, vinculadas al tercer sector y de gestión privada o privada-concertada.

Las Residencias Públicas son recursos pertenecientes al sistema de protección de los Servicios Sociales, que representan los alojamientos colectivos más comúnmente utilizados por los acianos que padecen alguna limitación que dificulta o impide el mantenimiento de una vida de calidad en su domicilio (IMSERSO, 2000).

Pueden depender de diversas administraciones (locales, autonómicas o provinciales) y sus plazas se ofertan con carácter gratuito para aquellas personas que cumplen ciertos requisitos establecidos por las leyes específicas de cada Comunidad Autónoma. Hay que tener en cuenta que el residente debe realizar un pago mensual que se descuenta de su pensión de jubilación (entre el 70-80 %). La obtención de una plaza en una residencia pública es difícil, ya que

el número de plazas es muy inferior al de solicitudes, los criterios de inclusión son muy estrictos y las listas de espera muy largas.

Para solicitar plaza, previamente la persona es valorada por el equipo de profesionales sanitarios y sociales que atienden al solicitante. Se evalúan aspectos relacionados con su estado de salud, su nivel de economía, situación social y grado de apoyo familiar. Los residentes de estos centros suelen ser personas que poseen escasos recursos económicos. En ocasiones la persona mayor puede tener mejor situación económica, pero a su problema de salud y dependencia, asocia una situación de soledad por viudedad o soltería.

El tamaño de estos centros es variable. Hay desde pisos asistidos y minirresidencias, con capacidad para muy pocas personas, a residencias de tamaño medio (alrededor de 100 residentes), o macrorresidencias, para más de 100 residentes, siendo éstas un modelo exclusivo de la gestión pública. Con frecuencia las residencias públicas ocupan espacios fuera de las ciudades, estando bien dotadas de personal y recursos estructurales. La opinión pública suele ser más crítica con estas Residencias que con los centros de carácter privado, que suelen tener un mayor prestigio social, que no siempre está justificado.

En cuanto a las del Tercer Sector, en muchos casos, pertenecen a congregaciones religiosas o dependen de Fundaciones muy relacionadas con las Administraciones Públicas en los diferentes ámbitos territoriales. Suelen acoger a personas mayores de nivel económico muy bajo, que por sus escasos recursos tan sólo están obligados a aportar al centro una parte de su pensión o que, si no disponen de recursos, ocupan una plaza sufragada por la beneficencia, aunque en ocasiones se exige el legado de sus pertenencias materiales al centro.

Estos centros suelen ser de tamaño pequeño o mediano (no más de 100 residentes) y una de sus características es que la normativa que los rige (horarios, salidas, tipo de relaciones que se establecen y actividades que se programan, etc.), en especial la de los centros religiosos, suele ser más rigurosa

que la de los públicos. Con frecuencia los centros de carácter religioso están destinados a personas de un mismo sexo. En ocasiones hay personas que dedican parte de su tiempo al trabajo voluntario en la residencia.

Los servicios para mayores ofertados por el Tercer Sector durante los últimos años, en especial los centros de carácter residencial, se han ido reduciendo conforme aumentaba la oferta de instituciones privadas y con finalidad mercantil. Los servicios residenciales para mayores ofertados por el Tercer Sector en España, se encuentran muy por debajo de la cobertura alcanzada en otros países europeos, en especial Alemania y Francia, en los que este tipo de centros tiene una representación muy significativa.

Las Residencias Privadas como sector empresarial de servicios para mayores en España, se expande con casi dos décadas de diferencia respecto a otros países europeos como Francia y Alemania, que comenzaron mucho antes. En los últimos años este sector ha crecido mucho en nuestro país, con un aumento importante de centros residenciales y de otros recursos relacionados con la asistencia a mayores. El nivel económico de las personas que suelen ingresar en estos centros es medio-alto o alto.

El tamaño de estos centros tiende a ser reducido y ocupan con frecuencia zonas del interior de la ciudad o espacios con un entorno medioambiental privilegiado. Se suele buscar un trato distinguido de los residentes y suele haber mayor libertad de movimiento que en los centros citados anteriormente (Fericgla, 2002). En general suelen tener una buena dotación de personal que permite ofertar una amplia cartera de servicios y actividades para los residentes. El ingreso suele exigir un elevado coste económico, sin embargo, no siempre es superior la calidad de estas residencias a las públicas.

De 1994 a 2004, el número de centros privados aumentó en 1802 residencias, mientras que los centros públicos construidos fueron tan sólo 384. El número de plazas distribuidas en las mismas es también desigual, pues las plazas públicas de nueva creación en el período citado fueron 12.399, frente a

las 90.655 plazas de carácter privado. Esto hace que mientras para obtener una plaza pública de residencia existen listas de espera de manera generalizada, un número importante de plazas privadas se encuentran vacantes debido a su alto precio. La escasez de plazas públicas hace que sólo las personas de las clases sociales más bajas y en situaciones más carenciales logren una plaza pública, y que sólo las que proceden de las clases altas o medias-altas puedan acceder a una plaza privada de calidad aceptable. Esto conlleva que una gran parte de la población de clase media y media-baja quede desasistida o se vean obligadas a contratar plazas en residencias de baja calidad. Sin embargo la alternativa más utilizada suele ser la permanencia en el domicilio, con la consiguiente sobrecarga familiar o la necesidad de contratar servicios privados de ayuda domiciliaria.

Las denominadas Residencias Concertadas (privadas-concertadas) están construidas en terrenos públicos o están ubicadas en edificios pertenecientes a la Administración Pública, la cual subasta cada 4 años su gestión en una oferta a la que concurren empresas privadas. La empresa que adquiere los derechos de explotación del centro, tiene la obligación, establecida por convenio en las bases del concurso, de reservar un número de plazas para acoger a mayores cuya estancia queda subvencionada total o parcialmente por los fondos públicos a un precio concertado. Dado que la demanda de Centros Residenciales supera con mucho a la actual oferta, la Administración Pública utiliza cada vez más frecuentemente esta opción para garantizar la cobertura de las necesidades residenciales entre las personas que precisan del ingreso en un centro, evitándose de este modo la necesidad de construir y gestionar nuevas residencias.

Esta opción, que permite una mayor cobertura de plazas residenciales, presenta dos problemas significativos relacionados con la lógica productivista de las entidades privadas. Por un lado, la necesidad de mantener un incremento progresivo de los beneficios económicos, provoca la considerable reducción de los niveles de calidad y bienestar de algunos centros o, dado que en algunos de ellos conviven personas que acceden a la plaza por la vía pública y otras por la

vía privada, se establecen estándares de calidad muy diferenciados según el precio abonado por cada residente. Por otra parte, se produce una tendencia a recortar gastos en la contratación laboral (la vía principal de reducir costes en un sector intensivo en trabajo), lo que conlleva la precariedad laboral, baja calidad asistencial y escaso número de profesionales.

- Según la situación o grado de dependencia de los residentes ingresados están las Residencias para válidos, las Residencias asistidas y las Residencias mixtas.

A pesar de que las Residencias de válidos se crearon inicialmente para albergar a personas independientes para las Actividades de la Vida Diaria (AVD), existen actualmente discrepancias en cuanto a las características que deberían cumplir los residentes que habitan en estos centros. La discusión se centra en función de los niveles de 'validez' establecidos, pues las Residencias pueden destinarse a servir como hogares para personas que necesiten pocas atenciones, suponiendo así una alternativa al propio domicilio, o por el contrario, como propone la OCDE (1993), deberían estar destinadas a personas mayores dependientes que necesiten un caudal considerable de cuidados, incapaces por tanto de permanecer en su domicilio. Cuando la Residencia es de carácter público, el ingreso viene regulado por las diferentes leyes que al respecto establecen las Comunidades Autónomas, precedido siempre de la comprobación del cumplimiento de ciertos requisitos, como tener 65 o más años y haber cesado en su actividad laboral o profesional, o ser pensionista mayor de 60 años y, lo más trascendente, no necesitar ningún tipo de ayuda de otras personas para la realización de las actividades de la vida diaria (lo que entiende por ser '*independiente*' o '*válido*'). Se especifica además en estos requisitos, que no podrán tener condición de usuarios, las personas dependientes para las Actividades de la Vida Diaria, salvo que el centro disponga de una unidad específica para tal finalidad. En este sentido, se entiende como '*válido*' para las AVD toda persona que obtenga una puntuación de entre 85 y 100 en la Escala de Barthel, condición que deberá ser revisada semestralmente. El test o cuestionario de Barthel, es una herramienta de valoración que determina la

capacidad del anciano para la realización de las Actividades de la Vida Diaria consideradas como básicas: comer solo, lavarse, vestirse, utilizar el retrete, deambular y subir y bajar escaleras, etc. La puntuación máxima posible es de 100, resultado que indicaría que la persona es totalmente independiente para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Según Treserra (1993), las Residencias de válidos tienen la función de ofrecer servicios equivalentes a los del hogar a personas que pueden valerse por ellas mismas, mejorando su calidad de vida y estimulando el disfrute (ocio, cultura, creación) y participación social (política, sindical, incluso laboral, etc.). En la mayoría de documentos referidos a las actividades desarrolladas por estos centros, se destaca la capacidad de los mismos para proporcionar una atención geriátrica integral, relacionando ésta a la prestación de las medidas sociosanitarias, asistenciales y rehabilitadoras necesarias en cada caso, para mantener o mejorar el estado de salud física y mental del/la residente. Sin embargo, respecto a este punto, resulta paradójico señalar que prácticamente ninguno de estos centros posee profesionales sanitarios, dotándose tan solo de personal auxiliar de servicios que se encargan de las tareas de limpieza, cocina y lavandería. Son los propios residentes los responsables del control y cuidado de su salud, acudiendo a los servicios sanitarios públicos generales (Centros de Salud) cuando tienen necesidad de visita médica o de enfermería, como lo harían si habitasen en su domicilio particular, atendiendo personalmente sus enfermedades y administrándose los fármacos necesarios, o realizando otras actividades que precisen al respecto.

En cualquier caso, la estricta diferenciación entre residencias para 'válidos' y residencias para no válidos, o 'asistidos', está actualmente en discusión. Las voces más críticas plantean que si el modelo supone que los centros no pueden ofrecer atención especializada a mayores con pérdida de dependencia o minusvalías, se genera el problema de qué hacer cuando un/a residente válido se convierte en asistido por deterioro de su estado de salud, lo que más pronto o más tarde siempre acaba sucediendo. Ante esta situación, caben dos acciones: o bien que la persona mayor continúe en la misma

institución para válidos donde se encontraba o que se le traslade a otro lugar para personas asistidas, como actualmente viene haciéndose. Tanto una como otra decisión, plantea aspectos prácticos y deontológicos difíciles de resolver, pues si los residentes son trasladados a otros centros, a medida que van pasando de la condición de válidos a la de asistidos, se corre el elevado riesgo de fomentar la aparición de sucesivos traumas de traslado, con la siniestra asociación que se ha demostrado entre cambiar de residencia y aproximarse a la muerte (Vimort, 1984; IMSERSO, 1990). Además, en este caso, la residencia debería funcionar como una residencia para estancias ‘temporales’, en lugar de como un centro de residencia ‘permanente’. Por el contrario, si se decide mantener a los/as residentes en el mismo centro hasta su fallecimiento, sin poner límites a su nivel de dependencia, debería dotarse de los recursos materiales y de personal necesarios para atender todas las eventualidades que surgen al atender a personas con dependencia, y dejar de recibir el nombre de Residencia de válidos para pasar a llamarse Residencia Mixta, pues las características que se exigieron en el momento del ingreso dejarían de cumplirse.

Las Residencias asistidas (o para ancianos asistidos), están concebidas como Centros Gerontológicos destinados a la atención integral y especializada, de personas mayores con graves minusvalías físicas o psíquicas y que por tanto ya no son válidos o independientes para las Actividades Básicas de la Vida Diaria. La documentación que recoge los programas y servicios que ofertan estos centros, suele insistir en que se prestan servicios que equivalen a la forma de vida de las personas en sus domicilios, pero complementados con los cuidados gerontológicos y recursos técnicos necesarios para estas personas. Sin embargo, en la práctica, las Residencias asistidas se sitúan realmente a medio camino entre el hospital especializado en el tratamiento de problemas gerontológicos y las Residencias para válidos, por lo que la vida en las mismas dista mucho de ser similar a la del propio domicilio (Fericgla, 2002).

Un subgrupo de este tipo de recursos lo constituyen las Residencias supra-asistidas, caracterizadas por acoger a personas mayores que precisan de

elevados niveles de cuidados y atención. En estos centros, o unidades dentro de los centros asistidos, la actividad es prácticamente la misma que en un hospital de cuidados generales, con la única diferencia de que, en este caso, todos los pacientes son personas mayores.

Las Residencias Mixtas cuentan con los recursos y personal necesarios para atender a residentes válidos y asistidos, pero plantean numerosas dificultades en su funcionamiento, en su gestión y en su financiación (IMSERSO, 2000). Las necesidades de infraestructuras, servicios y costos que requiere la atención de una población tan dispar, tanto por sus diferentes condicionantes sociales, como especialmente por sus variadas condiciones de salud física y psíquica, precisan de una planificación y gasto económico mucho mayor que las residencias destinadas exclusivamente a uno u otro de esos colectivos. Por otra parte, la convivencia en el centro tiende a ser comparativamente más conflictiva, pues los problemas para coordinar las actividades, horarios, dedicación del personal y distribución de recursos entre personas con necesidades tan diferentes de cuidados y servicios, dificultan la integración y cohesión del grupo y acaban por mermar la calidad de vida de estas personas.

Aunque esta clasificación es todavía utilizada, consideramos que la denominación de válidos o no válidos no es adecuada, ya que conlleva una forma a nuestro juicio nada respetuosa para cualquier persona. Nos parecen mejor otro tipo de términos como persona con algún grado de dependencia o similares.

Atendiendo al tiempo de permanencia en el centro, las residencias pueden clasificarse como Residencias de Permanencia Temporal y Residencias para Estancia Permanente. La necesidad de establecer esta diferenciación, surge como consecuencia de que los niveles de dependencia de las personas mayores, en función de su estado de salud, de los posibles apoyos familiares y de otros recursos sociales, pueden fluctuar en el tiempo, de manera que requieran o no un ingreso definitivo. La persona mayor puede entonces decidir si desea permanecer en la residencia solamente durante un tiempo, o si por el

contrario prefiere quedarse a vivir en el de manera definitiva. Las Residencias Públicas de carácter temporal, se crearon con la finalidad de ofrecer una recuperación funcional y psicosocial que permitiese reinsertar en la comunidad a los ancianos una vez recuperados de las dolencias que motivaron su ingreso, y también para permitir, a un costo razonable, un periodo de ‘respiro familiar’ a las personas cuidadoras, mediante estancias programadas en el tiempo que suelen tener una duración máxima de dos meses consecutivos. Ofertan servicios de restauración, descanso y tiempo libre, atención psicológica y social y organizan actividades socio-culturales. Treserra (1993) las denomina “Residencias de estancia limitada” porque están destinadas a suplir temporalmente el hogar familiar de personas con autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria, pero añade que aunque la utilidad de estas Residencias es máxima para evitar el internamiento definitivo, un recurso muy poco utilizado.

En las Residencias para estancia permanente, en cambio, las personas residentes mantienen su plaza de manera continuada, aunque esta vinculación puede interrumpirse voluntariamente o por decisión del equipo de dirección ante una causa justificada. En la práctica, y a pesar de que la normativa sigue contemplando la existencia de ambos tipos de entornos residenciales, la diferenciación tajante entre centros para estancias temporales y centros para estancias permanentes ya no se mantiene, y por lo general, la mayoría de residencias, tanto públicas como privadas, permite ambas opciones en función de la voluntad de la persona residente.

2.3. Concepto de Centro de Día y tipología

2.3.1. Concepto de Centro de Día

Un Centro de Día se puede definir como un «Centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia» (Rodríguez, 2004).

Sancho (2002b) define el Centro de Día como “un servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de personas mayores afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual”. En dicha definición destacan claramente dos objetivos y un tipo de estructura asistencial. Los objetivos fundamentales son el cuidado de la persona dependiente y desarrollo de su autonomía y, al mismo tiempo, el apoyo a la familia cuidadora a la que se libera parcialmente de la carga de cuidados dada la especial naturaleza profesional de los mismos. Por lo tanto, el Centro de Día pretende lograr el bienestar y calidad de vida de las personas mayores dependientes y de sus cuidadores informales. El tipo de estructura de cuidados es mixto tanto por la intervención del ámbito social como del sanitario, ya que se trata de cuidados integrales. Desarrolla funciones preventiva, rehabilitadora y asistencial.

Esta concepción de los Centros de Día es compartida otros autores, como Martínez y otros (2000), o Leturia, Uriarte y Yanguas (2003). Estos últimos destacan que el núcleo de usuarios de un Centro de Día son los discapacitados, físicos o psíquicos, con insuficiente apoyo por parte de la unidad de convivencia o que ocasionan grave quebranto de la vida familiar o que precisan de una atención especializada. Resaltando también los elementos de apoyo a la vida familiar y la atención especializada, Arriola e Inza (2000) lo plantean como un “servicio multidisciplinar dirigido a usuarios que presentan una problemática socio-asistencial configurado como una estructura que proporciona asistencia continuada durante tiempo indefinido y posibilita la vida laboral del resto de los miembros de la familia”. El Centro de Día da respuesta a una pluralidad de necesidades, tal como observaba Moragas (1994). Concretar que los usuarios de centros de día por lo general, deben de contar con cierto apoyo social, que permite su permanencia en su medio habitual, aunque gran parte del día acudan a este servicio.

Los Centros de Día son un recurso intermedio entre la asistencia domiciliaria y la residencia, entre la persona dependiente y el cuidador, entre la

autonomía deseable y la dependencia inevitable de la mayoría de las personas dependientes mayores. La importancia de los Centros de Día como recurso de apoyo a la persona dependiente y sus cuidadores no se agota en el plano microasistencial. Es un recurso específico dentro de un modelo comunitario orientado a la atención psico-físico-social de la persona mayor dependiente.

Los objetivos que pretende conseguir un Centro de Día son: facilitar un entorno compensatorio al hogar, adecuado y adaptado a las necesidades de asistencia, posibilitar la recuperación o el mantenimiento del máximo grado de autonomía personal y social, mantener la aceptación de la persona mayor con dependencia en su entorno sociofamiliar y proporcionar apoyo a las familias que tienen a su cuidado una persona mayor.

El Centro de Día se ha convertido en España en dos décadas (entre 1985 y 2005) en una alternativa asistencial en auge dentro de una red de recursos articulados entre sí, ciertamente aún escasos, que puede cubrir con carácter integral la atención del mayor dependiente y de su familia.

El Centro de Día es un recurso social dirigido al mantenimiento de la autonomía de las personas mayores en situación de dependencia que viven en su domicilio, así como al apoyo a los cuidadores/as informales de dichas personas. En 1996, el entonces INSERSO, publicó un Documento Técnico de cierto impacto, por ser el primero y por su calidad, bajo el título de “Centro de Día para personas mayores dependientes. Guía práctica” (Gil Montalvo, 1996). Se trata de un trabajo colectivo de diferentes profesionales y expertos en el que además de sintetizar una práctica asistencial que por entonces era escasa a nivel nacional, aunque en proceso de crecimiento, y desigual entre Comunidades Autónomas, se pretendía destacar, pensando en los años venideros, la importancia social y asistencial de este tipo de recurso “intermedio” y llamar la atención de los responsables institucionales sobre la urgencia de potenciar este dispositivo para favorecer la autonomía de las personas mayores dependientes que viven en su domicilio (sobre todo en el ámbito urbano) y apoyar y dar respiro a los cuidadores informales, en su inmensa mayoría mujeres.

2.3.2. Tipología de centros de día

Atendiendo a su titularidad jurídica, es decir según quién controle la dirección, los centros de día se clasifican en: públicos, privados con plazas concertadas y privados. Una persona mayor que quiera acudir a uno de ellos tendrá que completar diferentes trámites según el tipo de centro elegido.

Los Centros de Día públicos, incluyen tanto los de gestión pública como los de gestión privada por una entidad sin ánimo de lucro o por una entidad mercantil. Los de gestión pública son dependientes de los diferentes gobiernos autonómicos. En ellos, el acceso viene dado por unos requisitos, entre los que destacan habitualmente una edad mínima de 60 años -salvo casos especiales-, estar empadronado con una antigüedad variable en territorio del organismo gerente -municipios, provincias, o comunidades autónomas. Además, existe un baremo de puntuación, que depende del grado de dependencia médica, psicológica, o social y que es valorado por profesionales. El ingreso en un centro de día público se hace siguiendo las indicaciones oficiales y se conceden según la proximidad a la vivienda del futuro usuario. Existe la posibilidad de tener otro destino cuando es justificable, para lo que hay que presentar una instancia documentada.

Los Centros privados con plazas concertadas, cuya titularidad corresponde a una entidad no lucrativa o a una entidad mercantil, pero que tiene una parte o la totalidad de sus plazas concertadas con la Administración (Diputación o Ayuntamiento). Tienen gerencia privada y subvencionados con fondos públicos.

Los Centros privados, sin plazas concertadas, se sostienen con sus propios ingresos.

En estos dos últimos tipos es posible elegir cuál es el que más interesa sin necesidad de cumplir unos requisitos previos, que valoren profesionales relacionados con los servicios públicos.

Se pueden encontrar en los Centros de Día dos modalidades asistenciales: la continua y la parcial. En la primera, la persona mayor permanece en el centro durante toda la jornada y todos los días, adecuada cuando el grado de dependencia es medio y requiere un mayor cuidado. La segunda, la parcial, se caracteriza por la flexibilidad con la que se organiza el horario y la asistencia, ya que la autonomía es mucho mayor.

Otra clasificación de los Centros de Día sería la que diferencia entre Centros de Día para mayores en situación de dependencia y Centros de Día de atención especializada (Parkinson, Alzheimer, etc.). Esta diferenciación es, a todas luces, fundamental, puesto es prioritario ofrecer una respuesta específica a la necesidad provocada por cada una de las manifestaciones de la dependencia, lejos, por tanto, de una respuesta única u homogénea.

El concepto de Unidad de Estancia Diurna, se entiende de diferentes formas dependiendo de la Comunidad Autónoma. En algunos sitios aparece como sinónimo de Centro de Día, mientras que en otros se considera como el servicio que se presta a mayores durante el día en residencias aprovechando sus instalaciones. Las plazas son limitadas según la disponibilidad de espacios y servicios con que cuente la residencia. Comparten todas las zonas comunes con los residentes. Deben contar con autorización para prestar este servicio ya que las condiciones del centro deben permitir esta sobreocupación.

2.4. Perfil de las personas mayores en Residencias y Centros de Día

El perfil de la persona mayor que vive en una Residencia o acude a un Centro de Día, suele ser diferente del de otras personas mayores que viven en su domicilio y no son usuarios de estos servicios. Para acceder a una plaza de alguno de estos dos recursos hay que cumplir una serie de requisitos y baremos, que han sido establecidos por las diferentes Comunidades Autónomas mediante Leyes y Decretos, lo que ya supone ciertas características diferenciales.

Los usuarios de Centros de Día y Residencias tienen un perfil marcadamente femenino y con predominio de mayores de ochenta años. Los centros residenciales son los que cuentan con las personas usuarias más envejecidas. En ellos, el 66% de sus usuarios tiene 80 años o más. Los servicios con una población más joven son los Centros de día y el de Ayuda a Domicilio. Estos datos evidencian que las personas mayores prefieren permanecer en sus domicilios y sólo cuando tienen una edad avanzada y, por tanto, mayor probabilidad de encontrarse en situación de dependencia, optan por acudir a un Centro Residencial (IMSERSO, 2011).

En los Centros de Día predominan las mujeres con un 66% y las personas de 80 y más años (59%). Combinando ambas variables, se obtiene un 41% de mujeres mayores de ochenta años. Asimismo, el 33% es una persona que recibe atención psicogeriatrica (IMSERSO, 2011). Se puede decir que los usuarios de Residencias son, en su mayoría, personas de edad avanzada, pues el 66% sobrepasa los 80 años y su edad media se sitúa en torno a los 81 años. En cuanto al promedio de edad de ingreso es de 82 años, siendo más elevada entre las mujeres, en torno a los 83 años, que entre los hombres, que está en los 80 años. El 66% de los usuarios son mujeres, además, un 47% del total de usuarios, además de ser una mujer, tiene más de 80 años. El 71% son personas en situación de dependencia y el 24% ocupa una plaza psicogeriatrica (IMSERSO, 2011).

El perfil no es muy diferente del de hace unos años, donde el perfil de persona mayor que vive en una residencia respondía a una persona de edad avanzada (75 y más años), predominantemente mujer (70%), soltera/o (53%, de los que la mayoría son varones), viuda/o (36%, de las que la mayoría son mujeres), sin hijos o con pocos hijos, con un nivel económico y cultural bajo y que declaran sentirse satisfechos de su estancia en dicho centro (IMSERSO, 2000). En otros países, tanto del entorno europeo occidental, como de Centroamérica, el perfil de las personas residentes es muy similar y coincide prácticamente con el nuestro (OPS, 2001), salvo por pequeñas diferencias relacionadas con la edad y género de los residentes. Al igual que ocurre con los datos sanitarios, los datos sociodemográficos suelen recogerse de manera sistemática. Sin embargo, a diferencia de los primeros, estos apenas son utilizados para la realización de estudios gerontológicos y todavía influyen muy poco en el análisis tipológico de los/as residentes (Booth, 1983), limitándose a tener una finalidad clasificatoria. Este déficit teórico y metodológico, tiende a cambiar con la incorporación de sociólogos y otros científicos sociales a las tareas de investigación y de gestión en las Residencias y en las Administraciones Públicas (Treserra 1993), sin embargo, al margen de que se considere la pertinencia o no de llevar a cabo un análisis más profundo sobre las características sociodemográficas de las personas residentes, lo que más puede contribuir a evitar el desarraigo de los mayores y a mejorar su situación de vida en los centros, es el desarrollo de un modelo de la vejez que promocióne el mantenimiento de roles sociales.

Las diferentes maneras de conceptualizar la figura del mayor en la residencia, oscilan entre quienes piensan que un residente debe ser tratado “como si todavía fuese un adulto; como si fuese un niño; como si fuera un enfermo; o como si ya no tuviese otro proyecto vital que morirse” (Memin, 1984). Las formas en que los profesionales interpreten la etapa de envejecimiento, influyen en las condiciones de calidad de vida y bienestar que pueden obtener las personas mayores en Residencias o Centros de Día.

Las personas que dejan su domicilio para vivir en una residencia, experimentan pérdidas añadidas a las que ya suelen aparecer con la edad. Benatar (1993) denominaba Síndrome Institucional a una situación caracterizada por el deterioro de la autoimagen y la proyección social, la salud y la satisfacción existencial.

Una parte importante de los usuarios de Centros de Día o Residencias para mayores tienen dificultades en las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria, son aquellas imprescindibles para poder vivir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer, etc.) y de funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas). Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria por su parte, son actividades más complejas que las anteriores, y su realización requiere un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y comportan interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, usar el transporte público, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras.

Aunque el perfil de persona mayor que vive en una residencia o acude a un centro de día es un grupo heterogéneo, se podría decir que prevalece el sexo femenino. Son más prevalentes las mujeres viudas u hombres solteros, mayor de 75 años, con pocos recursos económicos, escasa formación cultural y en muchos casos con poco apoyo familiar, así como cierto grado de dependencia para las AVD.

2.5. Profesionales en Centros de Día y Residencias

El carácter multifuncional que tienen las Residencias y Centros de Día genera unas demandas de personal con cuantificaciones y funciones muy diversas. Estas plantillas que se necesitan en función de las características de las Residencias y Centros de Día se encuentran detalladamente analizadas en varias fuentes, algunas de ellas promovidas por el IMSERSO y todas fácilmente accesibles.

Con la finalidad de evitar la “medicalización” de la vida en las Residencia y Centros de Día, las diferentes Comunidades Autónomas han establecido leyes específicas que regulan los objetivos y funciones que deben llevarse a cabo en los mismos. Según un estudio de la Comisión de la Comunidad Europea (2001), las “funciones” de las residencias deberían hacer referencia a la misión que se les asigna en el diseño de los programas públicos de Servicios Sociales, mientras que los “objetivos” orientarían sobre lo que se quiere conseguir con el ingreso de una persona en un centro. Sin embargo, ese estudio también demuestra que la mayoría de los programas tienden a identificar “objetivos” y “funciones”, por lo que quizás sea esta indefinición en la finalidad de los centros, la causa de que la mayor parte de las residencias organicen actividades más próximas a las políticas modelos de trabajo del ámbito sanitario, que a los planteamientos de carácter social o sociosanitario.

En los diferentes documentos que hacen referencia a los objetivos y funciones a cumplir por la residencias se enfatiza el carácter fundamentalmente

“social” de los mismos, lo que llama la atención sobre lo que en la mayoría de las veces se da en la realidad, donde este aspecto se deja un poco más de lado y se hace mucho más hincapié en la parte sanitaria. Se debería potenciar la vivencia de la persona mayor como individuo y garantizar su calidad de vida y bienestar personal y social en el centro. Sin embargo, contrariamente a este planteamiento, que debería primar la “existencia” del individuo como persona, sobre la mera “subsistencia” como ser vivo, un análisis profundo de las residencias muestra como este aspecto tiene tan sólo un carácter formal, pues en la mayor parte de las ocasiones, la permanencia en la residencia sólo garantiza la satisfacción de las necesidades fisiológicas más básicas, limitando el fomento y atención de los aspectos sociales y socioculturales a ver la TV, jugar a las cartas o hacer tediosos trabajos manuales. La falta de actividades de integración y promoción de la autonomía personal es evidente en la mayoría de centros (IMSERSO, 2004).

El equipo profesional en un Centro de Día y Residencia suele estar formado por un Coordinador/a o Director/a del Centro, Médico/a, Psicólogo/a, Trabajador/a social, Terapeuta ocupacional, Enfermeros y Auxiliares de enfermería y Fisioterapeuta.

Teniendo en cuenta la ORDEN de 5 de noviembre de 2007, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía, se expone el ratio mínimo para Residencias y Centros de Día.

En los Centros de Día, el ratio (número de trabajadores/personas usuarias) mínimo exigido será de 0,25 y del personal resultante, deberá contar con:

- Un Director/a con dedicación a jornada completa.

- Personal de atención directa compuesto por: Gerocultor/a con ratio 0,16, DUE con ratio 0,01, Fisioterapeuta con ratio 0,01, Terapeuta ocupacional, monitor

ocupacional y/o animador socio-cultural ratio 0,01, Psicólogo/a con ratio 0,008, Trabajador/a Social con ratio 0,004, resto de personal de atención directa, administración y/o de servicios.

En las Residencias el ratio mínimo exigido será de 0,50, debiendo contar con:

- Un director/a con dedicación a jornada completa. En aquellos centros residenciales que tengan un Centro de Día o de Noche anexos, podrá compartirse la Dirección con éstos.

- Personal de atención directa con una ratio, al menos, de 0,39, compuesto por: Gerocultor/a con ratio 0,3, D.U.E. con ratio 0,04, Trabajador Social con ratio 0,01, Fisioterapeuta con ratio 0,01, Terapeuta Ocupacional, Monitor Ocupacional y/o Animador Socio-cultural con ratio 0,01. El resto de personal estará compuesto por: médico/a, psiquiatra, psicólogo/a, farmacéutico/a, educador/a social o logopeda. Personal de atención indirecta con una ratio de 0,1 formado por personal de administración y servicio.

Como se puede observar algunos de los profesionales apenas están representados. Los Educadores Sociales ni siquiera aparecen en el caso de los Centros de Día y en las residencias aparecen junto a otros profesionales con un ratio muy bajo. Igual es el caso de los logopedas, psicólogos, etc.

Nos parece importante incluir la figura del educador social, por la importancia que como ya se ha dicho tiene la “educación a lo largo de toda la vida” y por la función educadora que debe desarrollar la institución en este sentido.

Se exponen las competencias profesionales y distribución de responsabilidades con relación al Plan General de Intervención, del que se hablará en el siguiente capítulo:

Auxiliar de enfermería o gerocultor/a:

- Valoración conductual por áreas de autonomía inicial y bimestral de los usuarios
- Participación en el diseño y desarrollo de los planes individualizadas de intervención
- Seguimiento continuado de los usuarios
- Colaboración en el servicio de asesoramiento familiar
- Colaboración en los grupos psicoeducativos para familias
- Contactos periódicos con las familias para intercambio de información sobre la evolución y el seguimiento del plan individual de intervención

Enfermero/a:

- Valoración inicial de los usuarios
- Participación en el diseño y desarrollo de los planes individualizadas de intervención
- Seguimiento de los usuarios
- Colaboración en los programas de promoción de la salud
- Colaboración en el servicio de asesoramiento familiar
- Colaboración en los grupos psicoeducativos para familias
- Colaboración en el programa de formación de cuidadores profesionales

Médico/a:

- Valoración inicial de los usuarios
- Participación en el diseño y desarrollo de los planes individualizadas de intervención
- Seguimiento de los usuarios
- Responsable de los programas de promoción de la salud
- Colaboración en el servicio de asesoramiento familiar
- Colaboración en los grupos psicoeducativos para familias
- Colaboración en el programa de formación de cuidadores profesionales

Trabajador/a Social:

- Valoración social inicial y semestral de los usuarios
- Participación en el diseño y desarrollo de los planes individualizados de intervención
- Responsable del servicio de Orientación a las familias
- Derivación de casos al servicio de Asesoramiento
- Responsable de la supervisión de los grupos familiares de autoayuda
- Colaboración en los grupos psicoeducativos para familias
- Coordinación del sistema de tutorías
- Colaboración en la supervisión de los equipos de trabajo
- Responsable del programa de colaboradores sociales

Psicólogo/a:

- Valoración inicial y semestral de los usuarios
- Participación en el diseño y desarrollo de los planes individualizadas de intervención
- Responsable de las terapias cognitivas y psicoafectivas
- Colaboración en el servicio de asesoramiento familiar
- Responsable de los grupos psicoeducativos para familias
- Colaboración en el programa de formación de cuidadores profesionales
- Colaboración en la supervisión de equipos de trabajo
- Colaboración en el programa de colaboradores sociales (formación y supervisión de alumno/as de prácticas)

Terapeuta Ocupacional:

- Valoración inicial y semestral de los usuarios
- Participación en el diseño y desarrollo de los planes individualizadas de intervención
- Responsable de las terapias funcionales y socializadoras

- Responsable del desarrollo de las medidas de intervención ambiental para la adecuación del ambiente físico
- Colaboración en el servicio de asesoramiento familiar
- Colaboración en los grupos psicoeducativos para familias
- Colaboración en el programa de formación de cuidadores profesionales
- Colaboración en el programa de colaboradores sociales (formación y supervisión de alumno/as de prácticas)

CAPÍTULO III: INTERVENCIÓN Y PROGRAMAS EN RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES

3.1. Aspectos importantes para la intervención

3.1.1. El Plan General de Intervención

Toda intervención gerontológica debe estar regida por ciertos principios. En primer lugar, debe centrarse en la normalización e integración (más que en la protección), en la defensa de los derechos y la creación de oportunidades, en la contextualización y la descategorización (Yanguas y Leturia, 1995)

La valoración, además de ser interdisciplinar, debe incluir desde el modelo psicosocial las principales áreas y objetivos (Leturia, Yanguas y Uriarte, 2001): las capacidades mantenidas, las discapacidades, la dependencia consecuente, las necesidades, las preferencias y los valores y aspectos éticos relacionados.

Un programa o proyecto de intervención debe atender a una serie de necesidades, intereses y demandas. El objetivo primordial es proporcionar bienestar y calidad de vida a las personas mayores.

Las fases a seguir, teniendo en cuenta a Pérez Serrano (1994) y De la Riva (1993) serían:

- Investigación/Valoración/Diagnóstico: se trata de conocer la realidad, identificar los problemas, necesidades e intereses de las personas mayores. Antes de actuar debemos identificar los recursos y las potencialidades existentes en nuestros destinatarios e instituciones, así como a nosotros mismos.

El análisis de la realidad no debería ser una actuación puntual, al comienzo de los procesos de intervención, sino una dinámica permanente ya que las acciones que desarrollemos modifican constantemente la realidad y su percepción.

- Planificación: debemos definir los objetivos, diseñar la previsión de nuestra intervención, seleccionar los métodos y las técnicas, determinar nuestras actuaciones y gestionar la planificación. Planificar quiere decir anticiparse a la acción, especificando el procedimiento para conseguir la finalidad. Generalmente el éxito de un trabajo eficaz se encuentra en la planificación, puesto que delimitamos qué pasos hay que dar y cómo vamos a darlos.

Cembranos, Montesinos y Bustelo (1989) entienden la planificación como un proceso de graduación de la utopía. Es decir, un proceso en el que tratamos de acercar las situaciones ideales que nos gustaría tener a proyectos realizables a corto o medio plazo.

Esta etapa de intervención es sobre todo, una dinámica continuada de identificación de prioridades, de estrategias, técnicas, recursos existentes y toma de decisiones. La planificación se puede ejercer en tres grandes niveles: plan, programa y proyecto.

Como otras fases, la planificación no es un momento puntual, sino que se modifica constantemente, conforme cambia la percepción de la realidad. Se deben ir redefiniendo los objetivos, consiguiendo nuevos recursos y detectando nuevas necesidades.

- Ejecución: en esta etapa llevamos a cabo lo planificado con anterioridad, se ejecuta lo proyectado y desarrollan las actuaciones previstas, en un ejercicio constante de gestión, prospectiva y constante toma de decisiones.

La ejecución de un proyecto debería aplicar, en todo momento y circunstancia, el carácter flexible de la programación. La acción se debería gestionar desde la coordinación interinstitucional e interdisciplinar, evitando actuaciones aisladas que no conducen a nada.

- Evaluación: tras conocer, diseñar y actuar, contrastamos los resultados obtenidos con los objetivos propuestos, analizando los procesos que hemos vivido y detectando los factores o elementos que han facilitado u obstaculizado la consecución de los objetivos programados. La evaluación no se limita a los resultados, sino que también valora el proceso y se consideran los cambios producidos.

Debemos señalar también la pertinencia de que las personas mayores con las que trabajemos participen, se impliquen y estén informados, todo lo que sea posible en las diferentes fases de intervención.

El Plan Internacional de Acción aprobado en la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento celebrada en Madrid en el año 2002, identifica tres ejes de acción prioritaria: tener en cuenta a las personas mayores en los diferentes planes de sostenibilidad, profundizar en el concepto de envejecimiento activo y el diseño de ciudades accesibles y habitables para todos. Desde las políticas sociales es imprescindible apoyar a las familias y a las comunidades en su papel de cuidadores.

Por otro lado, al final del siglo XX, la OMS (2002b) sustituye el término envejecimiento satisfactorio por el de envejecimiento activo, al considerar que responde mejor al desarrollo integral de la persona a lo largo de la vida.

El Plan General de Intervención (PGI) es imprescindible en la configuración de los Centros de Día y Residencias, en la medida en la que suponen un nexo entre las necesidades de los usuarios y los objetivos de los centros. Dicho plan no es sino un sistema de intervención que recoge tanto los diferentes servicios como el conjunto de programas de intervención previstos

para los usuarios y las familias. Dichos programas deben ser lo suficientemente flexibles, integrales e interdisciplinarios como para adaptarse a los perfiles de los usuarios de cada Centro de Día y Residencia, teniendo en cuenta además las características espaciales del centro y las necesidades de la familia cuidadora. Todas las residencias y alojamientos de calidad han de contar con el correspondiente Plan General de Intervención, en el que deben quedar enmarcados los servicios que existen, así como los diferentes programas de intervención que se ofrecen.

3.1.2. El Plan Personalizado de Atención y el Modelo Centrado en la Persona

El Instituto de Medicina define la atención centrada en el paciente como “atención de la salud que establece la colaboración entre profesionales de atención, pacientes y familias cuando es necesario, para garantizar las decisiones del paciente y sus preferencias y la educación y soporte que estos necesitan para tomar sus propias decisiones y participar en su autocuidado” (IOM, 2001).

La Atención Gerontológica Centrada en la Persona ha sido analizada en un documento elaborado por Teresa Martínez, donde se describe como un modelo de atención que asume, como punto de partida, que las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, como seres humanos que son, merecen ser tratadas con igual consideración y respeto que cualquier otra, desde el reconocimiento que todas las personas tenemos igual dignidad. Define la atención centrada en la persona como un “Modelo de atención que pretende contribuir a un necesario cambio en el enfoque de la intervención, situando en el centro de atención a la persona en su día a día permitiendo su autonomía, potenciando su independencia y destacando el papel terapéutico de lo cotidiano y lo significativo para cada individuo” (Martínez, 2011).

La búsqueda de la atención individualizada no es algo nuevo en la intervención social. La principal característica que define a los denominados

modelos de atención orientados en la persona, frente a otros modelos tradicionalmente diseñados desde la óptica de los servicios, es que reconocen el papel central de la persona usuaria en su atención y, en consecuencia, proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan. Esta es la principal aportación y lo realmente innovador de estos modelos frente a los que se orientan a los servicios, en los que aun estando entre sus objetivos la atención personalizada, el individuo tiene un papel más pasivo y se sitúa como receptor de servicios, siendo los profesionales desde su rol de expertos quienes prescriben lo más adecuado a sus necesidades individuales. Estos modelos deberán estar orientados no solo a dar respuesta a necesidades identificadas, sino deben orientarse a incorporar a las personas en la definición y puesta en práctica de sus planes de atención teniendo en cuenta la potenciación de las capacidades mantenidas (Bermejo y col., 2009)

Una revisión reciente describe la atención centrada en la persona como la atención que consigue mantener la personalidad a pesar del declive de su capacidad cognitiva a través de la identificación real de las capacidades mantenidas, conocimiento de sus experiencias personales, sus relaciones sociales y familiares e incluyendo a su entorno social como un agente terapéutico (Edvardsson y col., 2008).

En este sentido adquiere mayor importancia el lograr pequeños momentos confortables que el cumplir las tareas planificadas de manera eficiente. Ser capaces de acordar planes de cuidados entre los residentes y sus familias junto al resto de agentes implicados, se convierte en la mejor manera de lograr una implantación efectiva del modelo de atención centrado en la persona (Boise y col., 2004).

Pilar Rodríguez (2010a) refiere que “se considera preciso reflexionar en profundidad sobre un nuevo modelo de atención que tenga en cuenta los cambios sociales acaecidos, el avance en políticas sociales y en promulgación de derechos y que se fundamente sobre el conocimiento científico disponible. Las exigencias del nuevo modelo comportarán, nada más y nada menos, que un

cambio de paradigma que afectará tanto al diseño y planificación de los servicios y programas a desarrollar, como en lo que atañe a la intervención y la praxis profesional. En esta colaboración se formula una propuesta de aproximación al modelo que, partiendo de trabajos previos y enmarcado en la realidad actual, se apoya en un conjunto de principios y criterios de actuación que lo fundamentan.”

Sancho M.T. y col. en el documento “Cien propuestas para avanzar en el Bienestar y Buen Trato a las personas que envejecen. Bases para un plan de acción” elaborado en 2011 a petición del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno vasco, para el momento en que los mayores necesitan ayuda, propone adaptar las instituciones residenciales a las personas para “Vivir como en casa” argumentando que El Modelo de alojamiento residencial desarrollado en los últimos años y que hoy en día sigue vigente en las nuevas iniciativas y proyectos residenciales se basa en criterios de un modelo clínico-asistencial más que en un modelo que reproduzca “lugares para vivir” una etapa vital en la que las personas necesitan apoyos para su vida diaria.

La intervención centrada en la persona tiene presente que cada persona tendrá la autoridad para definir y perseguir su propia visión, su propio proyecto de vida y la autodeterminación es una meta deseable y por lo tanto un valor que potenciar.

Conocemos las experiencias que tienen lugar en otros países (Países Nórdicos, Benelux, Alemania, EE.UU., Canadá), que constituyen una referencia y un incentivo en avance en la implantación de un modelo centrado en la persona. Podemos encontrar también experiencias más cercanas en nuestro país, pues los centros de personas con discapacidad hace tiempo que están trabajando en esta dirección.

La principal característica que define a los denominados modelos de atención orientados en la persona, es que reconocen el papel central de la persona usuaria en su atención y, en consecuencia, proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le

afectan (Martínez, 2011). En otras palabras, el trato digno en la atención a las personas mayores en situación de dependencia se traduce en buscar la máxima independencia y control de la vida cotidiana posibles, desde el marco de la atención integral y de la calidad de vida de los individuos. Se concreta en aspectos de la atención cotidiana como: su bienestar físico y emocional, el respeto y apoyo a sus decisiones y preferencias en relación con su vida cotidiana, la promoción de la independencia desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores, la protección y garantía de la intimidad y la privacidad, la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal, el fomento de la inclusión social o el respeto a la edad adulta (Martínez, 2011).

La puesta en práctica del “modelo hogar” no debe suponer una disminución en el grado profesionalidad con el que se presta la atención. Se trata de combinar las prestaciones o apoyos especializados con otras prácticas profesionales mediante las que los profesionales especializados actúan como consultores, orientadores o formadores de los profesionales que conviven diariamente en la Unidad (cuidadores) (Martínez 2011).

El Plan Personalizado de Atención (en adelante PPA), también llamado Plan de Atención Individualizado (PAI), constituye una herramienta básica de trabajo que permite facilitar y organizar el trabajo en torno a una persona. En este plan se recoge por escrito toda la información y conocimiento relativo a la persona usuaria y expresa una propuesta de atención específica que deberá ser seguida por todo el equipo. Permite contactar y dar valor a los deseos, preferencias y valores de la persona y los hace compatibles con las formas de trabajo y de organización del recurso. Es importante que sea consensuado con su destinatario (y/o con su familia en caso de que éste no pueda hacerlo). Ello implica la existencia de canales de comunicación y confianza adecuados. Veamos de modo simplificado las principales fases necesarias para el desarrollo de los Plan Personalizado de Atención.

En la fase 1 se pretende tener un conocimiento y valoración integral de la persona, conocer aspectos referidos a la biografía e identidad personal, a su proyecto de vida actual, que sería una aproximación a su concepto de calidad de vida. También recoge dimensiones de capacidad personal (Independencia/Dependencia, Autonomía/Heteronomía, competencia general para la gestión de su vida).

En la fase 2 se hace una propuesta de PPA y un pronóstico. Se propone una meta y unos objetivos específicos referidos a la promoción y ejercicio de su independencia funcional y de su autonomía moral. Los objetivos han de verse reflejados en búsquedas de oportunidades concretas para la gestión de su vida. Este plan debe aportar una serie de propuestas personalizadas respecto a tres ámbitos o ejes de intervención: la gestión de su vida, las actividades de apoyo planificadas, las relaciones y los apoyos y/o cuidados personalizados (físicos y psicoafectivos). Es importante preservar los derechos de la persona y adaptarnos nosotros a ella, no ella al recurso.

En la fase 3 se pasa a implementar el plan y se hace un seguimiento del mismo. Se realizará el diseño del plan de seguimiento del PPA que contemplará la metodología de trabajo y el reparto de responsabilidades y funciones: para el equipo y para el profesional de referencia, la periodicidad de las revisiones del plan y los sistemas de registro de información, comunicación y coordinación. Es importante recordar que el PPA ha de ser flexible, capaz de adaptarse ante la situación cambiante de la persona en sus deseos, capacidades o necesidades. Valorar los riesgos asumibles y los que no lo son. Se debe de tener la aceptación y compromiso por parte de la persona.

En la fase 4, que es la última, se hace una valoración del plan elaborado. Se analiza la consecución de las metas y objetivos propuestos (logros referidos a la promoción y ejercicio de la independencia funcional y de la autonomía moral de la persona en los 3 ejes de intervención propuestos). También la idoneidad y adecuación del PPA a la persona. En todo el proceso se contará con la persona

usuaria (y/o su familia, si ésta no pudiera) pidiéndole su opinión y validando con la persona la propuesta.

La intervención debe de estar centrada en la persona y no en el sistema. La intervención centrada en el sistema es más tecnocrática y está orientada en el diseño de instrumentos de intervención mientras que la centrada en la persona nos permite trabajar espacios de decisión, control y protagonismo de su vida. Poner el foco en una parte del sistema o en otra va a tener diferentes efectos.

La planificación de la intervención desde el sistema está centrada en los déficits y debilidades, controlada por profesionales, concentrada en desarrollar planes, terapias y programas y basada en estereotipos sobre las personas mayores. Sin embargo, la planificación desde la persona está centrada en capacidades y deseos, controlada por la persona y/o por quienes ella elige, planeada para un futuro y para el proyecto vital propio, posible y deseable, basada en dimensiones de calidad de vida y en sus dimensiones de capacidad personal.

Es frecuente ver centros en los que todo el esfuerzo se concentra en desarrollar sistemas de gestión de calidad. Si no se implementan medidas que permitan dar a las personas mayores mayor protagonismo en los recursos, sólo se estará garantizando la calidad de los procesos de la asistencia, pero no la calidad de vida de las personas.

La planificación centrada en la persona permite trabajar procesos de planificación puesto que se dirige a todas las dimensiones de la vida de una persona (salud, relaciones y emociones, capacidades, valores, implicación en la comunidad, etc.). Se trata de un conjunto de estrategias para la planificación basadas en valores y que se centran en las elecciones, la opinión, las capacidades y el círculo de apoyo y relaciones de la persona. Este enfoque aprecia a la persona y respeta su experiencia y conocimiento y el de sus allegados. Además permite descubrir quién es la persona e identificar visiones de futuro positivas y posibles, basadas en cómo quiere vivir, aquí y ahora, así

como desarrollar un plan de acción individualizado y permanentemente actualizado que persiga alcanzar la visión de futuro deseado (el PPA).

3.2. Programas de intervención y actividades en Centros de Día y Residencias

Aparecen en la literatura diversos programas dirigidos a personas mayores, llevándose a la práctica unos más que otros. Entre ellos están los Programas de Habilidades Sociales, Programas de intervención en demencias, Programas de Relaciones Intergeneracionales, Programas de Animación Sociocultural, Programas de entrenamiento de la memoria, Programas para la mejora de las Actividades de la Vida Diaria, etc.

En los Centros de Día y Residencias se llevan a cabo diferentes programas y actividades. Algunos se ofertan en la casi totalidad de los centros, mientras que otros no están implantados de forma generalizada. Las actividades se desarrollan prácticamente igual en las distintas Comunidades Autónomas, si bien en Castilla la Mancha y en Andalucía las actividades que comparten los Centros de Día con otros centros son especialmente habituales al tratarse de servicios de estancias diurnas donde los usuarios de los mismos suelen compartir también espacios con los usuarios de los centros sociales o de las residencias.

En este apartado profundizamos sobre diferentes aspectos que son relevantes para los programas y actividades que se ofrecen a las personas mayores en los Centros de Día y Residencias.

Dentro de las actividades terapéuticas estarían las Terapias Funcionales (rehabilitación funcional, entrenamiento en AVD, psicomotricidad, gerontogimnasia), las Terapias Cognitivas (orientación a la realidad, psicoestimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva), Terapias Psicoafectivas (grupos terapéuticos, reminiscencia), las Terapias Socializadoras (ergoterapia,

musicoterapia, ludoterapia, grupos de habilidades sociales y de comunicación, tertulias), Intervención con familias y Animación Sociocultural, entre otras.

Los programas de intervención con familias suponen actividades de información, grupos de autoayuda y psicoeducativos, participación. Además de los programas de intervención mencionados, dirigidos a las personas mayores, deben realizarse otros para garantizar la calidad de la atención: intervenciones ambientales, formación permanente de los profesionales y cuidadores/as del centro, programa de colaboradores externos (voluntariado, alumnos en prácticas).

Antes de describir diferentes programas y tipos de intervención, vamos a hablar sobre la educación, el ocio y la importancia de que sean considerados en los programas de intervención.

3.2.1. La importancia de la educación en las personas mayores

3.2.1.1. Origen del vocablo “educar” y dimensiones de la educación

Etimológicamente “educar” tiene dos significados, pues puede proceder de los términos latinos: “educare” que significa “criar, cuidar, alimentar, construir, formar e instruir y “educere” que significa “sacar o extraer, avanzar, elevar, desarrollar...” En griego es traducido como “nutrición”.

A la educación se le han otorgado las siguientes dimensiones (Montero, I., 2005):

- Dimensión propedéutica:

Es la dimensión referida a la vertiente academicista o profesionalizadora para capacitar a la persona para su inserción en estudios superiores o en el mundo laboral. Su función sería instruir profesionalmente y aportar una formación de base dirigida a proseguir tal instrucción.

El Diccionario de Ciencias de la Educación (1983) define la propedéutica como el “conjunto de acciones y conocimientos preparatorios para introducir, por ejemplo, en el estudio de una rama del saber, en una nueva actividad, en un estado, etc.” Sería la capacitación o preparación para un nuevo periodo académico o profesional.

En la actualidad, esta dimensión propedéutica faculta al hombre para una actuación vital libre y responsable, no sólo para la profesionalización o especialización, sino también para el desarrollo de otras virtudes y presupuestos éticos.

- Dimensión interpretativa-crítica:

Filósofos como Aristóteles y Sócrates defendían que cada cual podía llegar a descubrir la verdad de forma propia, defendiendo el carácter activo y autodidacta del ser humano. Estas ideas han formado esta dimensión, con los siguientes rasgos o elementos:

1º.- La reflexión: característica innata al ser humano desde el punto de vista educativo y cada vez más necesaria en una sociedad que entraña no sólo una forma de vida, sino una manera de comprender al hombre y su perfeccionamiento.

2º.- La comunicación interpersonal: también existe una posibilidad de comunicación, de intercambio subjetivo y de perfeccionamiento interpersonal desde una visión interpretativa. Para Altarejos, un filósofo contemporáneo, la educación puede ser comunicación además de información para abrirse a la persona en una relación intersubjetiva: “Para conseguirlo se requiere atender a las acciones personales del educando, pero no buscando su adecuación con la información, sino, al revés, buscando la personalización de la información objetiva que constituye la enseñanza”. En este contexto, “aprender siempre será actuación personal y, por ello, requiere la comunicación subjetiva, no como

complemento de la comunicación objetiva, sino al contrario, para que ésta encuentre su sentido educativo” (Altarejos, 2002: 47).

3º.- La participación social: Freire, como representante de la Pedagogía de la Liberación, añade de manera explícita la perspectiva subjetiva e ideológica para destacar que es exactamente la necesidad de ir más allá de su momento actuante o del momento en que se realiza la educación que, sin permitir la neutralidad de la práctica, exige del educador la asunción, de forma ética, de su sueño, que es político.

- Dimensión instrumental.

En el siglo XIX, ante tal utilitarismo, empezó a tratarse a la educación como resultado de una relación entre conocimientos y desarrollo integral, donde el hombre educado se presenta como ideal para quienes creían en la educación implicada en el desarrollo de la persona.

- Dimensión social.

Como bien dice el profesor J.M^a Quintana Cabanas, “partiremos de la evidencia de que la educación, además de unas connotaciones individuales, tiene una dimensión social que corre paralela tanto con la historia como con la geografía de la humanidad: la cultura es un elemento constitutivo del hombre, en cuanto distinto del animal, y la educación es parte integrante de la cultura. Donde hay una sociedad, hay también educación” (1984:142).

El proceso educativo por tanto tiene su origen en un proceso de interacción constante entre el sujeto y el/los otro/os, produciéndose cambios graduales y consistentes (no incidentes) del modo como el individuo percibe su entorno y se relaciona con él, interviniendo sobre él e interaccionando con él. Quedando afectados así tanto el individuo como el entorno. Durkeim (1858-1919), filósofo, pedagogo y sociólogo francés, fue uno de los precursores más importantes de esta dimensión de la educación, afirmando que “tanto en el

presente como en el pasado, nuestro ideal pedagógico es, hasta en sus menores detalles, una obra de la sociedad” (Durkeim, 1975: 105). Durkeim mostraba interés en la función de la educación como instrumento de cohesión social. La educación se tendría que diversificar y especializar a medida que la sociedad se fuera haciendo más diferenciada, lo que proporcionaría oportunidades para la cooperación entre individuos.

- Dimensión ética y moral.

“Educación y moral son inseparables... Toda educación es quiérase o no, moral. Y esto antes de ser buena o mala. Bueno o malo depende del para qué...” (Fullat, 1984:153). Para comprender el concepto de educación se debe considerar su dimensión ética, tratando para ello la filosofía de la educación, pero debemos de hacerlo de un modo práctico, como muchos autores advierten, sin caer en el “tema político” de la educación (Colom y Núñez, 2001: 93 y 94).

En el proceso educativo se trata de ayudar, intervenir, fomentar... determinadas actividades (internas o externas) que configuren (resultados de la acción educativa) al educando como persona con unos determinados comportamientos o conductas distintos y “mejores” que los que antes tenía, “siendo” por tanto, el sujeto “más valioso” (Castillejo, 1985:101). En este sentido, asegura el profesor Rubio Carracedo (1996:65), que “el cometido (de la educación moral) ha de ser el de capacitar a las personas para resolver de modo responsable y autónomo las alternativas y conflictos axiológicos que se le presenten”.

La cultura contemporánea asume la relevancia de la educación en los procesos de desarrollo personal y social. En el último siglo las oportunidades educativas han crecido de manera exponencial. Fue así como surgieron conceptos como “lifelong learning” y “educación permanente”, lo que ha tenido gran influencia en diferentes modalidades educativas como la educación dirigida a las personas mayores.

3.2.1.2. Contextos educativos: educación formal, no formal e informal

No hay acuerdo en la diferenciación de estos tres conceptos ni la necesidad en el proceso educativo de establecer esta distinción tan radical. Algunos autores mantienen en la actualidad el carácter convencional y poco eficaz de estos conceptos. Así, Ortega (1999) por ejemplo, plantea la superación de esta idea.

El pionero en formular la distinción de estas tres modalidades educativas fue P. H. Coombs en los años setenta, a partir de la celebración de la Internacional Conference o World Crisis Education, en EE.UU. En el libro que publica en 1971 y titula “La crisis mundial de la educación”, razona oportuno establecer algunos factores que confieren entidad propia a los términos de educación formal, no formal e informal.

La Educación formal es el “sistema educativo” institucionalizado, cronológicamente graduado y jerárquicamente estructurado que se extiende desde los primeros años de la escuela primaria hasta los últimos años de la Universidad.

La Educación no formal se refiere a toda actividad educativa organizada, sistemática, impartida fuera del sistema formal, para ofrecer determinados tipos de aprendizaje a subgrupos concretos de la población, tanto adultos como niños.

La Educación informal es el proceso que dura toda la vida por el que cada persona adquiere y acumula conocimientos, habilidades, actitudes y criterios a través de las experiencias cotidianas y de su relación con el medio. Generalmente no está organizada, es asistemática, no intencional a veces, pero a ella se debe la gran cantidad de conocimientos que cualquier persona adquiere a lo largo de su vida.

Como dice Coombs, estas tres modalidades educativas aparecieron debido a los cambios que a principios de los años setenta sufrió el término “educación”. Hasta ese momento educación era sinónimo de escolarización en el sistema educativo formal, pero poco a poco, con la llegada de los diferentes modos culturales y las nuevas agencias educativas, se comenzó a identificar educación con aprendizaje, término que no especifica dónde, cuándo o a qué edad, por lo que la educación se convirtió en un proceso que perduraba toda la vida, naciendo así el concepto de educación permanente.

Actualmente no existe acuerdo ni en la definición de estas tres modalidades educativas. Por ejemplo, para el profesor J. M. Touriñán, la educación formal... “es el proceso de adquisición y el conjunto de competencias, destrezas y actitudes educativas adquiridas con estímulos directamente educativos en actividades conformadas por el sistema escolar” (Touriñán, 1987). Así, “formal” comienza identificándose como lo escolar y “no formal” como lo no escolar. El término “informal” nace cuando dentro del conjunto no formal comienzan a descubrirse experiencias lógicamente distintas.

3.2.1.3. Evolución conceptual: de la Educación Permanente a la Educación a lo largo de la vida

La educación permanente es una expresión que varía en función de los diferentes países: “lifelong education” y “continuing education” en Inglaterra y EE.UU., “éducation permanente” en Francia, “lebenslange erziehung” (educación a lo largo de la vida) y “lebenslanges lernen” (aprendizaje a lo largo de la vida) en Alemania. Pero aun partiendo de un mismo término, tal y como lo utilizamos en España, no resulta fácil llegar a una definición consensuada de la Educación Permanente. A veces se solapa con otros conceptos con los que guarda una estrecha correlación.

Educación de adultos, educación recurrente, educación vitalicia, educación permanente, educación continua, educación a lo largo de la vida, educación popular..., son expresiones que surgen para dar contenido al

enunciado global del término “educación” en toda su expresión y dimensionalidad. La mayor parte de los autores (Apps, 1979; Faure, 1973; Legrand, 1973,...) se han decantado por alguno de estos conceptos aludiendo a la similitud en la comparación o simplemente equiparando los objetivos que persiguen.

El término fue adoptado por la UNESCO tras la recomendación que hizo el Comité Internacional para el Desarrollo de la Educación, al examinar el informe de Paul Legrand. Legrand (1973), tras examinar “los desafíos del hombre moderno” (aceleración de los cambios, expansión demográfica, evolución de los conocimientos científicos, la tecnología, desafío político, información, ocio, crisis de los modelos de vida y de las relaciones, cuerpo y crisis de las ideologías), subraya que la educación no consiste tanto en la adquisición de conocimiento como en “el desarrollo del ser convirtiéndose cada vez más en sí mismo a través de las diferentes experiencias de la vida” (1973: 57). De ahí que resume las responsabilidades de la educación en dos objetivos fundamentales:

- Favorecer el establecimiento de las estructuras y métodos que ayuden al ser humano, durante toda su existencia en la continuidad del aprendizaje y la formación.
- Dar la mayoría de elementos al individuo para que se convierta al máximo en el propio sujeto y el propio instrumento de su desarrollo a través de las múltiples formas de autodidactismo.

Además podemos ver que el término como tal surge del resultado y evolución de las sociedades industrializadas, que deben adaptarse a las nuevas tecnologías, los cambios de la distribución piramidal de la población y el considerable aumento de la esperanza de vida, los emergentes campos profesionales, la crisis de modelos de vida y de relaciones, el aumento del tiempo libre... y las consecuentes modificaciones en el ámbito geográfico, económico, educativo, cultural y social que ello conlleva. Es a mediados de los

setenta, cuando empieza a despertar una seria preocupación por generar políticas educativas y sociales igualitarias que consideren no sólo el potencial educativo de la escuela hasta entonces previsto, sino la realidad de otros muchos factores que viabilizarán el hecho de que no existan restricciones o límites en la posibilidad de “educarse” a lo largo de toda la vida.

Desde la perspectiva legal, en España, la normativa recoge el término “Educación Permanente” en la Ley General de Educación de 1970, que vuelve a retomarse en 1990 como principio básico que promulga la LOGSE (Ley Orgánica de Ordenación de Sistema Educativo) a través de su artículo 2: “El sistema educativo tendrá como principio básico la educación permanente. A tal efecto, preparará a los alumnos para aprender por sí mismo y facilitará a las personas adultas su incorporación a las distintas enseñanzas”.

Tras todo lo expuesto, podemos decir que la Educación Permanente constituye una nueva conceptualización, que se aparta de los sistemas usuales y supone una consideración de la educación a lo largo de toda la vida, abarcando todas las etapas del ser humano y todos sus aspectos y posibilidades, con la finalidad de alcanzar un desarrollo integral de la persona en la sociedad.

Quintana (1984) resume algunas características como requisitos que configuran el concepto de forma propia y que suponen además una estrecha relación con el carácter personificador y social de la educación: continua, emancipadora respecto a sujeciones sociales, autenticadora del individuo, haciéndolo libre, disponible y creativo, revolucionaria (que el hombre sea capaz de modificar su medio si es inadecuado), democrática (porque el cambio es un distintivo de la democracia), omnicomprensiva (que el individuo no se halle escindido en sus varios roles), dota de buenas relaciones interpersonales.

El profesor Quintana contempla dos dimensiones principales dentro del nuevo concepto de Educación: 1) en el ámbito del tiempo, la educación cuida del hombre más allá de su infancia y juventud, asistiéndole en forma de una educación continua, que se extiende a todos los periodos de su vida y dando

lugar a la llamada Educación Permanente; 2) en la dimensión institucional no son únicamente la familia y la escuela quienes se encargan de la función educadora, sino que vienen a continuarla, completarla y compartirla numerosas instituciones sociales, más o menos informales, dando lugar a la Educación Comunitaria.

Otros estudiosos sostienen la crítica acerca de la función de la educación permanente, considerada cobijo excesivamente amplio y descontextualizado de la educación de adultos que aseguran que corre el peligro de convertirse en un lastre teórico excesivamente utópico y falta de reflexión (Trilla, 1993b:145).

Coexistiendo con esta idea, la mayoría de expertos, ya han suscrito desde hace tiempo la hipótesis de que la educación permanente y educación de adultos caminan de la mano (Trilla, 1992b, 1993, 2003; Sarramona y col, 1998). Es más, algunos incluso consideran esta última como un sector de la primera: “la educación permanente es conjuntamente encuadre descriptivo, legitimación social y modelo proyectivo de la educación de adultos: le proporciona contenidos semánticos, valorativos y teleológicos” (Trilla, 1993:142).

En cuanto a la educación informal, Coombs (1985) subraya la relevancia de este tipo de aprendizaje, de manera que no se le suele conceder la importancia que merece por encima de lo que la educación formal y no formal organizadas puedan aportar. Destaca cómo la educación informal puede tener un impacto decisivo y una influencia profunda en los entornos de aprendizaje, tanto de los jóvenes como de los adultos.

Existen algunos autores, que sumiendo la posible interconexión entre los términos, se han centrado en diferenciar y establecer ciertos elementos particulares. De esta forma, los puntos básicos que ayudan a distinguir la educación permanente de la educación de adultos quedarían resumidos así:

- Hay una primera diferenciación en cuanto a la edad de quienes se dirige: la educación permanente engloba a todo el sistema escolar, mientras que la

educación de adultos sólo se referirá a los que no llegaron a recibir enseñanza institucionalizada o ya finalizaron la escuela.

- La educación de adultos acepta la visión de la existencia humana en dos periodos: uno de preparación y adquisiciones educativas (infancia, adolescencia y en parte juventud) y otro de ejercicio profesional. La educación permanente, por el contrario, parte del postulado de que la educación es labor que perdura toda la vida.

- La educación de adultos sólo pretende resolver problemas actuales, proporcionando los medios necesarios para el conocimiento y adaptación de los adultos al mundo que les rodea. La educación permanente, en cambio, es eminentemente prospectiva, va más allá del momento actual.

Teniendo en cuenta esta diferenciación, tomamos el concepto de Educación Permanente, como una educación continuada a lo largo de todo el ciclo vital, de acuerdo con las necesidades de cada etapa y edad.

Esta expresión está relacionada con la Educación permanente, siendo un término actual, se trata de un concepto más humanista que académico. Unido a la filosofía existencialista que realza el valor y las cualidades del ser humano.

García Mínguez (2004) expone de una manera muy apropiada la idea de la educación a lo largo de la vida, considerándola como una consecuencia de la propia experiencia vital. Va más allá que la educación permanente (que defiende la formación intelectual y una mejor adaptación laboral), requiriendo una profundización en lo que él llama las tres “r”: reflexión, rumbo y recreación. Como bien dice Delors (1996:95), “aprovechar y utilizar durante toda la vida cada oportunidad que se presente de actualizar, profundizar y enriquecer ese primer saber y adaptarse a un mundo en permanente cambio”.

El Informe de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI, presidida por Jacques Delors (1996), recoge los 4 pilares esenciales del

conocimiento: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser.

Algunos autores han creído oportuno diferenciar algunos términos que suelen confundirse. En este sentido la profesora Cabello (2002) diferencia entre “Educación a lo largo de la vida” y “Aprendizaje a lo largo de la vida”, siendo la primera acepción más dependiente de condiciones sociales y educativas que deberían facilitar los organismos públicos, mientras que en la segunda se pone el acento en el aprendizaje, siendo el individuo responsable directo de sus logros educativos.

La educación a lo largo de la vida representa para el ser humano “una construcción continua de sus conocimientos y aptitudes y de su facultad de juicio y acción” (Delors, 1996; 115), en la que tienen cabida distintas dimensiones. Se considera una experiencia singular de cada persona siendo al mismo tiempo la más compleja de las relaciones sociales al abarcar los ámbitos cultural y cívico.

La OMS identificó, en un primer momento, 3 pilares básicos, en su marco de referencia, estos son salud, participación y seguimiento. Para posteriormente añadir un cuarto ámbito fundamental, el aprendizaje a lo largo de la vida.

Este último pilar parte de la base de la capacidad de aprendizaje que tienen todas las personas, independientemente de su edad. Según la Comisión de las Comunidades Europeas (2001), el aprendizaje a lo largo de la vida es una necesidad y un derecho de todas las personas y un elemento clave para el desarrollo de cualquier sociedad.

Nussbaum (2012; 181), apunta que “la educación forma las aptitudes ya existentes en las personas y las transforma en capacidades internas desarrolladas de muchas clases. Esta formación es valiosa en sí misma, pero también es una fuente de satisfacción para toda la vida”.

Por todo lo expuesto se debe de tener presente la educación para las personas mayores usuarias de Centros de Día y Residencias, considerando la misma en nuestras intervenciones.

3.2.2. La animación sociocultural en las personas mayores

Desde la Animación Sociocultural (en adelante ASC) se puede dar respuesta a la educación de las personas mayores.

Comenzamos por tratar de dar una definición al concepto de Animación Sociocultural, que es un concepto difícil de definir. Barrado (1982: 14-18) matiza que la ASC no es una educación mecanicista y culturalista, no es popularización, no es entretenimiento, no es la utilización de técnicas, no es política, no es una acción generosa, no es una suma de acciones inconexas, no es un calendario de actividades, no es una política institucional asfixiante, no es un trasplante de modelos externos y no es una mercantilización.

Autores como Quintana (1993) y Gillet (1995) han añadido al término animación el ámbito de intervención: animación del tiempo libre, de la tercera edad, de centro cívico, etc. Han intentado clasificar los ámbitos de la animación atendiendo a cuatro criterios: los destinatarios o grupos sociales a los que se dirige la animación, los territorios o lugares donde se pretende introducir la animación, los hábitats humanos o territorios diferenciales y los objetos que la actividad pretende fomentar.

Por otro lado, atendiendo a la etimología del término y siguiendo las directrices dadas por Moulinier (1973), la animación es dar vida, en el sentido de crear o despertar inquietudes, iniciativas, tomar conciencia de los problemas, desarrollar una acción autónoma, independiente, responsable, etc. Revivir, en el sentido de infundir o suscitar ánimo, de dinamizar, de potenciar algo que ya existe, impulsando, motivando, favoreciendo la construcción crítica de la realidad, en el sentido de cambio y ayuda al crecimiento personal o grupal, fortaleciendo o coordinando la capacidad y la fuerza de los individuos y de los

grupos y la participación activa de los mismos en la acción social, educativa y cultural. Esta descripción de la animación, es precisamente la que debería orientar nuestra intervención y realización de actividades con las personas mayores.

La figura del animador como profesional puede aparecer de dos formas diferentes, como directivo y técnico o como mediador y facilitador, como un guía. Estas dos formas no son excluyentes. Siguiendo a Merino (1999) es un problema de gradación y no de oposición. El debate a escala antinómica es un falso debate. Uno (eje anima) y otro (eje animus) forman parte del proceso de animación sociocultural.

El animador como directivo y técnico tendría más una función compensadora, informadora, formadora y educadora, mientras que el animador con un rol más de mediador y facilitador, insistiría más en la parte motivadora, incitadora, concienciadora, implicadora, mediadora, coordinadora, catalizadora y negociadora.

Se comparte con Puig Picart (1989) y Merino (1999) que si se tuviera que escoger tres verbos que presentaran los objetivos de la animación sociocultural estos serían: animar, intervenir y transformar.

S. de Miguel (1995: 44-45) propone una definición integradora de ASC, entendiendo que la animación sociocultural es un método de intervención, con acciones de práctica social, dirigidas y destinadas a animar, ayudar, dar vida, poner en relación a los individuos y a la sociedad en general, con una adecuada tecnología, y mediante la utilización de instrumentos que potencien el esfuerzo y la participación social y cultural.

Petrus (1989) entiende la ASC, dentro de la Pedagogía del Tiempo Libre, como una metodología creativa de tratamiento, como técnica social preventiva. La define como un método de trabajo, de intervención social que busca el

desarrollo comunitario a partir de un concepto amplio de cultura, con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

Se está hablando de ASC como actuación crítica, libre y transformadora de la sociedad y como un conjunto de acciones que tienden a ofrecer al individuo. Si se tuviera que escoger tres verbos que presentaran los objetivos de la animación sociocultural estos serían: animar, intervenir y transformar.

Estamos de acuerdo con Merino (1999) cuando afirma que la ASC tiene que estar dentro de un proyecto de acción contextualizado y tecnológicamente diseñado y desarrollado desde los presupuestos de la animación sociocultural.

La animación sociocultural en las personas mayores se fundamenta en una participación activa y en el compromiso del individuo con el medio social en el que vive.

Las poblaciones de personas mayores actuales carecen de tradición en cuanto a participación comunitaria, en el sentido de asumir responsabilidades, de implicarse socialmente, de transformar, de cambiar el medio social en el que viven. Pertenecen a unas generaciones en que las mejoras sociales, eran tarea de las autoridades, y donde la accesibilidad a los bienes culturales, era algo reservado a una elite culta y/o adinerada. Para muchas de estas personas el término cultura equivale al de educación.

Quizás lo mejor que se pueda aportar a las personas mayores desde estos centros sean las ganas de vivir, la animación, el estímulo para mantenerse activos y para seguir comprometidos socialmente y no caer en la pasividad y el abandono. No olvidemos que la ASC consiste, esencialmente, en establecer las estructuras que permitan la comunicación humana y en suscitar las condiciones de una mayor participación cultural en los diversos sectores de la vida comunitaria. Petrus (1989).

Las personas mayores tienen que ser las protagonistas de su propia historia, de su propia cultura y de su propio proyecto de vida. En palabras de Berzosa (1987: 14) la ASC en las personas mayores aporta una conciencia participativa que despierte en el sujeto potencialidades adormecidas y capacidades no puestas en juego. La posibilidad de sentirse creador desarrollando sus facultades.

La animación sociocultural como un programa más de intervención social, no tiene sentido si no forma parte de la cultura de la organización de la propia institución. La animación debe encontrar su lugar en las dinámicas de identidad: de los residentes, usuarios o clientes, del personal, de los familiares, etc. Contribuyendo al mantenimiento de la identidad de las personas mayores que forman la comunidad residencial. La ASC debe contribuir a la construcción (mantenimiento, desarrollo) de una identidad, a favorecer la comunicación de todos los actores implicados, a desarrollar un nosotros, un símbolo de identidad, que acabe constituyendo un referente en el tiempo y en la historia del establecimiento, con un pasado, presente y futuro. La animación se erige como un canal propicio para el cambio y la participación. A trabajar desde tres ámbitos distintos: el del establecimiento y su entorno, el del propio establecimiento como un todo, y las relaciones entre los distintos grupos que forman el establecimiento. Si no se da cambio social, el cambio de esa realidad, no hay ASC. Habrá otras muchas cosas, pero no ASC en su sentido más auténtico.

Respecto a la figura del animador y/o educador social desde la ASC con las personas mayores, se pueden distinguir dos tendencias fundamentales a la hora de entender la ASC y el rol del educador o animador que se deriva de ello. La primera como conjunto de técnicas grupales más o menos independientes del soporte ideológico, con lo que el animador sería un técnico o especialista en trabajo social (Ander-Egg, 1984). Y la segunda como un instrumento-palanca para transformar la realidad social, y, en este sentido, el animador sería un educador social comprometido a escala comunitaria pero, sobre todo, con los sectores menos favorecidos socioeconómicamente. La consideración que tiene desde esta óptica es la de agente de cambio social (de la Riva, 1988:27).

En cualquier caso, parece que el animador, como mínimo tiene tres campos de trabajo muy concretos: cultural, trabajando para la creatividad, social, con el punto de mira puesto en la participación, transformación, movilización y dinamismo de colectivos, centrado en el trabajo de grupo a escala vecinal, y educativo, para fomentar el desarrollo personal (Ventosa, 1989).

Los animadores o los educadores no son los verdaderos protagonistas del proceso; el único protagonista de los procesos de animación es el propio grupo, en el caso que nos ocupa el de las personas mayores. El animador o educador es sólo un agente de apoyo que estimula la iniciativa grupal; una persona que conecta a los individuos con su ambiente y provoca en ellos actividades de investigación, estímulo, creatividad, reflexión, organización social, etc., tendentes a solucionar los problemas socioculturales de una comunidad o grupo concreto (Pollo, 1980; Laporta, 1978). Intenta que afloren los conflictos y se tomen posturas críticas en la solución de los mismos. Y es, precisamente, desde esta postura que insiste en la búsqueda, descubrimiento y exposición de las causas de las desigualdades sociales, donde se puede encontrar el trabajo del animador sociocultural como educador social (Quintana, 1985: 25-26).

En definitiva, su trabajo debe centrarse en favorecer la participación y el compromiso personal, la toma de conciencia de la realidad y la del entorno, las relaciones interpersonales, en la interrelación con otros colectivos, la búsqueda constante de alternativas.

Realmente se puede hablar de una adecuada y significativa ASC cuando el colectivo de las personas mayores no requiera la presencia de un animador o educador, siendo ellos mismos los protagonistas de sus problemas y eliminación de las causas, por lo que cualquier política de ASC debiera concretarse en un plan de acción más global dirigido a la transformación social (Costa, 1986: 129).

La animación y educación están estrechamente unidas. La educación y sus claves pedagógicas aportan a la animación la parte científica. La animación

marca la educación con un estilo nuevo concretado en objetivos y estrategias específicas: sentido crítico, integración social, participación, etc.

La animación sociocultural es el nuevo nombre con que se le llama a la educación popular que lo originó, alternativa a la escuela o escuela paralela. No trasmite los valores de una cultura, pero a través de ella, se puede favorecer el aprendizaje de estos. Los valores que se deben promover desde la animación son la solidaridad, la gratuidad, la creatividad, el respeto, la comprensión, la transformación, la trascendencia y la esperanza.

La comunicación es un valor a cultivar por la animación sociocultural, pues es uno de los pilares de la vida humana. El descubrimiento de las necesidades comunicativas en un grupo determinado es muy importante en el proceso de animación de los grupos. El animador debe ser un técnico capaz de ofrecer información, datos y sugerencias metodológicas y un estimulador capaz de poner en marcha los procesos de comunicación.

Es importante que el Centro de Día y la Residencia mantengan en contacto a la persona mayor con la comunidad. La calle para las personas en situación de dependencia se convierte “en un espacio de salud”, donde se produce un revitalizador cambio “de ambiente” y “de aires” (Prieto, 2011). “No extraña, en consecuencia, que dentro del propio espacio doméstico estar en la terraza o junto a la ventana constituya una de las actividades predilectas”. En todo caso las mejores experiencias suceden fuera y, mientras se pueda, idealmente, se sale” (Prieto 2011). Todo ello pone de relieve la trascendencia de incorporar el exterior, la vida de la calle a la actividad cotidiana. Salidas para participar en la compra diaria, dar un paseo o participar en una reunión constituyen actividades que contribuirán a mantener un proyecto de vida más allá del entorno doméstico o de los centros.

3.2.3. Programas Cognitivos y Psicoafectivos

En los últimos años han aumentado las intervenciones para fomentar el bienestar, la satisfacción con la vida y las emociones positivas. Los estados de ánimo y emociones positivas cumplen una función adaptativa y se relacionan con un envejecimiento con éxito (Fernández- Ballesteros *et al.*, 2010). Los estados afectivos positivos tienen múltiples beneficios: favorecen la capacidad de afrontamiento ante la adversidad, protegen frente a la depresión, favorecen una organización cognitiva más abierta, creativa y flexible, un juicio hacia los demás y hacia uno mismo más indulgente, promueven las relaciones íntimas y satisfactorias, generan conductas altruistas, permiten tolerar mejor el dolor físico, mejoran el sistema inmunitario y parecen generar una mejor salud y longevidad (Vázquez y Hervás, 2009).

Considerando la evidencia de los beneficios de las emociones positivas, surge la necesidad de desarrollar estrategias de intervención en personas mayores que contemplen como uno de sus objetivos prioritarios el fomento del bienestar. Existen algunas intervenciones para fomentar el bienestar en esta población. Por ejemplo, Dube, Lapierre, Bouffard y Alain (2007) observaron un incremento significativo en bienestar en comparación con un control de jubilados entre 50 y 65 años a los que ayudaron a planificar y conseguir sus metas personales. García, Caprara y Fernández-Ballesteros (2004) han desarrollado el programa “Vivir con Vitalidad” para promover envejecimiento positivo. La versión multimedia en personas mayores de 65 años mejoró su conocimiento sobre envejecimiento satisfactorio, valoración de la propia capacidad de envejecer bien, participación en actividades culturales, intelectuales y sociales y satisfacción con la vida, en comparación con un grupo control.

Por otro lado, se deben de considerar las terapias no farmacológicas, que han demostrado su eficacia en la recuperación de las alteraciones cognitivas. Son útiles para el tratamiento de las enfermedades neurodegenerativas, para

pacientes que presentan quejas de memoria propias del envejecimiento normal y para las alteraciones cognitivas desencadenadas por daño cerebral de origen diverso (Arango L., 2006).

Las personas mayores tienen un riesgo elevado de padecer alguna enfermedad que repercuta en el estado de su cognición, y este riesgo aumenta cuando las condiciones ambientales son poco estimulantes (Pascual, Barlés, Laborda y Loren, 1998). De ahí, la importancia de considerar la estimulación cognitiva como un proceso de mejora de la calidad de vida para las personas mayores a las que se les aplique.

3.2.3.1. Programas de entrenamiento para la mejora de las habilidades cognitivas

Los programas de psicoestimulación cognitiva para personas mayores consisten en un conjunto de estímulos que pretenden incrementar la actividad de las habilidades cognitivas (orientación, atención, memoria, lenguaje, razonamiento y praxias), que intenta mantener las habilidades intelectuales conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de restaurar la autonomía de la persona a quien se le aplique (Puig, 2001).

Se toma como premisa la flexibilidad y plasticidad cerebral y el demostrado efecto positivo de la actividad intelectual como obstáculo del deterioro cognitivo, y tomando como base de trabajo los sistemas pedagógicos (Arriola e Inza, 1999).

Durante (2004), formula que el objetivo principal del entrenamiento cognitivo es incrementar la discriminación y la sensibilidad de los sentidos mediante la estimulación de todos los receptores sensoriales, incrementando así la capacidad y la oportunidad de la persona mayor para interactuar con el entorno. Este enfoque recoge diversas técnicas, principalmente cognitivas y de comunicación las cuales García-Sánchez, C. (2002) denomina como terapias blandas o no farmacológicas.

Las denominadas terapias blandas, dirigidas a las personas con deterioro cognitivo, son un claro ejemplo de la reorientación que están teniendo los objetivos de intervención en las personas en proceso de envejecimiento y del énfasis puesto en el aumento de la calidad de vida y del bienestar personal. Dichas terapias están teniendo una importante expansión en la actualidad en nuestro país, así como en el resto de comunidad internacional, fundamentalmente impulsada desde el ámbito aplicado, y que necesariamente deberá ir unida, al desarrollo de investigaciones científicas que proporcionen luz y conocimientos que permitan llegar a conclusiones bien documentadas sobre las mismas.

Las áreas en que se han centrado los sistemas de entrenamiento para la mejora de las habilidades cognitivas en personas mayores son:

- Programas motivacionales: mejorar la motivación y autoestima por su influencia sobre el sistema cognitivo.
- Programas de inteligencia práctica: facilitar el mantenimiento y aprendizaje de habilidades que le permitan la realización de las actividades cotidianas (Programa de Enriquecimiento Instrumental, del programa CORT, del Proyecto de Inteligencia Harvard, etc.).
- Programas de autoentrenamiento: para activar habilidades ya aprendidas.
- Programas de Modificación Intelectual: usando técnicas de feedback y modelado (por ejemplo ADEPT: Adult Development and Aging Project).

Respecto a la memoria podemos enseñar y proporcionar diferentes ayudas, estrategias y técnicas para disminuir estas carencias:

- Ayudas externas: agendas, reloj-alarma, anotaciones, actos que faciliten el recuerdo, calendarios, etc.

- Ayudas internas: estrategias de repetición, de centralización, de organización y de elaboración.

Hay que optimizar la utilización de todos los tipos de terapias disponibles y aplicarlas de forma adecuada y flexible (psicoestimulación, reminiscencia, orientación en la realidad, terapia de validación o de resolución). Un abordaje integral requiere que lo emocional sea considerado también en la esfera cognitiva: las intervenciones requieren contacto, mirada, tiempo, exclusividad, sensibilidad y afecto. En las personas con gran deterioro cognitivo es imprescindible contar con la información que puede proporcionar la familia o sus más allegados (historia de Vida, hábitos, historia laboral y ocupacional, costumbres, etc.).

3.2.3.2. Terapia de Reminiscencia y Revisión de Vida

Dentro de las Terapias Cognitivas y Psicoafectivas, está la Terapia de Reminiscencia, que consiste en una terapia que, desde estímulos concretos y presentes, provoca la evocación de recuerdos y experiencias vitales conservadas, para desde allí establecer nexos asociativos e integrativos con el presente así como efectuar una validación afectiva de los sentimientos asociados a dichos recuerdos. Con esta terapia se pretende: estimular los procesos amnésicos y los recuerdos preservados, reforzar la autoestima, proporcionar soporte psicoafectivo en la tarea evolutiva de reconstruir significativamente el pasado y favorecer las relaciones interpersonales y la integración social

Son relevantes las intervenciones dedicadas a revisar la propia vida. A medida que las personas van envejeciendo, inician un proceso de conciencia sobre la propia muerte que despierta la necesidad de reexaminar y evaluar su experiencia vital (Erikson, 1959). La Revisión de Vida (en adelante RV) es un proceso natural que se caracteriza por el acceso a la conciencia de recuerdos inconscientes y conflictos no resueltos. Permite renovar el significado de los

sucesos pasados y resolver conflictos, y puede proporcionar sentimiento de logro, serenidad, aceptación de lo sucedido y sensación de haber alcanzado cierto grado de sabiduría (Serrano y Latorre, 2005). Es un proceso normativo que persigue integrar y aceptar los eventos pasados (Butler, 1963), dando lugar a la “integridad” del yo.

Según Conway (2005) la memoria autobiográfica va construyéndose a lo largo de la vida y juega un papel central en la propia identidad. Se compone de 3 niveles dispuestos jerárquicamente según su nivel de especificidad: 1) Periodos de vida, que representa largos periodos de tiempo (p. ej., la infancia); 2) Eventos generales, sucesos que se repiten pero que no son concretos (p. ej., las vacaciones); 3) Eventos específicos, momentos únicos que pueden durar segundos u horas (p. ej., el nacimiento de un hijo).

Williams y Broadbent (1986) observaron que sujetos con intento de suicidio tenían más dificultades para recuperar recuerdos específicos y eventos positivos que los del grupo no clínico. Se producía la sobregeneralización, una dificultad para recuperar recuerdos autobiográficos específicos y una tendencia a recuperar recuerdos generales. Aunque aparentemente este fenómeno podría bloquear los recuerdos negativos y minimizar su impacto emocional, también puede activar redes de recuerdos categóricos negativos. Según Watkins, Teasdale y Williams (2000), la sobregeneralización en la depresión está relacionada con un procesamiento de la información rumiativo. Además, recordar el pasado de forma limitada reduce la capacidad de proyectar el futuro de forma más específica. Serrano, Latorre y Gatz (2007) encontraron que la sobregeneralización caracterizaba la recuperación de recuerdos del grupo de personas mayores deprimidas en comparación con las no deprimidas.

Además, la sobregeneralización ocurría en respuesta a las claves negativas pero no a las positivas. También encontraron un sesgo hacia recuerdos positivos en las personas mayores sin depresión. Los autores hipotetizaron que una memoria más semántica y menos episódica en los mayores podría cumplir tareas evolutivas propias de la edad relacionadas con

los roles sociales o la generatividad. Afonso y Bueno (2010) encontraron una correlación negativa entre depresión y recuerdos específicos, y entre depresión y recuerdos positivos.

En la RV como técnica terapéutica el terapeuta ayuda a la persona a recuperar y reorganizar sus recuerdos. Existen distintas modalidades. La RV puede ser dirigida por un terapeuta de forma individual y privada. Otra modalidad es que la persona narre su vida mientras otras personas escuchan su testimonio. También varias personas pueden intercalar sus vivencias personales a partir de claves que un terapeuta usa para dirigir el proceso.

Estas distintas modalidades han dado lugar a distintas guías como la Terapia de Revisión de Vida (Lewis y Butler, 1974), la Guía Autobiográfica (Birren y Deutchman, 1991) o el Modelo Estructurado de Revisión de Vida (Haight y Webster, 1995) (Serrano y Latorre, 2005). La Revisión de Vida de Sucesos Específicos Positivos (ReViSEP) es una adaptación de la entrevista de RV de Haight (1979) dirigida a recuperar únicamente eventos específicos positivos (Serrano, 2002) que está obteniendo buenos resultados en la mejora del estado de ánimo de las personas mayores (Latorre, Serrano, Ros, Aguilar y Navarro, 2008).

La RV y la Reminiscencia parecen ser beneficiosas para las personas mayores, aunque la reminiscencia parece ser menos eficaz que la RV en el fomento del bienestar (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers y Smit, 2007). Aunque Reminiscencia y RV se usan frecuentemente como sinónimos, en la reminiscencia, las personas responden a estímulos generales sobre su pasado, con la intención de estimular asociaciones y compartir memorias, mientras que la RV es más estructurada y revisa sistemáticamente todas las etapas de la vida, evaluando el significado e impacto de los eventos de la vida y resolviendo conflictos del pasado.

Haight (1988) observó que el grupo experimental de RV mejoró la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico tras ocho semanas en

comparación con el control, controlando las medidas pre-test. Fielden (1990) comparó una intervención de Reminiscencia en grupo de nueve sesiones semanales con una intervención basada en revisar el presente en 31 participantes que vivían en residencias. El grupo de Reminiscencia mejoró su bienestar psicológico, satisfacción con la vida y pautas de socialización tras la intervención, mientras que el grupo de comparación no mostró ningún cambio. Cook (1998) asignó aleatoriamente 36 mujeres que vivían en residencias a un grupo de reminiscencia en grupo, de 16 sesiones semanales o a un grupo control, centrado en sucesos presentes o sin tratamiento. El grupo de reminiscencia presentó más satisfacción con la vida en el post-test que el grupo control después de controlar los niveles pre-test y el nivel educativo. Serrano, Latorre, Gatz y Montañés (2004) asignaron aleatoriamente 43 adultos con depresión y sin demencia a un grupo de RV o a un grupo control. Tras cuatro sesiones semanales, el grupo experimental presentó menos depresión y desesperanza, y más satisfacción con la vida y recuerdos específicos que el grupo control en el post-test. Arkoff, Meredith y Dubanoski (2004) compararon una intervención de RV en grupo de 14 sesiones semanales en personas mayores que asistían a la universidad con un grupo control de asistentes a la universidad que no se apuntaron al programa de RV. El grupo experimental mejoró su bienestar psicológico en el post-test, mientras que el control no mejoró. Afonso y Bueno (2010) aplicaron un programa de reminiscencia individual en 30 personas mayores con depresión y sin demencia. El grupo experimental aumentó los recuerdos autobiográficos específicos y los recuerdos positivos, y disminuyó la depresión y los recuerdos negativos del pre-test al post-test. Estos cambios no se observaron en los grupos de comparación o se dieron en menor grado.

Considerando los resultados de los diferentes estudios descritos, se considera importante introducir este tipo de terapia en las Residencias y Centros de Día para personas mayores, para mejorar el estado de ánimo y prevenir estados depresivos.

Antes de finalizar este apartado, exponemos algunas ideas generales sobre cómo llevar a cabo la Terapia de Reminiscencia. En cada sesión se abordará un tema preseleccionado siempre relacionado con el pasado y los recuerdos preservados de los componentes del grupo. Los temas a incluir en las sesiones de reminiscencias, organizados en tres tipos, pueden ser los siguientes:

- Biográficos: La infancia, la juventud, el matrimonio, los hijos, el trabajo, la jubilación
- Acontecimientos y fiestas relacionadas con el momento temporal: Reyes, Carnaval, San Valentín, Semana Santa, San Juan, Todos los Santos, Navidad, etc.
- Temáticos: fiestas y romerías, los mercados, los medios de comunicación y transporte, trabajos y oficios específicos, la escuela, los gustos musicales y la moda de la época, la vivienda, las relaciones hombre-mujer, las relaciones intergeneracionales.

Las técnicas de intervención utilizadas son las de dinámicas de grupos, las de modificación de conducta y las técnicas de comunicación, dentro de las cuales desempeñan un papel primordial en esta terapia las técnicas de validación afectiva.

3.2.3.3. Las Terapias Psicoafectivas

La depresión es una problemática común entre las personas mayores, con una prevalencia del 3% en las formas clínicas y del 8-15% en las subclínicas (Beekman, Copeland y Prince, 1999; Karel y Hinrichsen, 2000). Es más, la presencia de sintomatología depresiva subclínica tiene relevancia por sí misma ya que genera un malestar comparable al del cuadro completo (Gotlib, Lewinsohn y Seeley, 1995), y constituye uno de los principales predictores para el desarrollo de una depresión mayor (Cuijpers, Smit y Willemse, 2005).

Este trastorno del estado de ánimo tiene enormes repercusiones en la funcionalidad y la calidad de vida de las personas mayores (de Beurs et al, 1999), y constituye un importante factor de riesgo de suicidio en este grupo de edad (Juurink, Herrmann, Szalai, Kopp y Redelmeier, 2004). Por ello, existe la necesidad de desarrollar intervenciones preventivas dirigidas a esta población, especialmente las dirigidas a personas mayores que ya están experimentando sintomatología depresiva y que se corresponden con el nivel de intervención denominado prevención indicada. En este sentido, en los últimos años han despertado un enorme interés las intervenciones de prevención indicada de la depresión, donde se han encontrado resultados alentadores en dos estudios con personas mayores de Canadá y Holanda (Konnert, Dobson y Stelmach, 2009; Van't Veer Tazelaar et al., 2009). No obstante, determinar la eficacia de este tipo de prevención en personas mayores implica la necesidad de desarrollar más intervenciones dirigidas a mayores de otros países. Además, se debe tener en cuenta, que el alto número de sesiones que se utilizó en esas intervenciones limita su utilidad clínica y su eficiencia.

El programa de prevención indicada de la depresión para adultos mayores desarrollada por el equipo del profesor Vázquez de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela está basado en el Modelo Integrador Multifactorial de la Depresión de Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985). Según este modelo, el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales que conducen a la depresión comienza cuando surge un evento potencialmente evocador de depresión (ingreso en una residencia, convertirse en cuidador de un familiar dependiente, viudedad, jubilación, etc.), que interrumpe los patrones de conducta adaptativos del sujeto (cambios a nivel familiar, laboral, etc.), produciendo todo ello una disminución de reforzamiento positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia de esto, se produce un aumento de la autoconciencia, la autocrítica y las expectativas negativas, que se traducen en un aumento de la disforia con consecuencias conductuales, cognitivas, interpersonales, etc. que repercute aún más en los acontecimientos que evocan la depresión, la conducta y la

conciencia, haciendo que este proceso se constituya en un círculo vicioso que se retroalimenta a sí mismo y mantiene y empeora los síntomas depresivos. Que la depresión funcione como un círculo vicioso que se retroalimenta, supone poder mejorar la depresión interviniendo sobre cualquier punto del proceso e invirtiéndolo.

Tomando este modelo como base, se desarrolló una intervención preventiva cognitivo-conductual, dirigida a entrenar a personas mayores con sintomatología depresiva subclínica en distintas habilidades conductuales y cognitivas como pueden ser el incremento de actividades agradables, técnicas de relajación, habilidades sociales, asertividad y habilidades de manejo de pensamientos. La mayoría de estas estrategias implican incrementar los mecanismos protectores frente a la depresión de los participantes; ya que es probable que las intervenciones preventivas centradas en incrementar los mecanismos protectores tengan un efecto más potente que las centradas en reducir los mecanismos de riesgo (Vázquez y Torres, 2005) que son más difíciles de desactivar.

Aunque se parte de un modelo multifactorial, se hace especial énfasis en el componente conductual, ya que existe una relación significativa entre el estado de ánimo y el número de actividades agradables (Gallagher- Thompson, 1981; Lewinsohn y Graf, 1973; Lewinsohn et al., 1985). En concreto, el sujeto tendría una escasa o nula participación en actividades reforzadas o intrínsecamente reforzantes. Esta falta de refuerzo le llevaría a dejar de involucrarse en esas actividades y la aparición de un estado de ánimo negativo. Los contenidos de la intervención se estructuraron en cinco sesiones y se obtuvieron buenos resultados.

Las intervenciones cognitivo-conductuales en formato grupal han mostrado ser efectivas en el tratamiento de personas mayores que padecen depresión (Krishna et al., 2011). El uso de formatos grupales en este tipo de intervenciones fomenta el crecimiento personal, aporta un espacio de seguridad, provee un contexto de ayuda y apoyo, proporciona contención emocional,

favorece la empatía, mitiga el aislamiento social y permite la retroalimentación del grupo de iguales (Corey, 1995; Steuer et al. 1984). Se trata, además, de un formato de intervención especialmente adecuado si la depresión se acompaña de aislamiento social o duelo (Haight, 2005).

Se dirigen a usuarios con desajustes psicoemocionales, o con riesgo de presentarlos, que puedan beneficiarse de este tipo de terapia desde el enfoque preventivo o como tratamiento complementario a un proceso terapéutico individualizado. Estas terapias estarán dirigidas por el psicólogo y se organizarán a través de grupos reducidos (como máximo de unas doce personas). La frecuencia aconsejable de las sesiones será semanal, de una hora 30 minutos aproximadamente. La duración del grupo será limitada (unas diez sesiones) relacionada con una programación preestablecida, ya que el objetivo de este tipo de terapia es el aprendizaje terapéutico y no el mantenimiento o la estimulación.

También se pueden llevar a cabo grupos terapéuticos o terapia de grupo, que se dirige, fundamentalmente desde el ámbito preventivo, a intervenir sobre los procesos relacionados con la mejora psicoafectiva de la persona. Estos grupos pretenden proporcionar actitudes, conocimientos y habilidades que contribuyan a lograr el desarrollo y potenciación de la autoestima, la prevención de trastornos depresivos, la mejora del estado de ánimo y la reducción y control de la ansiedad.

Se utilizarán técnicas de intervención psicoterapéutica y, desde una metodología grupal, se abordarán contenidos dirigidos específicamente a la prevención y mejora de procesos psicoafectivos. El programa del grupo terapéutico se fijará en función del grupo, no obstante los contenidos generales de estos grupos se relacionarán con la autoestima, el estado de ánimo, estrés y control de ansiedad y depresión.

3.2.4. La importancia del ocio

Durante muchos años el ocio fue visto por sabios y pensadores como algo peligroso, perverso, incluso corruptor. Hoy se ha producido un cambio de mentalidad para entender el ocio, viendo en él una raíz sedante, contemplativa y creadora. Sin lugar a dudas, el ocio también es un medio para socializarnos.

Disfrutar del tiempo libre tiene una repercusión positiva tanto a nivel personal como en el entorno familiar y social, por lo que es muy importante para el desarrollo humano. El día a día ofrece una gran cantidad de posibilidades que favorecen el desarrollo personal y social, pero que muchas veces pasan desapercibidas. Csikszentmihalyi (2001; 30) apunta que “el ocio ofrece oportunidades para experimentar con lo nuevo y romper la rutina, al mismo tiempo que puede enseñar la habilidad para hacer nuestras obligaciones como si las hubiéramos elegido. Esto es debido a que la creatividad incluye la habilidad para cambiar el mundo exterior y la realidad interna y el ocio es el contexto para hacerlo”.

Teniendo todo esto en cuenta y centrándonos en el colectivo objeto de nuestro interés, se destaca, tal y como señaló la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002 en su documento marco del envejecimiento activo, que es necesario evolucionar desde un enfoque basado en las necesidades a uno basado en los derechos, donde se reconozca el derecho de las personas mayores a disfrutar de una vida plena de igualdad de oportunidades y de trato en todos los ámbitos. Las personas mayores, tal y como apunta Subirats (2011) quieren participar activamente y de manera integral en la sociedad.

El ocio, entendido como experiencia con valor en sí misma, en palabras de Cuenca, (2004) se distingue por su capacidad de sentido y su potencial para crear encuentros creativos que originan desarrollo personal. Las experiencias de ocio son estructuradas en el conjunto de la vida y de las experiencias vitales del

individuo, son procesos en su vivencia y valoración, y direccionales, porque el ocio permite acceder a lo satisfactorio y positivo. Dewey (2008) apunta que la verdadera experiencia es aquella que se conserva como recuerdo perdurable.

Determinar que un resultado constituye un beneficio del ocio requiere la evidencia de que la participación en el ocio es la responsable del resultado y que dicho resultado comporta una mejora que no habría tenido lugar en otras circunstancias. Es por ello que el ocio, en palabras de Tisnley (2004; 58) “posee una importancia capital en la psicología de la personalidad saludable”.

Según los datos aportados y disponibles en el Libro blanco del envejecimiento activo (2011) sobre la evolución de las actividades que cotidianamente realizan las personas mayores, se observa un incremento de las actividades más “sociales” que conllevan salir y relacionarse o cuidar de la salud a través de la realización de algún deporte o el paseo. Igualmente se apunta la ascendente tendencia en el uso de tecnologías entre las personas mayores, lo que evita el aislamiento, genera nuevas redes sociales, ofrece seguridad y posibilita nuevos aprendizajes.

Según Kelly y Steinkamp (1986) la interacción social, la autoexpresión, la percepción de competencia, llenar el tiempo y evitar el aburrimiento son algunas de las motivaciones para participar en actividades de ocio que experimentan las personas mayores, y que les ayudan a hacer frente a los cambios que se producen en esta fase de la vida.

Por otra parte, el disfrute del ocio en las personas mayores está directamente relacionado con la percepción de felicidad, el ajuste a las circunstancias vitales y la implicación en los procesos vitales (Katz, 2000). Igualmente, las personas mayores, que disfrutan de experiencias de ocio que revisten cierto grado de complejidad de manera continuada, son personas con una capacidad de atención mayor desde un punto de vista intelectual (Schooler y Mulatu, 2001) y más implicadas socialmente y con su entorno (Iso-Ahola, Jackson y Dunn, 1994).

De esta manera, diversas investigaciones permiten relacionar las prácticas de ocio en personas mayores que demandan un posicionamiento activo con un mayor bienestar psicológico y menores índices de depresión (Dupuis, y Smale, 1995).

Los beneficios del ocio (Driver y Bruns, 1999) se concretan en todos los niveles de la vida (psicológicos, fisiológicos y conductuales) y son mejoras o cambios positivos, reales o percibidos, por parte de la persona o grupo que protagoniza la acción de ocio de la que se deriva la mejora.

Si tenemos en cuenta la conceptualización que (OMS) hace del Envejecimiento activo, esto es “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”, (OMS, 2002b; 79) es evidente que las actuaciones tendentes a potenciar actitudes y conductas que promueven la inquietud intelectual, la curiosidad científica, y cultural, profundizar en las humanidades y en el conocimiento de los riesgos que conllevan determinados hábitos, va a permitir a las personas mayores estar en mejores condiciones de afrontar las diferentes situaciones que la vida les va proponiendo.

Se deben de considerar actividades de ocio que aporten beneficios a las personas mayores. Se entiende por beneficio aquel cambio que es visto como ventajoso para una mejora en la condición, un aumento o un progreso para un individuo, un grupo, la sociedad u otra entidad (Driver; Brown y Peterson, 1991).

Una de las actividades que cada vez realizan más personas mayores, y que están dentro de las actividades que se ofertan en los Centros de Día y Residencias son actividades relacionadas con el deporte. Además de los beneficios físicos, cada vez más, se estudia cómo el ejercicio físico influye en aspectos psicológicos. Así (Clark y Watson, 1988) hallaron una relación entre los estados de ánimo positivos y los acontecimientos de carácter social que rodean a la práctica de actividad física colectiva.

CAPÍTULO IV: LEYES Y NORMATIVAS RELACIONADAS CON LAS PERSONAS MAYORES

4.1. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia

El 15 de diciembre de 2006, se publicó en el BOE la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, que regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), en el que colaboran y participan todas aquellas Administraciones Públicas con competencias en la materia.

La aprobación de esta ley, conocida socialmente como “Ley de Dependencia”, marca un nuevo escenario en la concepción y articulación de los derechos de los ciudadanos dependientes y de sus familiares, así como de los propios servicios sociales ofertados por las distintas administraciones competentes en su prestación, convirtiéndose en lo que muchos ya reconocen como el cuarto pilar del Estado de Bienestar (Montalba, 2013).

La conocida Ley surge tras la detección unánime, por parte de todos los actores sociales implicados en su desarrollo, de unas necesidades prioritarias, condicionadas por factores como el envejecimiento de la población, el cambio de la estructura familiar o la incorporación de la mujer al trabajo (Agencia de Evaluación y Calidad, 2009), para las que el Estado de Bienestar debe proporcionar soluciones concretas que posibiliten la consecución de tres objetivos fundamentales: la promoción de la autonomía personal, la prevención de la dependencia y la atención y el cuidado adecuado de las personas dependientes, facilitando los recursos más idóneos para cada situación.

En el Artículo 1 se describe el objeto: “regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español”.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responde a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contempla medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales.

A continuación se describen una serie de conceptos, tal y como se definen desde esta ley:

- Autonomía: capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.
- Dependencia: 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 a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.
- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas

básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

- Necesidades de apoyo para la autonomía personal: las que requieren aquellas personas con discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.

- Cuidados no profesionales: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

- Cuidados profesionales: los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, tanto en su hogar como en un centro.

- Asistencia personal: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.

- Tercer sector: organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales.

Esta Ley se inspira en los siguientes principios, que aparecen detallados en el artículo 3:

- El carácter público de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

- La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, en los términos establecidos en esta Ley.

- La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada.
- La transversalidad de las políticas de atención a las personas en situación de dependencia.
- La valoración de las necesidades de las personas, atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real.
- La personalización de la atención, teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor igualdad de oportunidades.
- El establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.
- La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.
- La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.
- La calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia.
- La participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familias y entidades que les representen en los términos previstos en esta Ley.
- La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales.

- La participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.
- La participación del tercer sector en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.
- La cooperación interadministrativa.
- La integración de las prestaciones establecidas en esta Ley en las redes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de las competencias que tienen asumidas, y el reconocimiento y garantía de su oferta mediante centros y servicios públicos o privados concertados.
- La inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres.
- Las personas en situación de gran dependencia serán atendidas de manera preferente.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) es constituido con el fin de promover la autonomía personal y garantizar la atención y protección a las personas en situación de dependencia en todo el territorio del Estado español, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias.

El SAAD además se configurará como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados (artículo 6).

Se crea el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, como instrumento de cooperación para la articulación del Sistema y en el que participan la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales (artículos 9 a 13).

Los requisitos básicos para ser titular de los derechos establecidos en la LAAD, que aparecen detallados en el artículo 5, son los siguientes:

- Ser español.
- Cualquier edad, pero con peculiaridades para los menores de 3 años.
- Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos por la LAAD.
- Residir en territorio español y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Para los menores de cinco años el período de residencia se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia.

Respecto a las personas que, reuniendo los requisitos anteriores, carezcan de la nacionalidad española se regirán por lo establecido en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en los tratados internacionales y en los convenios que se establezcan con el país de origen. Para los menores que carezcan de la nacionalidad española se estará a lo dispuesto en las Leyes del Menor vigentes, tanto en el ámbito estatal como en el autonómico, así como en los tratados internacionales.

En la ley se consideran diferentes grados de dependencia:

- Grado I (dependencia moderada): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II (dependencia severa): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador.
- Grado III (gran dependencia): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de

otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Cada uno de estos grados se clasificará a su vez en dos niveles en función de la autonomía y, atención y cuidado que requiere la persona.

En cuanto a la valoración de la situación de dependencia, el artículo 27.2 de la Ley establece la existencia de un único baremo en todo el Estado Español para valorar la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental. El reconocimiento de la situación de dependencia tendrá validez en todo el territorio del Estado.

El baremo deberá acordarse en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y aprobarse mediante Real Decreto. Tendrá entre sus referentes la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) adoptada por la Organización Mundial de la Salud y se aplicará teniendo en cuenta los informes sobre la salud de la persona, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis prescritas y el entorno en el que vive. La Disposición Final Quinta de la Ley señala que en el plazo máximo de tres meses desde la constitución del Consejo, el Gobierno, de conformidad con los acuerdos del Consejo Territorial, debe aprobar este baremo.

Las distintas Comunidades Autónomas (artículo 27.1) determinarán los órganos de valoración de la situación de dependencia, que emitirán un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir. El Consejo Territorial acordará unos criterios básicos del procedimiento de valoración y de las características de los órganos de valoración de las Comunidades Autónomas (que tendrán carácter público), tanto en lo referente a su composición como a los criterios de actuación. Por tanto, las Comunidades Autónomas deben esperar la postura que el Consejo territorial adopte en esta materia.

Respecto a las prestaciones de atención a la dependencia que contempla la Ley (artículo 14), estarían tanto prestaciones económicas como servicios, si bien estos últimos tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.

Los Servicios de atención que distingue el SAAD, que aparecen en el artículo 15 son:

- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a domicilio, que incluye tanto la atención de las necesidades del hogar como los cuidados personales.
- Servicio de Centro de Día y de Noche: Centro de Día para mayores, Centro de Día para menores de 65 años, Centro de Día de atención especializada y Centro de Noche.
- Servicio de Atención Residencial: Residencia de personas mayores en situación de dependencia y Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

El artículo 16 de la Ley establece que la red de centros del SAAD estará formada por:

- los centros públicos de las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales.
- Los centros de referencia estatal de Referencia para la promoción de la autonomía personal y atención de las situaciones de dependencia.
- Los Centros privados concertados debidamente acreditados.

La Ley de Dependencia contempla tres prestaciones económicas: prestación económica vinculada al servicio (artículo 17), prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (artículo 18) y prestación económica de asistencia personal (artículo 19).

Asimismo la Ley contempla la elaboración de un Plan Integral de Atención por parte de las Administraciones Públicas para los menores de 3 años en situación de dependencia, que facilite la atención temprana y la rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales.

La Ley entró en vigor en todo el Estado español el día 1 de enero de 2007. La efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia de la misma se pretendía realizar progresiva y gradualmente a partir del 1 de enero de 2007, aunque en la práctica no se ha llevado a cabo de la forma como se había previsto en un inicio, en parte por los recortes económicos derivados de la crisis económica.

Hemos expuesto esta ley a pesar de estar dirigida a cualquier persona con dependencia, sin importar la edad, porque las personas mayores son más vulnerables a este estado de dependencia, siendo este el motivo por el que en la mayoría de las ocasiones acuden a los Servicios de Residencia y Centros de Día.

4.2. Normativa sobre Centros de día y Residencias de personas mayores en Andalucía

El funcionamiento y la calidad de los Servicios de Residencia y Centros de Día para personas mayores, se definen y controlan mediante procedimientos administrativos y procesos de acreditación legislados a nivel autonómico que incluyen la consideración de elementos funcionales y estructurales. Existen diferentes normativas autonómicas de servicios sociales respecto a Centros Residenciales para personas mayores, Centros de Día y Ayuda a Domicilio.

La Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, dispone en su artículo 13 que todos los Centros dedicados a la prestación de Servicios Sociales deberán ajustarse a las condiciones que se establezcan reglamentariamente. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, establece en el artículo 16.1 que «Las prestaciones y servicios establecidos en esta Ley se integran en la Red de Servicios Sociales de las respectivas Comunidades Autónomas en el ámbito de las competencias que las mismas tienen asumidas. La red de centros estará formada por los centros públicos de las Comunidades Autónomas, de las Entidades Locales, los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia, así como los privados concertados debidamente acreditados». A su vez, en el apartado 3 del mismo artículo se expresa que «Los centros y servicios privados no concertados que presten servicios para personas en situación de dependencia deberán contar con la debida acreditación de la Comunidad Autónoma correspondiente». Publicado el Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las Prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración, resulta necesario abordar la regulación de aquellas otras materias que permitirán completar la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, y de sus disposiciones de desarrollo.

En desarrollo de la citada normativa, ha sido publicada la Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía, en cuyas disposiciones se determina la necesidad de que los centros y servicios privados concertados, así como los centros y servicios privados no concertados que colaboren con el Sistema en la atención a personas en situación de dependencia deberán estar acreditados conforme a la normativa aplicable en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Por otro lado, el Decreto 87/1996, de 20 de febrero, modificado por el Decreto 102/2000, de 15 de marzo, por el que se regula la autorización, registro y acreditación de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía, en su Título IV establece la acreditación como acto por el que la Administración garantiza que los Servicios y Centros de Servicios Sociales a quienes se otorgan reúnen los requisitos mínimos de calidad exigidos reglamentariamente.

El Decreto 183/2003, de 24 de junio, por el que se regula la información, atención al ciudadano y la tramitación de procedimientos administrativos por medios electrónicos, nos introduce en la utilización de las nuevas tecnologías para trabajar desde el principio de eficacia en la actuación de la Administración proclamado en el artículo 103.1 de nuestra Constitución.

A continuación exponemos parte de la orden de 5 de noviembre de 2007, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía (14 de noviembre de 2007, BOJA núm. 224).

Por todo ello, a fin de avanzar en los parámetros de calidad alcanzados en esta Comunidad Autónoma, esta Orden viene a dar respuesta a la nueva realidad que representa el reconocimiento de un nuevo derecho de ciudadanía, que ha de tener su más directo reflejo e implantación en los centros que prestan servicios a las personas mayores dependientes.

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación.

La presente Orden tiene por objeto regular los requisitos de calidad que deben reunir los centros de atención a personas mayores en situación de dependencia, así como el procedimiento para obtener la acreditación correspondiente.

Lo dispuesto en el apartado anterior será de aplicación a los centros ubicados en la Comunidad Autónoma de Andalucía, con independencia de donde radique la sede o domicilio legal de sus titulares, los cuales formarán parte de la Red de Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. No son objeto de la presente Orden los centros de atención a personas mayores que no se encuentren en situación de dependencia.

Artículo 2. Centros para personas mayores objeto de acreditación.

Son objeto de acreditación conforme lo establecido en esta Orden los Centros Residenciales, los Centros de Día o Unidades de Estancias Diurnas (UED), y los Centros de Noche o Unidades de Estancias Nocturnas (UEN), para personas mayores en situación de dependencia.

Artículo 3. Definición de los Centros.

Se consideran Centros Residenciales para personas mayores aquellos centros de carácter social que ofrecen alojamiento, convivencia y atención integral. Tienen una función sustitutoria del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente para personas mayores en situación de dependencia.

Los Centros de Día o Unidades de Estancias Diurnas para personas mayores son aquellos centros de carácter social que ofrecen una atención integral durante el período diurno a personas mayores en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de

autonomía personal y calidad de vida, tanto de la persona en situación de dependencia como de su entorno socio-familiar, posibilitando la permanencia de aquella en su entorno habitual.

Los Centros de Noche o Unidades de Estancias Nocturnas para personas mayores son aquellos centros de carácter social que ofrecen alojamiento y atención en horario nocturno a personas mayores en situación de dependencia y que tienen una función complementaria a la permanencia de la persona usuaria en el entorno social y/o familiar.

Artículo 4. Procedimiento.

- La acreditación deberá ser solicitada por la persona titular o representante legal del centro a partir del momento en que se haya obtenido la inscripción en el Registro, conforme a lo regulado en el Decreto 87/1996, de 20 de febrero. Los centros deberán ser acreditados en su totalidad sin que se pueda solicitar acreditación parcial de los mismos.
- Las solicitudes para la obtención y renovación de la acreditación se dirigirán a la Dirección General de Personas Mayores según el modelo del Anexo I. La solicitud de acreditación se acompañará del documento acreditativo de la personalidad del solicitante y, en su caso, de la representación que ostente.
- Las solicitudes para la obtención y renovación de la acreditación se podrán cursar, según lo dispuesto en el Decreto 183/2003, de 24 de junio, por el que se regula la información y atención al ciudadano y la tramitación de procedimientos administrativos por medios electrónicos, de forma telemática a través del acceso que se disponga para ello en el portal de la Administración de la Junta de Andalucía: [http:// www.andaluciajunta.es](http://www.andaluciajunta.es).
- Los servicios técnicos competentes emitirán los informes sobre el cumplimiento de los requisitos de calidad que se exigen según su tipología y que se establecen en los Anexos II.

El funcionamiento de los Centros de Atención a Personas Mayores en Situación de Dependencia se regirá por los siguientes principios:

- Adecuación: los centros se adecuarán a las necesidades de las personas atendidas en situación de dependencia, según su grado y nivel.
- Normalización: el modo de vida de las personas usuarias deberá ajustarse lo más posible a la conducta y pautas de comportamiento consideradas como cotidianas para la ciudadanía.
- Estimulación: favoreciendo el desarrollo de la autonomía personal de la persona usuaria.
- Intimidad: la actuación e intervención con las personas usuarias respetarán y protegerán el derecho a la intimidad.
- Participación: se deberá potenciar la participación de las personas usuarias en las actividades y funcionamiento del centro.
- Integración tanto en el ámbito social como cultural.
- Globalidad: la atención que se preste deberá ser integral, abarcando los aspectos sanitarios, psicológicos, sociales, culturales, ambientales y análogos.
- Profesionalización: el personal de los centros deberá tener la cualificación técnica correspondiente a su nivel profesional, sin perjuicio de la labor del voluntariado social debidamente coordinado.
- Atención personalizada adaptada a las necesidades de cada persona.
- Prevención, a nivel sanitario y social, llevando a cabo, de forma coordinada, actuaciones de promoción.

- Confidencialidad por parte de todo el personal remunerado o voluntario respecto a todo aquello que se refiera a las personas usuarias.
- Colaboración con la Administración, debiendo aportar todos los datos, e informes que se soliciten con carácter periódico o puntual.

Los Servicios y Centros deberán estar adaptados funcionalmente a las condiciones de sus personas usuarias, así como a los programas y prestaciones que en los mismos se desarrollen, garantizando los derechos legalmente reconocidos a las personas usuarias, sin perjuicio de las limitaciones existentes en virtud de resolución administrativa o judicial.

En cuanto a la Cartera de servicios, los centros deberán ofrecer los siguientes servicios, adecuándolos a las necesidades de las personas atendidas en situación de dependencia según su grado y nivel, de acuerdo con lo establecido en su Programa Individual de Atención:

- Atención social individual, grupal y comunitaria:

La atención social individual incluye la acogida y adaptación al centro, tramitación de documentación, seguimiento de los procesos de incapacitación, integración en la comunidad y en el centro, seguimiento de hospitalizaciones, elaboración de programas específicos y tramitación de ayudas técnicas.

La atención grupal se orienta a la convivencia en el centro y al fomento de actividades de estimulación de las relaciones entre los usuarios.

La comunitaria se basa en la coordinación con profesionales y recursos del sistema de servicios sociales y del sistema sanitario, al objeto de establecer cauces de comunicación, rentabilizar recursos, establecer las oportunas derivaciones y diseñar programas de prevención, así como realizar las

actuaciones necesarias para lograr una integración, participación e interrelación entre las personas usuarias y el entorno donde se ubica el centro.

- Atención social familiar: incluye información general a las familias sobre el centro al ingreso de la persona residente, sobre el desarrollo del plan de atención, apoyo y motivación a la familia, intervención familiar y organización de actividades que faciliten las relaciones de la persona residente con su familia, al menos trimestralmente o cada vez que las circunstancias así lo requieran. La información suministrada quedará detallada en el expediente individual de cada persona usuaria.

- Animación sociocultural: conjunto de actividades de relación y ayudas encaminadas a la autopromoción individual o grupal, que faciliten el desarrollo de las inquietudes culturales, intelectuales, etc.

- Atención sanitaria: los centros deberán garantizar una atención sanitaria dirigida al seguimiento de los tratamientos médicos prescritos y al control de parámetros vitales.

- Atención de enfermería: dirigida a la prestación de cuidados de enfermería, tales como preparación y administración de medicamentos, curas, sondajes u otros.

- Atención psicológica: conjunto de actuaciones dirigidas a la acogida y adaptación de la persona mayor en situación de dependencia, entrenamiento en estrategias para mejorar la memoria, estimulación del lenguaje, entrenamiento en actividades de relajación, prevención e intervención en situaciones de depresión, desarrollo de habilidades sociales, etc. Con especial atención a las personas con problemas psicogerítricos y demencias.

- Actividades de terapia ocupacional: su objetivo es la prevención del deterioro y el mantenimiento de las aptitudes de las personas usuarias.

- Actividades de rehabilitación: los centros deberán ofrecer un servicio que incluya la rehabilitación preventiva, de mantenimiento y terapéutica.

- Atención nutricional: los centros deberán asegurar el cumplimiento de una adecuada nutrición de las personas usuarias, la cual se especificará en una carta de menús, que deberá estar supervisada por un/a médico/a o especialista en dietética o nutrición. Ésta se someterá a criterios dietéticos, atendiendo las necesidades en cuanto a cantidad, calidad y variedad, contemplando la elaboración de dietas especializadas para aquellas patologías que así lo requieran.

- Servicios opcionales: los centros podrán ofrecer servicios y atenciones especializadas y complementarias, como peluquería, podología, etc., así como cualquier otro servicio que se considere necesario para la atención adecuada de la persona usuaria.

- Ayudas técnicas: se prestará especial atención a la utilización de las ayudas técnicas necesarias para la atención de la persona usuaria.

- Programas que fomenten el asociacionismo: se desarrollarán programas que fomenten el voluntariado social y los grupos de autoayuda y convivencia entre las personas mayores, al objeto de promover la solidaridad y participación.

Por otro lado, también en esta orden se especifica que el centro garantizará el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar así como a la propia imagen, evitando, en pro de los citados derechos, la divulgación de la imagen de las personas mayores usuarias, cuando no exista consentimiento de las mismas al respecto.

Todos los centros deberán ofrecer a las personas usuarias, y favorecer que se lleven a cabo, actividades planificadas y recogidas en la programación anual, así como la elaboración de una memoria de lo programado.

Existirá un Reglamento de Régimen Interior que deberán cumplir tanto los centros con plazas dependientes del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los privados acreditados, cuya finalidad será la de recoger con claridad y precisión el conjunto de normas que regulan el funcionamiento del Centro. Asimismo existirá un Documento contractual que se implantará en los centros con plazas dependientes del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Los centros estarán sometidos al Sistema de Control de Calidad que se fije por la Administración. No obstante, la entidad titular podrá iniciar los procedimientos de evaluación de calidad que estime oportunos.

Además, en los Centros deberá existir un «Comité de Calidad» que ejercerá las funciones de velar por la Calidad en la prestación de los Servicios, formulando, además, propuestas de mejora de la calidad que se presta en el Centro, creando los instrumentos necesarios para el buen fin de los mismos. Este Comité estará compuesto por, al menos, cinco miembros, todos ellos personal del Centro, siendo presidido por el Director/a o responsable Técnico del Centro.

En esta orden se especifican una serie de protocolos mínimos de prevención y/o atención de las personas usuarias de los que los profesionales del centro deben disponer. Entre los mismos aparecen los siguientes:

- Atención al ingreso: deberá estar definido un sistema de información al ingreso y cada persona usuaria dispondrá de un profesional de referencia.
- Acogida e integración de las personas residentes al centro: deberá existir un protocolo de acogida e integración de las personas residentes al centro que incluirá la recepción, presentación, visita al centro, ubicación en habitación y comedor, información y orientación en las horas inmediatas a su llegada, asignación del personal a la llegada y evaluación del grado de adaptación al centro.

- Valoración geriátrica integral: deberá realizarse de forma periódica la valoración geriátrica de la persona residente y se elaborará un plan de atención personalizado interdisciplinar. La valoración se realizará al menos semestralmente y cuando se detecten cambios en la evolución.

Otros protocolos hacen referencia a la higiene personal, aseo y baños, medicación, prevención de riesgos e intervención, traslado y acompañamiento a un centro asistencial, gestión de sugerencias y reclamaciones, acompañamiento y atención durante el proceso de defunción.

En diferentes artículos de esta orden aparecen los requisitos referentes a aspectos concretos para garantizar la calidad de la atención y servicio:

- Artículo 17. Seguimiento y atención sanitaria.
- Artículo 18. Atención social y cultural.
- Artículo 19. Aseo e higiene personal.

Exponemos el artículo 18, por estar más directamente relacionado con nuestro tema de estudio. En el mismo se especifica que:

- Las personas usuarias recibirán información, asesoramiento, ayuda para trámites administrativos, así como apoyo para la adaptación al centro y a la convivencia en el mismo.
- Se facilitará a las personas usuarias información y participación en actividades socioculturales y recreativas, tanto de las realizadas dentro del centro como de otras que se realicen fuera del mismo, fomentándose su colaboración en las tareas de programación y desarrollo.
- El centro mantendrá actualizada la historia social.

- El centro favorecerá las actividades de voluntariado social, tanto por las personas residentes como del entorno, ateniéndose a lo establecido en la Ley 7/2001, de 12 de julio, del Voluntariado; igualmente favorecerá el asociacionismo.

4.3. Referentes, leyes y disposiciones respecto a la educación de Personas Mayores

4.3.1. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba y proclama la Declaración Universal de los Derechos Humanos como “ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos...” (Preámbulo).

En su artículo 26, se dice que “toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo que se refiere a la enseñanza elemental y fundamental. La enseñanza elemental es obligatoria”.

Estos presupuestos han sido adoptados por muchos países que mantienen en su Carta Magna la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La Constitución Española, menciona de manera expresa en el artículo 27: “La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales, coincidiendo con el artículo 2º (punto 2º), de la mencionada Declaración casi de manera literal.

4.3.2. La Constitución (1978)

La Constitución Española (1978) es la norma suprema de nuestro Ordenamiento Jurídico, y como tal, ofrece la máxima protección jurídica para todos los ciudadanos.

En ella sólo existe un precepto referido específicamente a las personas mayores, el artículo 50: “Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la 3ª edad. Asimismo con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio” (Artículo 5, Constitución Española, 1978).

Por otro lado, aunque no refiriéndose de manera específica al colectivo de mayores trata el desarrollo de la educación y la cultura en su artículo 9.2 (Título Preliminar): “Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”.

Y en su artículo 44: “Los poderes públicos promoverán y tutelarán el acceso a la cultura, a la que todos tienen derecho.

4.3.3. La Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo, (LOGSE) (1990)

La LOGSE (Ley Orgánica de la Ordenación General del Sistema Educativo), aprobada desde el 3 de octubre de 1990, recoge en su título Tercero, “la educación de las personas adultas”. Marca los siguientes objetivos:

1. Adquirir y actualizar su formación básica y facilitar el acceso a los distintos niveles del sistema educativo.
2. Mejorar su cualificación profesional o adquirir una preparación para el ejercicio de otras profesiones.
3. Desarrollar su capacidad de participación en la vida social, cultural, política y económica.

No hace referencia a las personas de mayor edad. Estos objetivos no son finalidades expresas para los mayores. Entendemos que el último de los objetivos comprendería también a las personas mayores, aunque no se refiera a ellas de manera explícita.

4.3.4. El Plan Gerontológico (1992)

El Plan Gerontológico constituye un marco de aproximación a las políticas de los países más progresistas en materia de sanidad, pensiones sociales, ocio, participación y cultura.

Es la primera respuesta global e integral de políticas sociales dirigidas hacia las personas mayores. Su objetivo general es mejorar la calidad de vida de estas personas de manera integral. Más concretamente trata de fomentar la participación y protagonismo de los mayores en la sociedad, reforzando su autonomía y modificando los valores sociales del individualismo insolidario.

Por primera vez se explicitan y normativizan dos áreas de gran proyección futura: Cultura y Ocio, y Participación, hecho debido a una mayor sensibilización respecto a otras formas de ocupación del tiempo y de implicación socio-cultural: “ los problemas que afectan a la gente mayor deben considerarse asimismo en un contexto social, humano y cultural mucho más amplio que el meramente económico y asistencial, de forma que se valore muy positivamente el patrimonio moral y cívico del que son portadoras las personas mayores y su utilidad para la sociedad en su conjunto” (Introducción al Plan Gerontológico).

Este plan se concreta y adapta a los cambios producidos en el sector de las personas mayores con el nuevo y renovado Plan Gerontológico aprobado casi diez años después, en 2003, tras la revisión de los resultados obtenidos a partir del primero.

4.3.5. La Carta Europea de los Mayores (1992)

En marzo de 1992, la Carta Europea de los Mayores es elaborada por representantes de la Comunidad Europea. En su desarrollo, determina y concreta los siguientes criterios:

- La participación de los mayores en la elaboración de la política comunitaria que les afecte.

- La consideración de la gran diversidad de la problemática de este grupo de edad.

- La evitación de su marginación y su aislamiento.

- Fomentar la solidaridad intergeneracional.

También se exige el cumplimiento de los derechos a que deben tener disfrute estas personas, relacionados con los servicios sociales.

4.3.6. La Ley de Atención y Protección a Personas Mayores (1999)

En el ámbito regional, la Ley 7-7-1999 o Ley de Atención y Protección a Personas Mayores, de la Junta de Andalucía (BOJA 29-7-1999, núm. 87) plantea una actuación integral para atender el bienestar de las personas mayores, como mejora de su calidad de vida. Los objetivos que persigue son los siguientes:

1. Procurar la integración en todos los ámbitos de la vida social, así como fomentar la aportación de sus conocimientos y experiencia a las restantes generaciones.
2. Promover las condiciones precisas para que lleven una vida autónoma.
3. Favorecer la solidaridad entre generaciones.
4. Fomentar la participación del movimiento asociativo de las personas mayores en el proceso de integración comunitaria.

Su título VII lo titula “De la educación y la formación” y presenta la promoción de la educación reconociendo el derecho a la educación de personas mayores como derecho constitucional, así como:

1. La potenciación de la educación de adultos mayores en todos los niveles del sistema educativo, de conformidad con la Ley 3/1999 de Educación de Adultos.
2. La organización por parte de las Universidades andaluzas de aulas de formación, cursos de perfeccionamiento y otras actividades formativas.
3. El fomento de la participación de las personas mayores en talleres ocupacionales dirigidos al conjunto de la sociedad, así como la organización de actividades formativas específicas para ellos.
4. La elaboración de programas destinados a los diferentes niveles educativos que propicien el encuentro y el entendimiento intergeneracional.

4.3.7. La carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000)

Fue publicada el 18 de diciembre de 2000 en el diario Oficial de las Comunidades Europeas (2000/C364/01) y contiene una serie de derechos y libertades, preservando y fomentando algunos valores comunes dentro del respeto a la diversidad de culturas y tradiciones.

El capítulo II acerca de las Libertades, contiene así los preceptos más importantes acerca de la educación.

Artículo 14.1: Derecho a la educación.

“Toda persona tiene derecho a la educación y al acceso a la formación profesional y permanente”.

Y en el capítulo III acerca de la Igualdad, se incluye el derecho a la no discriminación, así como los derechos que afectan a las personas mayores:

Artículo 21: No discriminación.

“Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicas o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual”.

Artículo 25: Derechos de las personas mayores.

“La unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural”.

4.3.8. La Ley Orgánica de Universidades (2001)

La Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre del 2001, hace referencia a la formación a lo largo de toda la vida, lo que incluiría también la dedicación de la educación a las personas de más edad.

En su Título Preliminar, artículo 1.1., determina como funciones de la Universidad al servicio de la sociedad, entre otras, “...la difusión del conocimiento

y la cultura a través de la extensión universitaria y la formación a lo largo de toda la vida”.

En el apartado de autonomía de las universidades (artículo 2.2), contempla “la elaboración y aprobación de planes de estudio e investigación y de enseñanzas específicas de formación a lo largo de toda la vida”.

Y en su título VI, acerca de las enseñanzas y títulos, refiere en el artículo 34.3.: “la universidades podrán establecer enseñanzas conducentes a la obtención de diplomas y títulos propios, así como enseñanzas de formación a lo largo de toda la vida...”.

Es una ley que ratifica la importancia también a estas edades, de considerar la universidad como vía de formación, integración y actualización permanentes.

4.3.9. La II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002)

En abril de 2002, se reúne en Madrid la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. En ella se adopta el “Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento”, para dar respuesta a las oportunidades y retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI y para promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades.

Se concretan tres direcciones prioritarias:

- 1) las personas de edad y el desarrollo.
- 2) la promoción de la salud y el bienestar en la vejez.
- 3) el logro de entornos emancipadores y propicios.

Éstas se basan en la premisa de que “cuando el envejecimiento se acepta como un éxito, el recurso a las competencias, experiencias y recursos humanos

de los grupos de más edad se asume con naturalidad como una ventaja para el crecimiento de sociedades humanas maduras, plenamente integradas". (Artículo 6, Anexo I).

4.3.10. El plan de Acción para las Personas Mayores (2003-2007)

Fue aprobado por el Consejo de Ministros el 29 de agosto de 2003 y su planteamiento general tiene como referencia el Plan Gerontológico anterior. Para este plan, se ha fijado como punto de partida el año 2003 (en gran medida es fruto de la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento), y como periodo de desarrollo y aplicación el comprendido entre los años 2003 y 2007. Se justifica por el traspaso de competencias en servicios sociales, sanitarios, educativos, etc. a las Comunidades Autónomas, las situaciones y retos que plantea al sector de las personas de más edad, así como las directrices de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en abril de 2002. Los principios en que se inspira son: dignidad, independencia, autorrealización, participación, cuidados asistenciales y cooperación.

Se reconoce en este plan, que en estos diez años (la década de los noventa), el estilo paternalista y el asistencialismo con que se definían las políticas sociales de las personas mayores, se han dejado a un lado para atender propuestas más igualitarias: "ya nadie duda de que éstas, las personas mayores, no por tener más años tienen menos derechos".

Los cinco primeros principios se refieren a las personas destinatarias del Plan. Son los principios que las Naciones Unidas estiman hacia las personas mayores en su resolución 46/91 del 16 de diciembre de 1991. El último tiene que ver en mayor medida con las estrategias que requieren su puesta en marcha y desarrollo.

Exponemos a continuación los principios de autorrealización y participación por ser los que tienen mayor relación con el tema que nos ocupa.

I. Principio de autorrealización:

“Las personas mayores deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial; deberán tener acceso a los recursos educativos, espirituales y recreativos de la sociedad, para poder desarrollar su proyecto de vida”.

II. Principio de participación:

“Las personas mayores 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; poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de realizar acciones de voluntariado en puestos apropiados a sus intereses y capacidades; poder formar movimientos o asociaciones de personas mayores”.

Las medidas son más concretas que las desarrolladas en el I Plan Gerontológico, enfocadas al mismo tiempo hacia una participación que acrecienta el compromiso por parte de las personas mayores y una mayor repercusión socioeducativa en cuanto a los procesos que se relacionan con los avances en el campo de la Gerontología.

CAPÍTULO V: CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO

5.1. Concepto de Calidad de vida

La calidad de vida es un complejo concepto cuya definición operacional no ha resultado fácil. Son muchos los trabajos que se han realizado desde hace años con el objetivo de indagar en este término, que hace referencia a características de un objeto (la vida) y a su vez pone una amplia categoría que incluye a los seres vivos. La vida puede ser analizada desde distintas perspectivas y, por lo tanto, la calidad es necesariamente multidisciplinar. Además, es un concepto multidimensional, con múltiples componentes y que está en dependencia del contexto y de determinadas circunstancias de la persona.

En los primeros intentos de definir el concepto de calidad de vida hubo dos posturas: la primera postulaba que la calidad de vida hace referencia sólo a la percepción subjetiva que los individuos tienen sobre ciertas condiciones, mientras que la segunda, por el contrario, consideraba que la calidad de vida ha de comprender tanto condiciones subjetivas como objetivas. Otro aspecto que se cuestionaba era si se trataba de un concepto idiográfico o nomotético, según se considerara que es el sujeto quien ha de establecer cuáles son los aspectos que intervienen en la calidad de su vida o si se podía establecer una calidad de vida general para todos los sujetos. Se considera que una consideración reduccionista de la calidad de vida, tanto exclusivamente subjetiva como objetiva, empobrecería y desvirtuaría el concepto, que por su propia naturaleza es muy diverso.

Sampson (1981) hablaba del peligro que suponía proponer un concepto social en su definición exclusivamente subjetiva. Esto podría conllevar el abandono de objetivos de modificación de condiciones sociales reales relevantes y la actuación exclusiva sobre las cogniciones de las personas, que puedan ser convencidas de vivir en falsos paraísos. Otra cuestión que también se ha

debatido es si es posible establecer un concepto nomotético o general de calidad de vida que se pueda aplicar a todos los individuos o si, por el contrario, debe de definirse idiográficamente por la propia persona. Algunos autores sostienen que es sólo el sujeto quien puede configurar los elementos de la calidad de su vida (Browne, OYBoyleM, C Gee, Joyce, McDonald, OYMalleyy Hiltbrunner, 1994), ya que el concepto de calidad de vida hace referencia también a aspectos subjetivos. Se considera que, aunque los componentes de la calidad de vida atribuidos por dos seres humanos pueden variar un poco, no habría grandes diferencias, ya que las necesidades humanas básicas son de carácter muy general. Sin embargo, sí habría que considerar que a diferentes edades o circunstancias, unos componentes tendrían más peso que otros.

El concepto de calidad de vida ha evolucionado desde una noción sensibilizadora a convertirse en un agente de cambio social y organizacional. Se ha convertido en un potente constructo, que representa un cambio en los objetivos y metas sociales. Variables tales como la percepción de control, el sentirse apoyado socialmente o, incluso, la propia satisfacción con la vida, son importantes condiciones del bienestar social (Campbell, 1981).

La calidad de vida es un macroconcepto multidimensional, en el que se integran distintos componentes o condiciones, cuyo peso o importancia varía tanto en función de parámetros personales (edad, género, etc.) como sociales (condiciones sociales, económicas o educativas).

La búsqueda de calidad es hoy un objetivo compartido por usuarios de servicios, profesionales, organizaciones, políticos y financiadores. Hay una necesidad de conseguir servicios y procesos de calidad valorados por los propios usuarios y que mejoren su calidad de vida. Se persigue lograr mejores servicios basados en la comunidad así como proporcionar apoyos individualizados. Esto es un reflejo de la nueva forma de mirar hacia los receptores de los servicios, creyendo en sus posibilidades de cambio y en las variables contextuales que afectan a su funcionamiento.

La Organización Mundial de la Salud definía la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

El modelo heurístico de calidad de vida planteado por Schalock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008), está formado por dimensiones e indicadores de calidad de vida y una perspectiva de sistemas sociales. Considera que las personas viven en varios sistemas que influyen el desarrollo de sus valores, creencias, comportamientos, actitudes, y que afectan a su calidad de vida (Verdugo, Schalock, Gómez y Arias, 2007):

- El microsistema o contextos sociales inmediatos (familia, hogar, grupo de iguales, lugar de trabajo) que afecta directamente a la vida de la persona.
- El mesosistema o el vecindario, comunidad, agencia de servicios y organizaciones que afectan directamente al funcionamiento del microsistema.
- El macrosistema o patrones más amplios de cultura, tendencias socio-políticas, sistemas económicos y factores relacionados con la sociedad que afectan directamente a los valores y creencias propias, así como al significado de palabras y conceptos.

Este modelo consideró 8 las dimensiones de calidad de vida: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos, que se describen con más detalle más adelante. Ha ido sufriendo diferentes cambios y avances. A finales de la década de los 90 se vio la necesidad de ir más allá y de concretar cuáles eran los indicadores pertenecientes a cada una de esas dimensiones. Schalock y Verdugo realizaron en el 2002 una revisión exhaustiva

de la literatura para lograr tal objetivo, analizando finalmente 395 referencias. Con la información obtenida construyeron unas tablas resumen para cada área, en las que se organizaban jerárquicamente las dimensiones e indicadores con mayor presencia, y una tabla final en la que se resumían todas las anteriores, consistente en las ocho dimensiones del modelo inicial (de mayor a menor presencia) y en los 24 indicadores más atendidos por los investigadores en las publicaciones revisadas. A continuación se expone una tabla con las 8 dimensiones que contempla este modelo de calidad de vida.

Dimensiones	Indicadores
1. Bienestar físico	Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio
2. Bienestar emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés
3. Relaciones interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
4. Inclusión social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
5. Desarrollo Personal	Educación, competencia personal, desempeño
6. Bienestar Material	Estatus económico, empleo, vivienda
7. Autodeterminación	Autonomía, metas/valores personales, elecciones
8. Derechos	Derechos humanos, derechos legales

Tabla 5. Dimensiones e indicadores de calidad de vida (Sharlock y Verdugo 2002/2003)

Shalock y Verdugo para aumentar la validez social de dichos indicadores y mejorar su aplicabilidad en diferentes contextos llevaron a cabo estudios transculturales.

Según la exhaustiva revisión de la literatura científica realizada por Schalock y Verdugo (2002/2003), la dimensión de calidad de vida que más se ha encontrado en la bibliografía relacionada con las personas mayores es la de bienestar físico, recogida en 81 de los 101 estudios revisados. Tras ella, la dimensión de inclusión social es citada por casi la mitad de artículos (n=46) y a ésta le sigue la de bienestar emocional (n=34). Después de ellas, encontramos la dimensión desarrollo personal, con casi un cuarto del total de referencias (n=24), y relaciones interpersonales (n=18). Por último, las dimensiones de derechos, autodeterminación y bienestar material solamente están presentes en una décima parte de los estudios (n=10, 10 y 7, respectivamente). Los indicadores más citados son:

- En bienestar físico: salud, bienestar físico global y atención sanitaria.
- En inclusión social: ambiente residencial y apoyos.
- En bienestar emocional: bienestar psicológico y satisfacción.
- En desarrollo personal: competencia personal.
- En relaciones interpersonales: apoyos.
- Derechos.

Destacan los indicadores citados de las dimensiones de bienestar físico e inclusión social como los más referidos, alcanzando un cuarto del total de los estudios revisados, mientras que los otros cinco indicadores están presentes en el 10% de los estudios. En el caso de derechos, el indicador coincide con la dimensión porque la mayor parte de la bibliografía coincide en destacar un conjunto de derechos de la persona más que abordarlos individualmente.

La preocupación por la salud física como componente más destacable de la investigación sobre calidad de vida de las personas mayores muestra la prioridad habitual en los programas y servicios de atención a esa población. El estado de salud alcanza tal importancia en este colectivo que determina muchos otros componentes posibles de la calidad de vida. Ello es debido al hecho de que la percepción del individuo se modifica radicalmente cuando existen problemas graves de salud, por lo que se hace imprescindible evaluar y planificar ayudas en

este ámbito. Algunos de los sinónimos y palabras más relacionados con el indicador de salud han sido: enfermedad, estado físico, nivel de funcionamiento físico, independencia física, actividad, dolor y medicación.

El lugar donde se vive y sus características es otro componente vital de la calidad de vida de las personas mayores. Algunos estudios comparan diferentes opciones de vivienda y sus consecuencias en la calidad de vida percibida por la persona, mientras que en otros casos se evalúa la calidad del servicio que se presta en las residencias e instituciones para desarrollar planes de mejora de las mismas. Según se van desarrollando modelos más centrados en la comunidad, la investigación ha ido desplazando su interés hacia los apoyos. De esta manera, se analizan los recursos de apoyo social existente, las redes de apoyo y el papel de la familia y de los proveedores de servicios. Asimismo, y desde una perspectiva diferente pero complementaria, los apoyos son estimados como el indicador de mayor importancia para establecer relaciones interpersonales adecuadas. Junto a la preocupación por el bienestar físico y el análisis del lugar de residencia y apoyo percibido, la investigación también se ha centrado en el funcionamiento psicológico y emocional, y en la satisfacción con la vida de los individuos.

La calidad de vida, como concepto multidimensional, no es independiente de los distintos contextos en los que la vida surge y a los que el sujeto pertenece. La edad parece ser una condición personal determinante de la calidad de vida y gran parte de los estudios sobre calidad de vida se refieren a esta condición biopsicosocial.

5.2. Envejecimiento satisfactorio y calidad de vida en personas mayores

La vida de las personas mayores está llena de cambios y con frecuencia está asociada a enfermedades y pérdidas de diverso tipo. Sin embargo, esto no impide que los mayores alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social.

La vejez supone uno de los contextos en los que la calidad de vida más se ha investigado. La idea general es que las personas mayores experimentan una serie de pérdidas o disminuciones de las condiciones o factores que están involucradas en la vida y que, por lo tanto, la calidad de vida de los mayores se resiente.

Las condiciones que parecen integrar la calidad de vida en las personas mayores son las siguientes: la salud (tener buena salud), las habilidades funcionales (valerse por sí mismo), las condiciones económicas (tener una buena pensión y/o renta), las relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y los amigos), la actividad (mantenerse activo), los servicios sociales y sanitarios (tener buenos servicios sociales y sanitarios), la calidad en el propio domicilio y del contexto inmediato (tener una vivienda buena y cómoda y calidad de medio ambiente), la satisfacción con la vida (sentirse satisfecho con la vida) y las oportunidades culturales y de aprendizaje (tener la oportunidad de aprender cosas nuevas). Estos factores o condiciones fueron mencionados como esenciales para la calidad de vida en la vejez y no afectaba el género, la edad o la posición social de los entrevistados (Fernández Ballesteros, 1997)

Uno de los factores a los que se les da gran relevancia para la calidad de vida de las personas mayores es si la persona habita en su propio domicilio o si lo hace en una institución. Parte de la política social se basa en tratar de mantener al mayor en su propio domicilio y, asimismo, los mayores que bien en la comunidad rechazan la idea de trasladarse a una residencia. La opinión general es que los mayores que viven en instituciones, tanto residencias públicas como privadas, tienen una menor calidad de vida que los que siguen viviendo en

su propio domicilio, factor que según los resultados de un estudio de Fernández Ballesteros (1997), no influye como se supone. Según este mismo estudio, en cuanto al nivel de actividad, los mayores que realizan más actividad son los que viven en sus propios domicilios. En cuanto a las actividades de ocio y tiempo libre, ver la TV y escuchar la radio son las dos actividades que más ocurren en la vejez. Escuchan y ven significativamente más radio y TV las personas que bien en sus propios domicilios, respecto a los que habitan en residencias. Caminar es la tercera actividad de ocio y tiempo libre más frecuente. Leer supone una actividad realizada con escasa frecuencia. La fundamental razón por la que las personas solicitan trasladarse a una residencia es porque no pueden valerse por sí mismas. Las residencias públicas tienen unos condicionantes para acceder a ellas. Por lo tanto, el que las personas que viven en residencias informen tener más problemas para valerse por sí mismas que las que habitan en su domicilio es una causa de la institucionalización y no, seguramente un efecto. En este estudio aparecía el visitar amigos o parientes, también como una actividad muy común entre los mayores consultados, realizando más visitas los sujetos que habitan en la comunidad respecto a los que lo hacen en residencias. Actividades como ir a espectáculos, a excursiones o jugar a juegos recreativos se realizan con escasa frecuencia. Aparecían pequeñas diferencias en cómo emplean su tiempo libre los mayores que viven en su domicilio y los que viven en residencias.

Continuamos exponiendo el resto de conclusiones de este estudio, que nos parecen muy descriptivas. Respecto a la frecuencia de relaciones sociales, las personas que viven en la comunidad informan mantener significativamente más frecuentes relaciones con familiares, amigos y vecinos que las que viven en residencias. También la satisfacción con las relaciones sociales es mayor en las personas que viven en la comunidad. En cuanto a la satisfacción con la vida, concepto que involucra la calidad de vida, se encontró que la idea general es que a medida que se cumplen más años se vive peor, pero no se encontró diferencia por el lugar donde se vive (residencia o domicilio). Respecto a la calidad ambiental, que incluye tanto las condiciones de la vivienda como el lugar donde está situada, los mayores que bien en residencias están más satisfechos

que los que viven en su domicilio y respecto a la pensión, las personas que viven en su domicilio tienen una pensión más alta que los que viven en residencias. En cuanto a las condiciones educativas y culturales, en términos generales puede decirse que las personas que viven en la comunidad tienen en mayor proporción estudios primarios, mientras que las que viven en residencias privadas tienen en mayor proporción estudios de bachillerato y universitarios. Las que viven en residencias públicas tienen menor nivel educativo que las que habitan en la comunidad o en las residencias privadas. Sin embargo, las personas que habitan en residencias públicas parecen realizar un mayor número de actividades culturales que las que habitan en residencias privadas o en la comunidad. Las personas que viven en la comunidad se encuentran mejor a nivel funcional (percepción subjetiva y dificultades en actividades de la vida diaria). En indicadores de salud no hay diferencias en términos generales. Las personas que habitan en residencias públicas informan realizar un mayor número de actividades de ocio y tiempo libre y estar más satisfechos con esas actividades que las que habitan en la comunidad y en residencias privadas. Las personas que viven en su propio domicilio presentan, indudablemente, una mayor integración social, tanto por lo que se refiere a la red de apoyo social con la que cuentan como a la satisfacción que les reportan las relaciones sociales. Parece existir un importante desconocimiento sobre servicios sociales y sanitarios, sin embargo, aquellas personas que conocen y utilizan estos servicios informan estar, en su inmensa mayoría, satisfechas con las prestaciones que reciben. Las personas que viven en residencias públicas realizan un mayor número de actividades culturales. Según Fernández Ballesteros, un concepto multidimensional de calidad de vida exige un diagnóstico matizado sobre la calidad de vida que puede predecirse en distintos contextos. Los tres contextos examinados difieren, esencialmente por lo que se refiere a la satisfacción que los individuos tienen de sus relaciones interpersonales, no habiendo diferencias de relevancia en el resto de dimensiones.

En un primer momento se trató de mejorar las condiciones de vida de las personas mayores analizando sus habilidades, memoria y aprendizaje. Las primeras investigaciones se centraban en lograr la adaptación a la vejez y la

jubilación. Posteriormente comenzó a examinarse el nivel de actividad y satisfacción con la vida, comenzando así el verdadero objetivo de mejorar la calidad de vida en esa etapa de la vida.

En la actualidad los estudios de calidad de vida están dirigidos a conocer y trabajar los indicadores objetivos de la calidad de vida de los individuos que influyen en su bienestar. Junto a estos estudios, se desarrollan otros para evaluar los servicios prestados y el apoyo social recibido.

El bienestar de las personas viene definido en términos de necesidades, preferencias y recursos. Por lo que se refiere a las necesidades, el bienestar se produce en el momento en que las necesidades básicas se ven cubiertas y se puede acceder a las necesidades superiores. Como todos sabemos, las necesidades básicas son las fisiológicas, las de seguridad, las de pertenencia y amor y las necesidades de estima. En cuanto a las superiores, también denominadas por Maslow necesidades de autorrealización, se manifiestan en valores espirituales como: trascendencia, vida espiritual, belleza, perfección, paz, deseos de justicia y de orden.

La calidad de vida se puede medir a través de diferentes indicadores. El INSERSO (1992) señala las siguientes áreas fundamentales: salud subjetiva, autonomía, actividad, satisfacción social, apoyo social, satisfacción de vida, nivel de renta, servicios sociales, recursos culturales y calidad de la vivienda.

Junto a la situación económica, la salud es otro tema significativo para las personas mayores. Les preocupa sufrir un deterioro físico o mental que los haga convertirse en dependientes de otras personas, sobre todo si tenemos en cuenta los cambios producidos en estos últimos años en la estructura familiar (disminución del rol de la persona mayor, independencia de los hijos con respecto a los padres, convivencia en domicilios diferentes, movilidad geográfica de las nuevas generaciones ante las exigencias del mercado laboral, etc.) En ocasiones, estas circunstancias se pueden agravar al desentenderse los hijos de

los problemas que afectan a los progenitores, lo que puede dar lugar a situaciones de abandono y soledad.

Deberemos destacar aquellos mensajes que refuerzan el desarrollo de los individuos, en los que también están los mayores, y ofrecer los medios y recursos económicos que les permitan su satisfacción humana mediante la formación permanente, y conseguir la mejora en el bienestar y la calidad de vida, entendida ésta “como aquella que se funda en el gozo tranquilo y seguro: de la salud y de la educación, de una alimentación suficiente y de una vivienda digna, de un medio ambiente estable y sano, de la justicia, de la igualdad entre los sexos, de la participación en las responsabilidades de la vida cotidiana, de la dignidad y de la seguridad”. Cada uno de estos elementos es importante en sí mismo y la ausencia de uno solo puede alterar el sentimiento subjetivo de calidad de vida (Comisión Independiente sobre Población y Calidad de Vida, 1999:82).

La calidad de vida, tanto en los mayores como en el resto de los colectivos, como ya se ha dicho anteriormente, es una realidad difícil de definir, pues comprende factores y variables diversos. Lo que sí es común a todos los grupos humanos es la demanda creciente de la calidad de vida, de nuevas y mejores formas de vivir.

Muchas personas, al intentar una mejor calidad de vida buscan “autoformarse, llenar creativamente el ocio, comprender la vida personal y social en todas sus dimensiones, disfrutar todas las expresiones del arte, y descubrir el valor de la participación” (Sánchez Torrado, 1991: 13, en Pérez Serrano, 2004a)

La OMS subraya la perspectiva multidisciplinar de la calidad de vida e incorpora al concepto de salud, el bienestar físico, psíquico y social (OMS, 1990). Y ese bienestar social de que habla la OMS sólo se consigue con una educación que contribuya al crecimiento cultural de las personas en armonía con el desarrollo de la sociedad. Por esta razón, la educación se convierte no sólo en un elemento más de la calidad de vida, sino en uno de los elementos determinantes, ya que ayuda a alcanzar los otros.

Cuando en 1982 las Naciones Unidas adoptaron el eslogan “añadir vida a los años”, incluían cinco fundamentos rectores de las políticas sociales: independencia, participación, cuidado, dignidad y desarrollo personal. Estos principios constituyen elementos imprescindibles en el proceso de envejecimiento satisfactorio, junto a otros criterios, como una larga vida, salud física, eficacia cognitiva, competencias sociales, control personal y satisfacción vital.

Los conceptos de envejecimiento satisfactorio, o envejecer con éxito, o vejez competente, han tenido una gran aceptación en contextos científicos y políticos, siendo impulsado por organismos internacionales públicos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Unión Europea. Desde esta perspectiva se separa el proceso de envejecer de los efectos de la enfermedad, ya que el envejecimiento satisfactorio se define como aquel que logra evitar la enfermedad y la discapacidad, manteniendo el funcionamiento físico y mental. Además, considera que las personas mayores, en estas circunstancias, requieren mantenerse activas y comprometidas con su vida social y familiar. Parece así que este tipo de envejecimiento se basa en la salud (o ausencia de enfermedad), habilidad funcional (o ausencia de discapacidad), buen funcionamiento cognitivo y gran implicación vital. Si bien supone un ideal, constituye un avance sobre el modelo tradicional de envejecimiento y se relaciona con la difusión de unas nuevas pautas de envejecimiento. En esta línea, las investigaciones sobre las personas mayores constatan que estas mantienen un tono vital y un estado de ánimo bastante positivo.

Desde este punto de vista, las personas adquieren una responsabilidad a la hora de buscar adaptaciones a los cambios y centrarse en sus áreas de prioridad. Por otro lado, no sólo se queda en un nivel personal, sino que se trata de un proceso que recoge tanto los aspectos psicológicos y biológicos del envejecimiento como el papel que desempeña la colectividad social. Se entiende (Bazo, 1999) que “se refiere a la idea del ser humano como unidad biológica y psicológica dentro de un entorno determinado”. Por consiguiente, el análisis de

los factores que inciden en su desarrollo, así como de las políticas de prevención, requiere incluir elementos tan variados como estilos de vida y salud, ejercicio físico y salud, entrenamiento cognitivo, redes de apoyo social, relaciones interpersonales, vinculación familiar o vida productiva.

El papel del ocio como un medio de crecimiento personal del individuo en edades avanzadas también ha sido tema de investigación. La premisa fundamental es la idea de que la libertad (selección) que emana del ocio es coherente con la optimización selectiva desarrollada con un modelo de compensación. Sin embargo, se encuentran diferencias significativas entre distintas personas. La investigación empírica sobre la relación ocio y salud muestra una influencia en la mejora del afrontamiento al estrés y las dificultades cotidianas.

Algunos trabajos se centran en la importancia de las estructuras sociales necesarias para lograr un envejecimiento satisfactorio, al tiempo que otras investigaciones estudian las distintas estrategias de selección-optimización y compensación para lograr un máximo beneficio a partir de los recursos disponibles.

En un estudio ya citado con anterioridad, se encontró que durante la vejez, la posición social, la edad y el género son circunstancias más importantes que el vivir en el propio domicilio o en una residencia, para la mayor parte de las dimensiones de calidad de vida (Fernández Ballesteros, Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales 1997).

Los servicios deben estar centrados en la calidad de vida de las personas mayores usuarias. El concepto Calidad de Vida es, probablemente, el que más nos aporta para recuperar aspectos de la persona mayor que quizás en ocasiones no se tienen en cuenta a la hora de plantear programas y llevarlos a cabo.

5.2.1. Algunos factores relevantes para un envejecimiento satisfactorio

Como ya se ha dicho, la Calidad de Vida es un concepto multidimensional, que engloba factores personales y socio-ambientales (salud, apoyo social, actividades de ocio, condiciones económicas, satisfacción, servicios de salud y sociales, relaciones sociales, calidad del ambiente, habilidades funcionales y factores culturales).

Entre los aspectos que los mayores consideran como los que más contribuyen a su calidad de vida estarían, como ya se ha dicho anteriormente, el tener buena salud, valerse por sí mismo, mantenerse activo, tener buenos servicios sociales y sanitarios, mantener buenas relaciones con la familia y sociales, tener una buena pensión o renta, sentirse satisfecho con la vida, la calidad del medio ambiente, del barrio o de la ciudad y tener oportunidad de aprender y conocer nuevas cosas, entre otros.

El estatus socioeconómico es un aspecto relevante en la vida de las personas mayores, pues de éste dependerá el que la persona mayor pueda acceder a determinados recursos, de los que dependerá en parte que tenga cubiertas determinadas necesidades. En muchas ocasiones, la persona mayor tras la jubilación ve reducidos de manera considerable sus ingresos, lo que junto a otros factores puede hacer que se produzcan más cambios en su modo de vida anterior a la jubilación.

A partir de la Segunda Guerra Mundial la sociedad occidental revalorizó la juventud con la consiguiente disminución de la autoridad moral de los mayores. Esta evolución se relaciona con el estilo de cambio prefigurativo (Mead, 1971), propio de las culturas muy complejas, en la que los jóvenes asumen una nueva autoridad derivada de su capacidad de adaptación al futuro aún desconocido.

Mientras que en las sociedades tradicionales los ancianos eran portadores de un saber acumulado con los años o los siglos y que debían transmitir a otras generaciones posteriores, en la actualidad la rapidez de los cambios y la

revalorización de la juventud ha permitido el fenómeno de la socialización a la inversa.

Si tradicionalmente en España el papel de la familia como institución proveedora de bienestar había sido especialmente importante en el mantenimiento de las rentas de las personas mayores, en la etapa reciente parece darse el proceso inverso. La crisis económica y las dificultades de los hijos por conseguir un empleo para emanciparse hacen que en muchos hogares el sustentador principal ronde una edad cercana a la jubilación.

Los cuidados que la inmensa mayoría de las personas necesitan son prestados por el denominado apoyo informal. En España el apoyo informal está muy arraigado como una fuente fundamental de servicios de apoyo al anciano que se considera como una obligación moral. El apoyo familiar es sin duda un factor de gran relevancia para un envejecimiento satisfactorio de la persona mayor, no sólo por lo que se acaba de decir, sino también por lo que a nivel emocional supone para la persona.

El estado de salud es una condición básica para el bienestar y satisfacción de las personas. La salud es un factor incuestionable de la calidad de vida, sin embargo, para los jóvenes la salud (que se posee) tiene una importancia secundaria al trabajo o a las relaciones sociales (Ruiz y Baca, 1993), mientras que para los mayores la salud (que se teme perder o que en parte se ha perdido cobra una importancia máxima por encima de cualquier otro factor.

Desde la antigüedad el hombre ha querido prologar la vida y vencer la muerte. Los hombres han considerado el proceso de envejecimiento como un fenómeno patológico, una enfermedad, resultado de la degradación del individuo.

Se han desarrollado nuevos conceptos como el de esperanza de vida activa frente a esperanza de vida dependiente, que parte de la dependencia física o la necesidad de otras personas para poder satisfacer la mayor parte de

las actividades cotidianas como el punto de referencia para calificar las condiciones de los ancianos.

Se han considerado que son diferentes los factores que contribuyen a la calidad de vida. La calidad de vida depende de múltiples factores ambientales y personales, por ello, se analiza utilizando ciertos indicadores que incluyen la salud, las habilidades funcionales (como la habilidad para cuidar de uno mismo), la situación económica, las relaciones sociales, la actividad física, los servicios de atención sanitaria y social, las comodidades en el propio hogar y en los alrededores inmediatos, la satisfacción con la vida, y las oportunidades de aprendizaje y oportunidades culturales.

Las variables sociodemográficas y las de personalidad son las utilizadas con mayor frecuencia para evaluar el bienestar subjetivo. Las diferencias de género, edad, estado civil y lugar de residencia parecen tener una importancia determinante. Sin embargo, la calidad de vida de las personas mayores parece no depender tanto del contexto en el que se encuentran como de otras variables relacionadas con la edad, el género y el estatus social (Moreno y Ximénez, 1996).

Newson y Shutz (1996) encontraron que el funcionamiento físico es un predictor del apoyo social y que éste predice significativamente los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida. Kempen, Jelacic y Ormel (1997) concluyeron que características de la personalidad como el neuroticismo y la autoeficacia influyen significativamente en los niveles de calidad de vida relacionados con la salud o en la percepción de la persona sobre esos niveles.

El apoyo social recibido y percibido es una de las variables determinantes para la calidad de vida de las personas mayores. La carencia de apoyo familiar o conyugal disminuye la motivación de las personas mayores para cuidarse y perjudica su estado de salud. Cuando no existe un apoyo natural suficiente, las personas mayores necesitan apoyo específico a fin de evitar la institucionalización. Cuanto mayor es el apoyo social, más baja es la

probabilidad de que éstas enfermen. Por ello, resulta de interés la puesta en marcha de programas de intervención dirigidos a tanto a familias como a grupos de autoayuda, vecinos y voluntariado (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996).

En la percepción de calidad de vida que tienen los mayores, el papel que desempeñan los profesionales es de gran importancia. Wolkenstein y Butler (1992) exploraron si la calidad de vida era o no un concepto significativo para la población mayor sana y si este grupo esperaba que los médicos contribuyeran a mejorar su calidad de vida. Los médicos fueron percibidos como deficientes en apreciar, comprender y contribuir positivamente a la calidad de vida de los participantes. Por ello, los médicos y otros profesionales al cuidado de esta población deben estar atentos al desarrollo de una evaluación psicosocial comprensiva y no sólo a un análisis del bienestar físico.

Otras investigaciones apuntan, en cambio, que la percepción de calidad de vida en personas mayores y pacientes con enfermedad crónica sin hospitalizar no está estrechamente asociada con indicadores objetivos como las características sociodemográficas y el uso de servicios de cuidado de salud. Más bien son indicadores subjetivos como la percepción del paciente sobre su salud, memoria, deterioro intelectual, funcionamiento físico y cuestiones financieras, los que correlacionan independientemente con la calidad de vida global.

En los estudios sobre personas mayores con graves discapacidades, los estudios de calidad de vida son más bien estudios sobre la calidad de la atención institucional de la residencia en la que se encuentran. En estos casos, los factores relacionados con aspectos interactivos parecen ser de mayor importancia. Montoro (1999) propone un modelo sobre el cuidado institucional y analiza la influencia de los factores predictivos en la calidad asistencial. El modelo engloba tres niveles: institucional (medio ambiente, tipo y número de profesionales, estructura institucional), relacional (residente y familiares) e interaccional. El autor encuentra que los aspectos más destacados de la calidad asistencial en personas mayores con y sin discapacidad se refieren a los de nivel

institucional (si el centro tiene ánimo de lucro, el ambiente, la configuración familiar, la ratio profesionales-usuarios, su formación y entrenamiento para combatir el estrés laboral y el grado de estabilidad laboral), seguido por la colaboración familiar y participación, y por indicadores a nivel relacional (participación y cuidado informal de los familiares). Sin embargo, los factores de nivel interaccional como las habilidades de comunicación y el conflicto personal no fueron significativos respecto de la calidad asistencial.

5.3. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores

Junto a los apoyos y la autodeterminación, la calidad de vida se ha convertido en el motor que guía las prácticas profesionales y el objetivo al que van dirigidos los servicios. Sin embargo, aún hay que dar pasos para proporcionar a las organizaciones y a los profesionales instrumentos y estrategias de evaluación para mejorar la calidad.

La evaluación psicológica en la vejez no sigue los principios generales del proceso de evaluación, sino que tiene peculiaridades y características propias que deben tenerse en cuenta a la hora de plantearse una evaluación válida y fiable. Entre estas singularidades, tienen especial importancia los derivados de la adopción de un modelo biopsicosocial, por lo que debe realizarse una evaluación multidimensional de la calidad de vida que refleje los múltiples cambios que ocurren en sus vidas. Una adecuada evaluación de la persona mayor requiere tener en cuenta, los cambios fisiológicos, psicológicos y ambientales, así como las variables moduladoras sobre las consecuencias que estos cambios tienen en las personas.

Entre los sesgos que se pueden dar en el proceso de evaluación, están el edadismo (ageism) (Butler, 1969), que hace referencia a un proceso sistemático de atribución por el que una conducta manifestada por una persona mayor se valora sólo o principalmente en función de su edad. Este etiquetado responde a los estereotipos, mitos y actitudes que se asocian normalmente a la vejez, como son la senilidad, la rigidez en el pensamiento, etc.

Se ha tomado la valoración de la satisfacción personal con aspectos de la propia vida como una medida de la calidad de vida. Sin embargo, con los cambios que se ha producido en el concepto a lo largo de los últimos años, los investigadores consideran que es necesario comprender y valorarlos factores contextuales, especialmente cuando definimos la discapacidad, la deficiencia física o el envejecimiento como ajustes problemáticos entre la persona y su entorno (Shallock, 2000).

Algunas circunstancias y variables permiten predecir y explicar la calidad de vida. La circunstancia en la que determinada persona se encuentra permite explicar (al menos hasta cierto punto), su calidad de vida diferencial. Medir la calidad de vida no es algo fácil, ya que es un concepto difícil de definir.

Los autores del modelo heurístico de calidad de vida, señalan que la evaluación de la calidad de vida se puede caracterizar por (Verdugo, 2006):

- Su naturaleza multidimensional.
- El uso del pluralismo metodológico que incluya tanto medidas objetivas como subjetivas.
- El uso de diseños de investigación multivariada para evaluar las maneras en que las características personales y las variables ambientales se relacionan con la calidad de vida medida en una persona.
- La incorporación de la perspectiva de sistemas que engloba los múltiples entornos que ejercen impacto sobre la persona en los niveles micro, meso y macro.
- La creciente participación de las personas con discapacidad intelectual en el diseño y desarrollo de la evaluación e investigación de la calidad de vida.

Aunque ha habido ciertos avances, todavía son necesarios elementos prácticos que permitan obtener datos de la propia persona para planificar sus apoyos con una visión amplia de su funcionamiento y constituyan un feedback para los profesionales, los proveedores de servicios y las organizaciones sobre el que orientar procesos de cambio y mejora.

Sin duda una adecuada evaluación de la calidad de vida en las personas mayores implica tanto la percepción subjetiva de la misma por parte de la propia persona como la evaluación de las diferentes dimensiones de la calidad de vida de un modo más objetivo y con ciertos parámetros previos establecidos.

Entre los instrumentos para evaluar la calidad de vida de personas mayores está la Escala FUMAT, construida para ser aplicada a personas mayores con discapacidad y personas con discapacidad física grave y el Cuestionario de Calidad de Vida en la III Edad desarrollado por Fernández Ballesteros y sus colaboradores (Fernández Ballesteros, 1996), que fue utilizado en el trabajo “Calidad de Vida de la Vejez en Distintos Contextos”, en el marco de un convenio de la Universidad Autónoma de Madrid y el INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales), instrumento sobre el cual se generó el CBCV, adaptándolo a la población local. A partir del Cuestionario de Calidad de Vida presentado, los mismos autores elaboraron un Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI). En éste se consideraron cinco variables relevantes o criterios a la hora de establecer el poder discriminatorio de las respuestas de los sujetos. La fiabilidad o consistencia interna del instrumento dio como resultado índices altos de fiabilidad, ya que arrojaron un resultado por encima de $\alpha = .70$.

BLOQUE II: INVESTIGACIÓN REALIZADA

A continuación, se presenta la metodología utilizada en nuestro estudio, los instrumentos de recogida de datos, el análisis realizado y los resultados y conclusiones a las que se ha podido llegar con todos los datos e información obtenida.

CAPÍTULO VI: ESTUDIO EMPÍRICO

6.1. Planteamiento del problema

Se está produciendo un crecimiento cuantitativo de las personas mayores en el conjunto de la población y se observan al mismo tiempo cambios en las actitudes y condiciones psicosociales de las personas mayores. Por otro lado han cambiado las formas tradicionales de familia así como el mundo del trabajo y los avances tecnológicos, por lo que se hace necesario replantear los roles, intereses, motivaciones y posibilidades de desarrollo personal de los mayores. El aumento de la esperanza de vida es un logro social, pero es necesario adaptar los recursos y políticas sociales a esta realidad que se está dando, donde la población de personas mayores está en aumento.

En el año 2003 los datos demográficos nacionales señalaban que la población total era de 42.717.064 personas y había contabilizadas en España 7.276.620 personas de 65 y más años, lo que representa el 17% de toda la población. Las previsiones de Naciones Unidas estiman que, en el año 2050, España será el país más viejo del mundo con más de 16 millones de personas mayores, es decir, más de un 30% del total (IMSERSO,2012).

En cuanto a los programas psicoeducativos, nadie se atrevería a discutir sobre su necesidad. El concepto de educación es muy amplio y como bien sabemos la educación es algo intrínseco al ser humano, abarca todas las ramas del saber y todos los aspectos de la persona. Para la Pedagogía Social, la

Educación en personas mayores resulta un ámbito de actuación destacado y en expansión, que por otra parte tiene una repercusión directa en el aumento de su calidad de vida (Bedmar y Montero, 2009).

El acceso a la cultura y a la educación es vital para que las personas mayores reencuentren su identidad, puedan llevar a la realidad sus capacidades y tengan cubiertas sus necesidades. La educación reencuentra a la persona mayor con la ilusión y el gusto por el conocimiento. Estas ganas por aprender proporcionan confianza en uno mismo, libertad y transformación personal. Las actividades educativas en las personas mayores sirven de apertura social, permitiendo a la persona fortalecer o reformular su identidad personal y social.

Envejecer bien, no sólo en lo relacionado con la salud, sino de manera integral es un concepto que comienza a adquirir gran importancia en la sociedad, por lo que el ámbito de la educación social debe comenzar a tenerlo presente y trabajar en esta línea. "La vejez, como otras etapas de la vida, es además de una cuestión biológica y psicológica, una construcción social" (Bazo, 1992). Y como construcción social es necesario que las personas mayores participen en la sociedad; sobre todo, si tenemos en cuenta su destacable peso poblacional. Participar de manera plena es contribuir en la elaboración y realización del proyecto global de sociedad: una sociedad para todas las edades (Lema del Año Internacional de las Personas Mayores, 1999).

En cuanto al perfil de persona mayor en España se debe de tener presente el bajo nivel educativo que suele tener, lo que supone una peor adaptación al entorno. Esto unido al posible deterioro que puede ir asociado a la edad, que es más prevalente en usuarios de Centros de Día y Residencias, convierte a estas personas mayores en un grupo con riesgo de marginación.

Llevar a cabo este estudio y analizar los programas psicosociales y educativos en estos centros, nos permitirá disponer de información que podrá facilitar la posibilidad de poder ofertar a este colectivo de personas mayores

unos programas más adaptados a sus necesidades, teniendo en cuenta su heterogeneidad como grupo.

Dentro de los factores que favorecen la calidad de vida en los mayores, están los programas de actividades, terapéuticos, de ocio y educativos. Por este motivo nos parece importante este estudio, ya que conocer las variables que favorecen la mejora de los mismos supondrá una mejor adaptación a las necesidades de los mayores y una mejora de su calidad de vida. Fernández Ballesteros investigó en una muestra representativa de españoles, cuáles eran los “ingredientes” principales que constituían la calidad de vida de las personas mayores y encontró los siguientes en este orden: estado de salud, habilidades funcionales, recursos económicos, relaciones familiares y sociales, actividades de la vida diaria y recreativas, servicios sociales y de salud, satisfacción vital, recursos culturales y entorno (Fernández Ballesteros 1993, 1997). Uno de los problemas con los que se enfrentan los profesionales que trabajan en las residencias de personas mayores son los efectos que puede tener la institucionalización, lo que puede dificultar la participación de la persona en los programas y actividades. Todo esto sería extrapolable a los profesionales y personas mayores en centros de día, donde los usuarios pasan gran parte del día en el centro.

Las Residencias y Centros de Día para personas mayores deben reunir una serie de condiciones físicas, ambientales y de personal, capaces de dar respuesta a los intereses y necesidades de los usuarios. La dimensión educativa desempeña un papel relevante en la planificación de los programas, proyectos y actividades que se lleven a cabo.

De las diferentes definiciones que hay del concepto de residencia nos parece especialmente completa y acertada la de Rodríguez, que la define como “centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención socio-sanitaria multiprofesional en el que viven temporal y permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia” (Rodríguez, 1999). Como mencionan Kaufmann y Frías, una residencia debería tratar de crear un ambiente lo más

parecido al familiar, y que la persona mayor identifique ésta como su hogar (Kaufmann y Frías, 1996) y las actividades por lo tanto deben de ir en esta dirección.

Respecto al centro de día, se puede definir como un recurso social intermedio, un centro gerontológico socioterapéutico y de apoyo a la familia que durante el día presta atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor dependiente, promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual.

Observando estas definiciones, vemos que tanto las Residencias como los Centros de Día, pretenden ser terapéuticos, promover la autonomía y el desarrollo personal, por lo que para lograr esto, son de suma relevancia los programas educativos y psicosociales, que deben de estar dirigidos a lograr este objetivo.

No existe información específica suficiente sobre forma de intervenir y de llevar a cabo los programas en personas mayores en Residencias y Centros de Día, por lo que este estudio trata de dar respuesta en primer lugar a cómo es la situación actual en este sentido y hacer propuestas para la mejora de esta situación. Las conclusiones que se saquen de este estudio contribuirán a perfeccionar el modo de intervención de profesionales dedicados a la programación y realización de actividades psicosociales y educativas con mayores en estos centros y a la mejora de los proyectos que se lleven a cabo, para que sean lo más acordes posible a los intereses y necesidades de las personas mayores.

No se han encontrado estudios similares, en los que se tengan en cuenta principalmente las opiniones y aportaciones de las personas mayores en estos centros, por lo que faltaría conocimiento sobre la opinión de los mayores y profesionales acerca de los programas y actividades. Algunas de las preguntas a las que se podría dar respuesta con este estudio son las siguientes:

- ¿Son las actividades que se llevan a cabo en las residencias y centros de día las adecuadas para las personas mayores, acordes a sus necesidades?
- ¿Cuáles son las actividades que desearían realizar los mayores?
- ¿Qué dificultades encuentran los profesionales para la realización de los programas y actividades?
- ¿Se enfocan las actividades para mejorar la calidad de vida de las personas mayores?

Lo que se ha encontrado tras la revisión de la información de diferentes fuentes bibliográficas son diferentes programas que se llevan a cabo con la población de mayores en general, habiéndose expuesto algunos ejemplos de estos con anterioridad. También se ha podido comprobar que todavía queda mucho por mejorar para que estos centros trabajen desde un modelo centrado en la persona y para que las actividades se planteen desde esta visión.

Considerando que el problema que se pretende investigar es de gran relevancia para ampliar el campo de conocimientos de la intervención y educación de personas mayores, posibilita nuevos estudios e investigaciones, es investigable y se ajusta a nuestra formación teórica y ámbito de estudio, la formulación inicial queda resuelta de esta forma:

“En qué medida los programas de actividades llevados a cabo en las Residencias y Centros de Día cubren las necesidades educativas, participativas y las motivaciones e intereses de las personas mayores y cómo se podrían mejorar los mismos”.

6.2. Objetivos

El objetivo general y principal del presente estudio es analizar las acciones psicosociales y educativas que se llevan a cabo en los Centros de Día y Residencias de mayores en Andalucía, para realizar propuestas de mejora de estos programas y actividades que redunden en una mejor calidad de vida de las personas mayores.

6.2.1. Objetivos específicos

- Conocer las características sociodemográficas y el estado de las personas mayores que son usuarias de Centros de Día y Residencias.
- Analizar los programas y actividades llevados a cabo en estos servicios así como la satisfacción y participación de los usuarios en los mismos.
- Conocer las motivaciones, intereses y necesidades de las personas mayores en Centros de Día y Residencias.
- Conocer qué profesionales suelen formar parte del equipo interdisciplinar en estos centros y las funciones que cada uno desempeña.
- Detectar posibles dificultades que encuentran estos profesionales para realizar los talleres y actividades y ofrecer posibles soluciones de mejora.
- Ofrecer pautas para posibles mejoras de los programas de intervención con personas mayores en estos centros.

6.3. Hipótesis

Considerando la información de la que se dispone, algunos de los resultados que se esperan encontrar son que:

- La participación será baja en general, aunque habrá diferencias dependiendo de la persona y del tipo de actividad.
- Los profesionales encontrarán diferentes dificultades para la realización de los programas y actividades como poco tiempo, heterogeneidad del grupo, falta de personal, etc.
- El estado de ánimo de los mayores en general será bajo
- No se encuentren suficientes programas educativos y psicosociales, debido a la falta de personal entre otros motivos.

6.4. Tipo de estudio y diseño

Tras los objetivos marcados se eligieron los instrumentos para la recogida de la información y el análisis correspondiente de ésta.

La metodología de nuestro estudio es descriptiva y como técnica de investigación se ha utilizado la entrevista semiestructurada.

El diseño de investigación es transversal ya que se ha recogido la información en un solo momento, sin ningún seguimiento previo o posterior. Como ya se ha dicho, es un estudio descriptivo y mixto (análisis cuantitativo y cualitativo de los datos).

Se trata de un diseño no experimental, ya que no existe manipulación de variables independientes para ver el efecto en la variable dependiente. Sólo se observan los fenómenos tal y como se dan en su medio natural, siendo posteriormente analizados y sin mayor intervención por parte del investigador. Sólo se usan números para caracterizar a la población, lo que le da su carácter descriptivo (McMillan y Schumacher, 2005).

Podríamos decir que se trata de un estudio exploratorio mixto, ya que los instrumentos utilizados (entrevistas semiestructuradas), han permitido analizar la información de forma cualitativa y cuantitativa, habiéndose cuantificado parte de los datos. Se ha tratado de analizar la información de ambas formas para poder así profundizar tanto de los programas y actividades que se llevan a cabo en Residencias y Centros de Día, como en diferentes factores y variables implicados en los mismos.

Hay una parte del estudio cuantitativa, ya que está conformada por datos numéricos. Es un estudio no probabilístico porque la selección de la muestra no ha sido aleatoria. Han participado las personas que se han prestado a la realización de las entrevistas, dentro de los centros que accedieron a que sus usuarios participaran, ya que se realizaron las mismas en los propios centros.

6.4.1. Investigación cualitativa

Parte de nuestro estudio está dentro de la investigación cualitativa. Para comprender la realidad social es el enfoque más adecuado, ya que los enfoques cuantitativos presentan limitaciones, aunque son de gran utilidad para ofrecer porcentajes e inferencias estadísticas para conocer las características de determinados grupos, instituciones, etc.

Hemos elegido este enfoque principalmente (investigación cualitativa) porque sus características son las más adecuadas para lograr los objetivos que nos hemos planteado.

Colás y Buendía (1994) señalan algunas de las características de la investigación cualitativa:

- Concepción múltiple de la realidad.
- Su objetivo es la comprensión de los fenómenos a través del análisis de las distintas percepciones de los sujetos que intervienen.
- Dificultad de establecer relaciones de causalidad entre los fenómenos y sus variables.
- Los valores están presentes en la investigación, lo que nos lleva a un posicionamiento personal paradigmático.

El análisis cualitativo de la información que hemos realizado, estaría dentro de la perspectiva fenomenológica, donde se pretenden entender los fenómenos sociales desde la propia mirada e interpretación del actor, el modo en que experimenta el mundo y enfatizando en aquello que percibe como importante (Rothe, 2000). Se busca encontrar los motivos que llevan a las personas a realizar determinados comportamientos, tratando de descifrar el para qué y por qué suceden determinados eventos en sus vidas cotidianas.

También se puede ubicar este estudio en la orientación interpretativa-simbólica y hermenéutica, como parte de la investigación en Educación Social (Pérez Serrano, 2004b). Esta orientación se llama también liberal-progresista y presta atención al ser humano, sus valores, actitudes y sentimientos. Valora la integración y la relación comunicativa con los otros y el mundo, buscando la comprensión de la realidad de los participantes, con el fin de contextualizar sus acciones y así lograr proponer soluciones. Se trata de un paradigma orientado a la decisión y al cambio.

6.5. Población y muestra

Nuestra población de estudio son personas mayores usuarias de Centros de Día y Residencias y los profesionales implicados en los programas psicosociales y educativos en estos centros en Andalucía.

El estudio se ha llevado a cabo en 48 centros diferentes, de los cuales 23 son privados con plazas concertadas, 16 privados y 9 de carácter público. De estos centros 18 tienen tanto servicio de Residencia como de Centro de día (o Unidad de Estancia Diurna), 21 sólo tienen servicio de Residencia y 9 sólo servicio de Centro de Día o Unidad de Estancia Diurna.

Los centros son de diferentes provincias, principalmente de Andalucía oriental, concretamente: cinco de Almería, siete de Córdoba, veinte de Granada, cuatro de Jaén, cuatro de Málaga, dos de Huelva, tres de Cádiz y tres de Sevilla.

Se ha hecho un muestreo no probabilístico de tipo incidental o accidental, por razones principalmente prácticas, por tener elementos de la población accesibles (Buendía y cols., 1997). Tenemos presente las limitaciones de este tipo de muestreo para la generalización de los resultados de la investigación.

En el caso de las personas mayores, los criterios para participar en el estudio eran ser usuarios de Centros de Día y Residencias en Andalucía y tener más de 65 años. Como criterios de exclusión estaban el tener deterioro cognitivo grave o problemas de comunicación que pudieran afectar a la fiabilidad de las respuestas dadas a las preguntas de la entrevista que se les realizaba.

En el caso de los profesionales los criterios de inclusión eran estar trabajando en Residencias y Centros de Día para personas mayores y tener alguna implicación en los programas de actividades.

En el estudio han participado 62 personas mayores usuarias de Centros de Día o Residencias y 50 profesionales de estos centros.

Del grupo de personas mayores, 53 son usuarios de los centros con servicio de Residencia y Centro de Día y 9 de los participantes son usuarios de Centros de Día (o Unidades de Estancia Diurna) para personas mayores en Andalucía.

No hay diferencias a destacar en la intervención y actividades entre las Residencias y Centros de Día, compartiéndose en muchos casos el doble servicio en los mismos. El perfil del mayor que participa en estas actividades también suele ser similar en ambos centros.

En la muestra de profesionales han participado 50 personas que trabajan en centros de día y residencias, implicados todos de algún modo en las actividades de las personas mayores, unas de una forma más directa y otros más indirecta como el caso de las auxiliares de enfermería. Aunque estos profesionales participan poco en los programas y actividades psicosociales y educativos, se ha considerado muy importante que participaran también en el estudio, ya que así podían aportar su visión, que nos parece de relevancia, al ser de los profesionales que pasan más tiempo con los mayores y que pueden tener una perspectiva general de diferentes aspectos del funcionamiento de los centros, por lo que su opinión podría reflejar de un modo muy descriptivo cómo es la realidad del día a día en estos contextos.

En el apartado de resultados se presentan las características sociodemográficas de la muestra de personas mayores y profesionales, recogidas en las entrevistas aplicadas.

Tenemos presente la limitación en cuanto a la validez externa, ya que el muestreo no ha sido aleatorio.

6.6. Instrumentos

Antes de comenzar con el diseño del instrumento de recogida de datos se realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de indagar en diferentes conceptos relacionados con nuestro tema de estudio, el contexto y el colectivo donde se realizó la investigación (las residencias, los centros de día y las personas mayores en estos dispositivos), etc. Toda esta información recogida de diferentes fuentes bibliográficas ya se ha expuesto anteriormente.

Para la recogida de la información se han utilizado dos entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas y cerradas, una para personas mayores y otra para profesionales. Los instrumentos se han elegido de acuerdo a los objetivos del estudio.

Para la elaboración de la entrevista para el grupo de personas mayores nos hemos basado en el cuestionario de satisfacción SERA de Rocío Fernández Ballesteros (Fernández- Ballesteros, 1996: Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos-SERA) que está validado. Se han realizado algunas modificaciones sobre el mismo, para ampliar cuestiones más específicas de nuestro estudio.

Para saber si las entrevistas eran adecuadas para nuestro estudio se hizo un juicio de expertos, mostrando dicha entrevista a varios profesionales con experiencia en el ámbito de las personas mayores en residencias y centros de día. Además, en el caso de la entrevista para personas mayores, se hizo un estudio piloto de la misma, pasándola a usuarios de Residencias y Centros de Día. Tras este estudio se hicieron una serie de modificaciones sobre la entrevista inicial, como cambiar el orden de algunas preguntas y fusionar otras.

La entrevista dirigida a las personas mayores consta de 37 preguntas mediante las que se trata de recoger información de diferente índole: variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo, estado civil, etc.), satisfacción respecto a sus relaciones (familia, otros residentes, personal del centro...),

satisfacción con el centro y diferentes factores de éste (instalaciones, atención recibida, etc.), estado de ánimo, etc. Una parte importante de las preguntas de la entrevista están relacionadas con el tema principal de nuestra investigación (las actividades realizadas en el centro, participación en ellas, preferencias e intereses personales, etc.)

Por último se dejó un espacio para poder reflejar otros datos de interés sobre la salud física, déficits sensoriales, ayudas técnicas u otros aspectos que la persona mayor entrevistada considerara relevante.

El motivo de incorporar en la entrevista cuestiones no específicas sobre programas y actividades, es debido a la importancia de otros muchos factores para la intervención psicosocial y educativa (aspecto que ya se expuso en el marco teórico) y la necesidad de conocer éstos para el diseño de los diferentes programas para las personas mayores en residencias y centros de día.

Incluir en las entrevistas diferentes cuestiones, no sólo relacionadas con las actividades, nos permite detectar factores importantes en los mayores y de esta forma se les podrá ofrecer actividades dirigidas a la mejora de estos aspectos y a cubrir las necesidades detectadas.

La entrevista aplicada a los profesionales consta de 20 preguntas donde se recogen datos sociodemográficos de la persona (sexo y edad), profesión, experiencia laboral y funciones que desempeña en el centro. Por otro lado se pregunta a la persona por aspectos relacionados con las actividades y programas: criterios que sigue para la planificación de las actividades, fuente que utiliza para el diseño de las actividades, programación y memoria de actividades, actividades realizadas en el centro y frecuencia, participación de los mayores en las mismas, satisfacción de los mayores con las actividades, dificultades que encuentran y soluciones, etc.

Ambas entrevistas aparecen de forma completa en el anexo.

6.7. Procedimiento

6.7.1. Procedimiento de recogida de la información

Como se ha mencionado, se realizaron dos entrevistas semiestructuradas, una para personas mayores y otra para profesionales de Centros de Día y Residencias. Estas entrevistas fueron aplicadas de forma individual a cada participante del estudio.

El primer paso fue ponernos en contacto con los directores de los centros que han participado y plantearles la posibilidad de realizar una serie de entrevistas a las personas mayores y profesionales del centro, describiéndoles el objetivo de nuestro estudio. Tras su aceptación se fijaron los días en que se realizarían.

Las entrevistas personales para la recogida de información se llevaron a cabo en los diferentes centros, con la ayuda de colaboradores que participaron en esta fase del estudio.

Antes de realizar las entrevistas a las personas mayores, se les pasó el test de Pfeiffer (SPSMQ) para descartar deterioro cognitivo importante, ya que las personas con deterioro no podrían responder de manera adecuada a las preguntas que les planteaban.

Tanto a la persona mayor como al profesional, se le pedía su colaboración, explicándole el motivo del estudio y asegurándole el anonimato. Todas las personas participaron de manera voluntaria. Una vez se les explicaba el modo en que se llevaría a cabo la entrevista, se comenzaban a plantear los diferentes ítems. Se trató en todo momento que la persona diera la respuesta sin ofrecerle las diferentes alternativas (en las preguntas con respuestas estructuradas), para así obtener una información más rica y de mayor utilidad.

En muchas de las cuestiones el participante no presentaba ninguna respuesta de manera espontánea, por lo que entonces se pasaba a ir exponiéndole las diferentes opciones de respuesta, para que ella nos dijera la que considerara oportuna. Una vez que se le presentaban todas las preguntas de la entrevista, se le daba las gracias por su colaboración.

Las respuestas dadas por cada uno de los entrevistados se escribieron de manera literal en el impreso correspondiente a cada uno de los participantes. Cada entrevista tuvo una duración de unos 35-40 minutos aproximadamente.

6.7.2. Procedimiento para el análisis de la información

El análisis de los datos obtenidos a través de las dos entrevistas se realizó de forma cuantitativa (descriptiva) y cualitativa.

Para analizar la información recogida en las preguntas abiertas de la entrevista se ha utilizado la técnica del análisis de contenido. Se aunaron todas las respuestas dadas por los participantes, se establecieron diferentes categorías y posteriormente se analizaron e interpretaron todos los datos.

Consideramos la técnica del análisis de contenido la más válida para el análisis del tipo de información que nos interesaba recabar. El análisis de contenido forma parte de los instrumentos de análisis usados para reunir, clasificar, ordenar, sintetizar, evaluar e interpretar información.

La finalidad primordial de la técnica de “Análisis de contenido” (Bardin, 1986: 5) es la identificación y explicación de las representaciones cognoscitivas que otorgan el sentido a todo relato comunicativo.

Además del análisis cualitativo, la mayor parte de los ítems han sido analizados recogiendo las respuestas dadas por los entrevistados en una base de datos. De esta forma se ha podido unificar y ofrecer la información de una forma descriptiva y cuantitativa.

6.8. Análisis y presentación de resultados

6.8.1. Resultados del estudio con personas mayores

✓ Variables sociodemográficas

Se presentan a continuación los análisis descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra de personas mayores.

En cuanto al sexo, 44 son mujeres y 18 hombres. La edad está entre los 66 y los 95 años. El intervalo entre 66 y 75 años supone un 33,9 %, frente al 53,2 % de 76-85 años, el 9,7 % de 86-90 años y un 3,2 % con más de 90 años.

Respecto al estado civil el 12,9% de los participantes están casados/as, mientras que un 3,2% divorciados/as, un 22,6 % solteros/as y un 61,3 % viudos/as, siendo por tanto este último estado civil el más prevalente de la muestra.

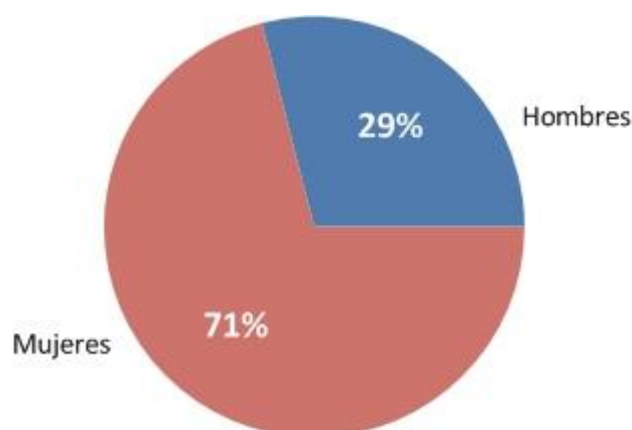


Ilustración 1. Sexo

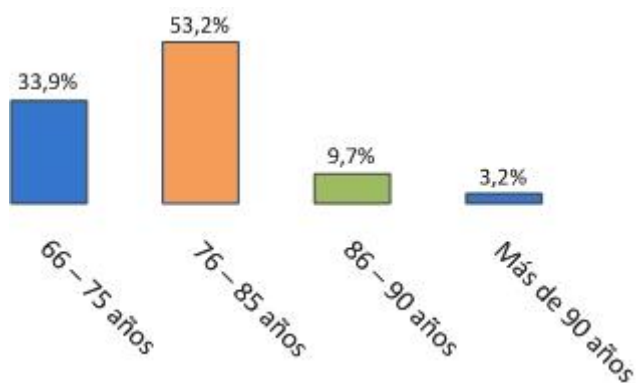


Ilustración 2. Edad

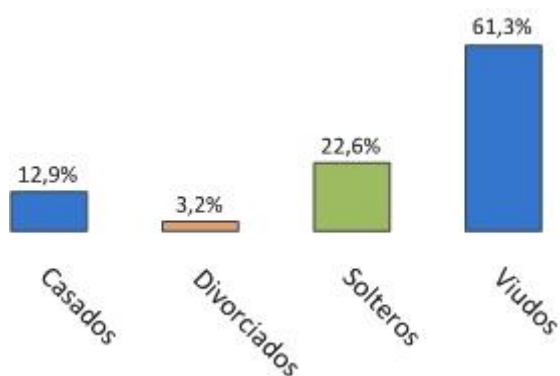


Ilustración 3. Estado Civil

En cuanto al nivel de estudios de los participantes, el 41,9% no tienen estudios, el 46,8% sólo primarios, el 6,5% estudios medios y el 4,8% estudios superiores.

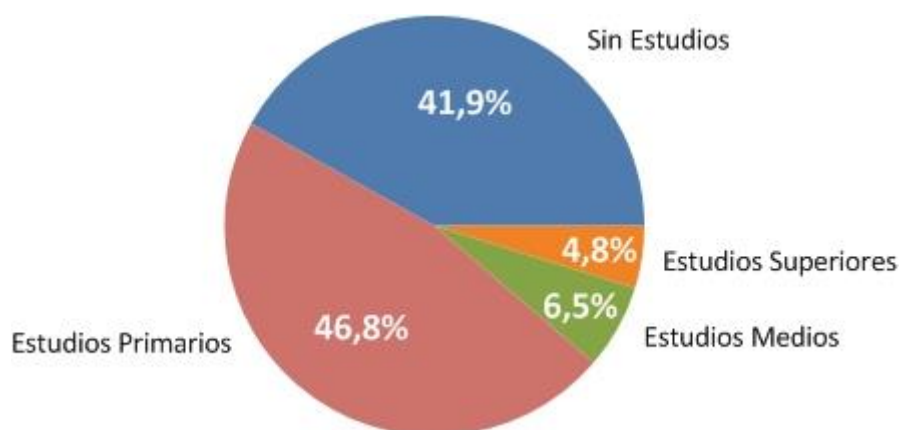


Ilustración 4. Nivel de Estudios

En relación a la ocupación que han tenido a lo largo de su vida, un 32,3% de la muestra ha sido ama de casa, todas mujeres, dedicadas al cuidado de los hijos y a las tareas domésticas. El 8 % de los participantes se ha dedicado a la agricultura, el 6,4 % al comercio, un 8% al servicio doméstico, el 37,2 % a otras profesiones (“ganadería, costura, sanidad, cura, cocina, carpintería, hostelería, administración, construcción, etc.”) y un 8,1 % no ha respondido.

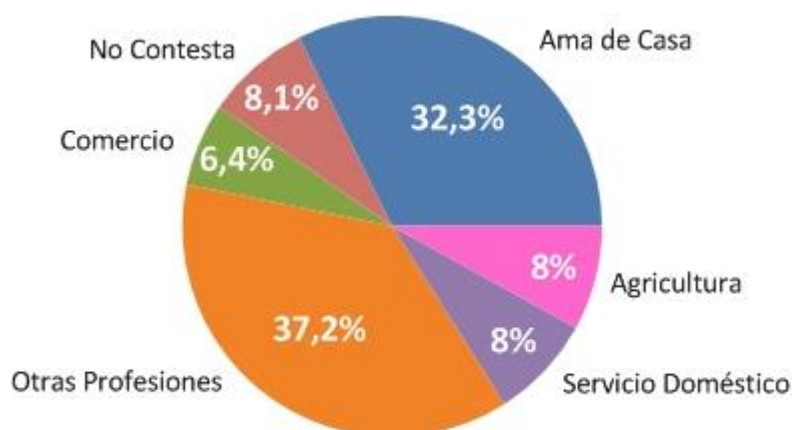


Ilustración 5. Profesión y Ocupación Previa

Respecto al tiempo que llevan siendo usuarios del Centro de Día o Residencia, un 3,2% lleva menos de 3 meses, un 1,6 % entre 3 y 6 meses, un

25,8 % de 6 a 12 meses, de 12 a 18 meses el 14,5%, el mismo porcentaje que de 18 a 24 meses y un 40,3 % más de 24 meses.

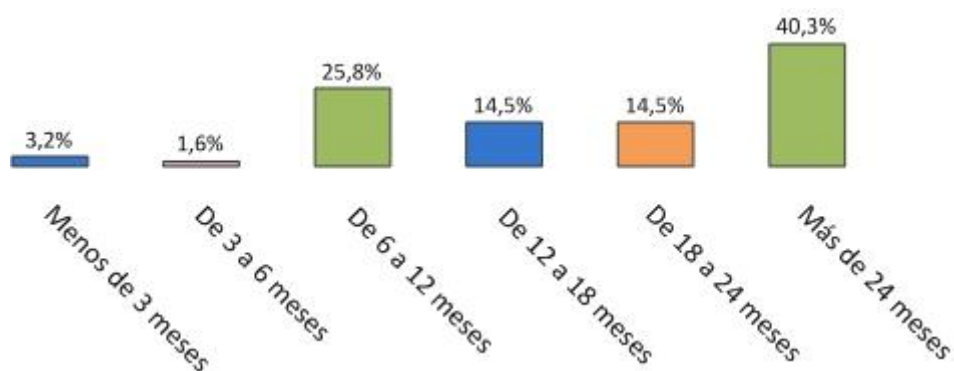


Ilustración 6. Tiempo en Residencia o Centro de Día

✓ Causa de que viniera a la residencia

Respecto a la causa de que acudieran al Centro de Día o Residencia, considerando las respuestas que han dado las personas mayores, se debe a alguna incapacidad física en el 25,8%, a dificultad o incapacidad mental en el 6,4% y un 11,3% debido a otras causas. Un 54,9 % elige la opción de manera voluntaria, aunque muchos de ellos aclaran que tienen algún tipo de dificultad para las Actividades de la Vida Diaria. Un 1,6% de los participantes no contesta.

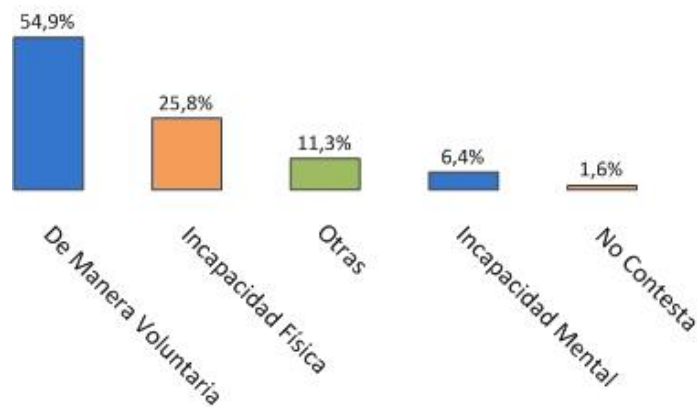


Ilustración 7. Causa para Acudir al Centro

Entre otras respuestas aparecen las siguientes: “por soledad”, “incapacidad de mi esposo”, “después de quedarme viuda”, “por viudedad”, “no tengo hijos y tengo mala infraestructura de la casa”, “vengo al centro de día para entretenerme”, “porque estoy sola”.

Respecto a la procedencia, el 72,6% venía desde el propio domicilio, el 4,8% desde el domicilio de un familiar, el 1,6% del hospital, el 11,3% de otra residencia, el 1,6% de un centro de día y un 8,1% de los participantes no responde a esta cuestión.

Entre las respuestas dadas aparecen las siguientes: “de las casas de mis hijos”, “por la venta de mi casa”, “de la casa de mi hijo”, etc.

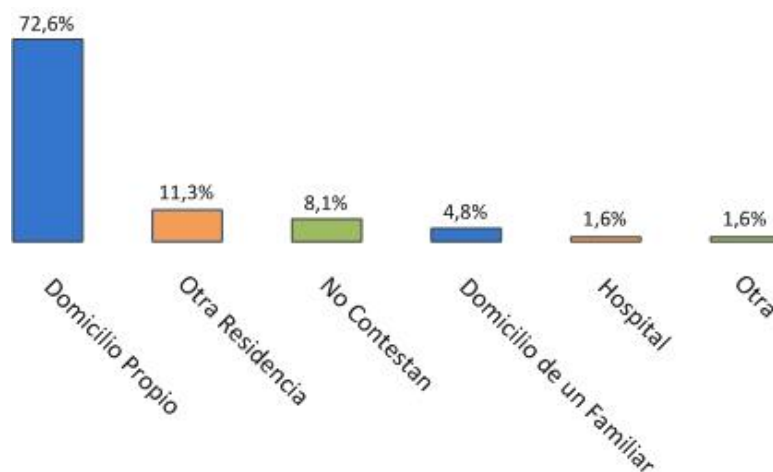


Ilustración 8. Procedencia

✓ ¿Cómo se siente normalmente? Estado de ánimo más frecuente:

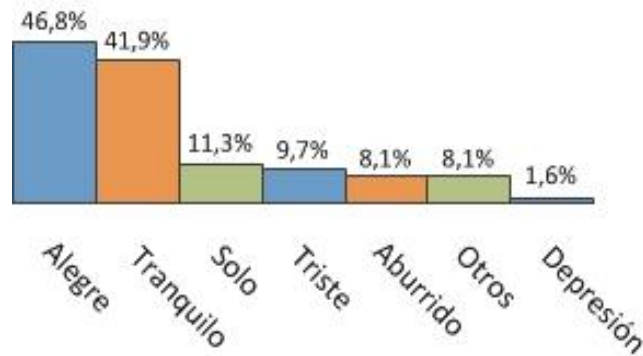


Ilustración 9. Estado de Ánimo frecuente

El estado de ánimo más frecuente expresado por las personas mayores es alegre, con un 46,8 %, seguido de tranquilo con un 41,9 %. A continuación aparecen solo (11,3 %), triste (9,7 %), otro (8,1 %), aburrido (8,1 %) y depresivo (1,6 %).

En la categoría “otro”, entran estados de ánimo que pueden considerarse como más positivos (“distraída”, “querida” y “ayudada”) y otros menos (“dolorida”, “no quiero pensar en el futuro”), pero la mayoría de las respuestas que entran en la categoría otros son positivas.

Hay que tener en cuenta que algunos de los participantes expresan dos estados de ánimo como los más frecuentes que suelen tener.

Señalamos que sólo un hombre ha señalado un estado de ánimo menos positivo, “aburrido”. Los estados “solo”, “depresión”, “triste”, u otros menos favorables han sido señalados sólo por mujeres.

✓ **¿Qué cosas podrían hacer que te sintieras mejor?**

El 87,1 % de la muestra no contesta a esta cuestión, un 3,3 % responde que podría hacerle sentir mejor ver con más frecuencia a su familia, el 3,2 % mejorar la calidad de las comidas del centro, un 1,6% la mejora de la salud propia o de algún familiar, otro 1,6 % que se ofrezcan otro tipo de servicios en el centro, con el mismo porcentaje “Sentir más cariño de alguien importante” y otro 1,6 % responde explícitamente que nada.

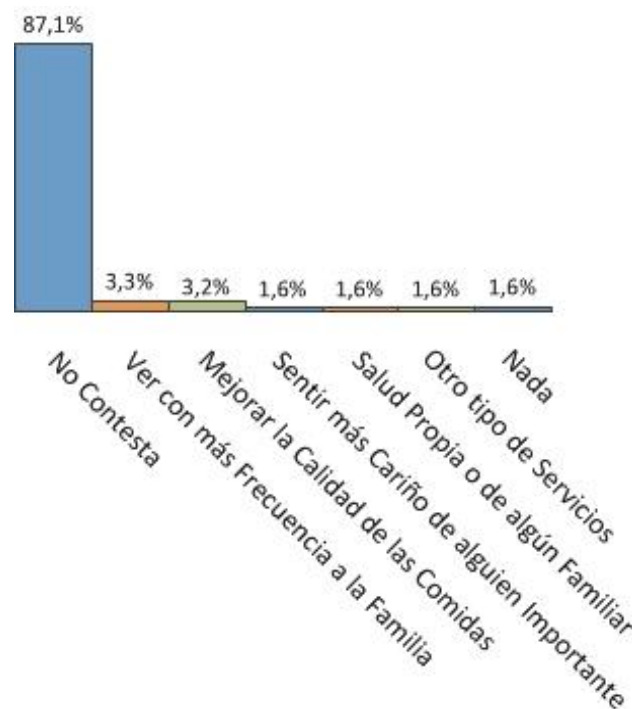


Ilustración 10. Cosas para sentirte mejor

✓ **¿Cómo se lleva con el personal de la residencia?**

En cuanto a la relación con el personal, como puede observarse en el gráfico, el 53,2% dice llevarse muy bien, el 42% bien, el 3,2% regular y el 1,6% ni bien ni mal. Las opciones de mal o muy mal no han sido elegidas por ningún participante.

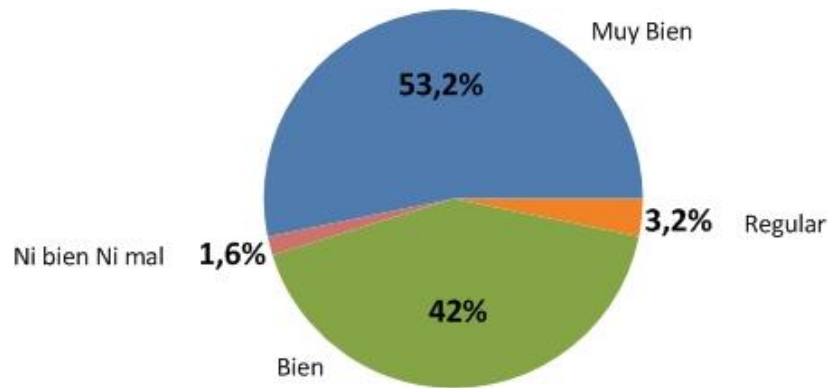


Ilustración 11. Relación con el personal del centro

Los motivos que han dado para calificar como positiva la relación con el personal, hacen referencia al “buen trato, la amabilidad”, “ser cariñosos”, “son serviciales”, “me ayudan, me cuidan”, “son buenos”, “sentirme útil”, “se preocupan por los mayores”, “porque me llevo muy bien y además me conviene”. Diez de los participantes no han dado ninguna respuesta. Las respuestas de regular han sido: “diferencia de caracteres” y “porque me mandan que haga muchas cosas”.

✓ **¿Le gusta cómo es el centro?**

En el ítem que hace referencia a la satisfacción con el centro, el 96,8% ha respondido que sí le gusta cómo es el centro, mientras que sólo un 3,2 % ha respondido que no, mostrando insatisfacción.

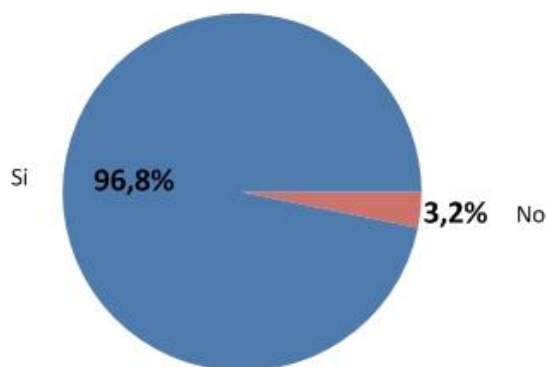


Ilustración 12. Satisfacción con el centro

Ocho de los participantes que respondieron que sí, no supieron dar un motivo. Algunas de los motivos respecto a las respuestas positivas fueron: “estamos como en familia, no es muy grande”, “situación física, permite salir a la plaza”, “tienen muchas actividades”, “por su limpieza”, “nos divertimos”, “aquí no me encuentro sola y no me aburro”, “me parece acogedor”, “tiene un patio grande donde se puede pasear”, “permite la movilidad”.

Siete de las respuestas mencionan como motivos las actividades y diversión: “actividades, evita aburrimiento, diversión, cosas interesantes, etc.”) y seis hablan de que el lugar es acogedor, se está como en familia, como en casa.

Las dos respuestas negativas fueron: “porque estoy sola, me siento aburrída” y “tiene que hacerse más grande”.

- ✓ **¿Cambiaría algo de la distribución del centro, localización de las habitaciones, turnos de comidas u otros aspectos? ¿Cómo lo haría? ¿Por qué?**

El 58,1% responde que no cambiaría nada en relación a la distribución, localización y horarios del centro con respuestas como “está todo muy bien”, “tiene muy buena localización”, etc. Aunque no se dan muchas sugerencias de cambio, el 33,9% sí responde que cambiaría algunos de estos aspectos,

refiriéndose a aspectos como los turnos y horarios de comidas (N=10), horario de la ducha (N=1) y características de las habitaciones (N=7), con respuestas del tipo “que las habitaciones fuesen más espaciosas”, “que las habitaciones fuesen individuales”, etc. Otros cambios sugeridos son referidos a las actividades (N=1), “que las actividades fuesen más dinámicas” y a la localización del centro (N=2). Otra cuestión que se sugiere modificar es el uso de los espacios comunes (N=2), con respuestas como “creo que estar con personas que están mal, a veces no hace agradable estar en la sala de estar, por gritos...”, referidas a la forma de compartir espacios comunes (N=2). El 8% de los participantes (N=5) no contesta a esta cuestión.

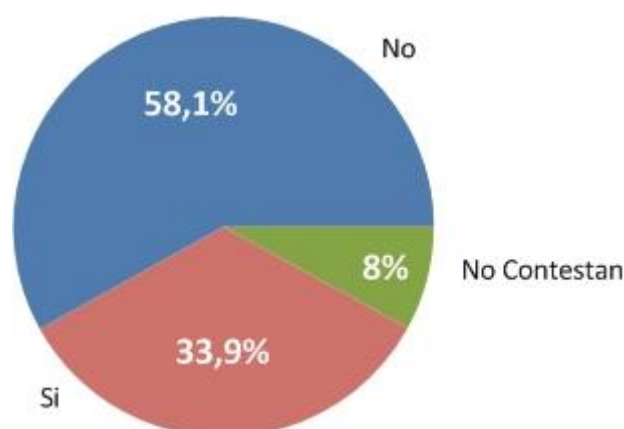


Ilustración 13. Cambios centro (distribución, localización, etc.)

✓ **¿Se siente cómodo y a gusto en el centro? ¿Por qué? ¿Qué cambiaría para estar mejor?**

El 96,8% de los participantes dice encontrarse cómodo y a gusto en el centro, mientras que un 1,6% responde que no y otro 1,6% no responde.

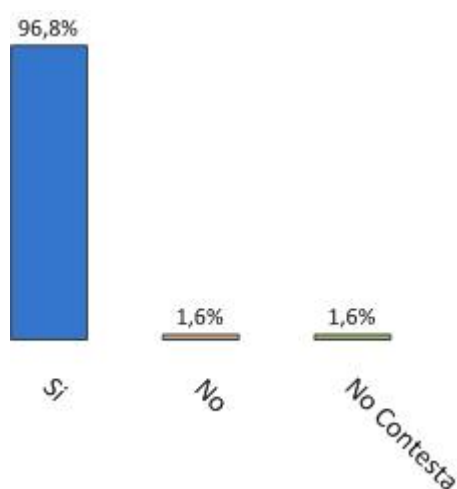


Ilustración 14. Comodidad en el centro

Las respuestas más frecuentes son del tipo “me siento muy bien” y “estoy muy a gusto y no cambiaría nada”.

Se exponen algunas respuestas diferentes dadas por los participantes: “estoy bien. Allá donde fueres haz lo que vieres y todo irá medio bien”, “sí, porque me tratan muy bien”, “sí, porque quiero a todos mis compañeros mucho y así no me siento sola”, “sí, la gente es muy amable, algunos ya nos conocíamos del pueblo, lo pasamos bien”, “sí, en mi casa estaba peor y aquí estoy más distraída. Ya lo he dicho yo no cambio, cuando tenga que morir una hora corta”, “sí, porque me cuidan muy bien”, “es buena residencia y estoy contenta con la elección”, “sí, el ambiente es bueno”, “sí, me gusta porque tengo todo lo que realmente me hace falta”, “me siento bien, pero me gustaría salir más”, “sí, aquí estamos muy bien. Quizás lo que cambiaría es que el centro estuviese situado en un lugar más céntrico, aquí estamos en las afueras”, “sí, porque estamos muy a gusto. Cambiaría las comidas, que están mal hechas”, “me gustaría venir también los fines de semana, para estar entretenida”, “sí, en general me siento a gusto excepto por algunos residentes”, “sí, porque estoy cerca del barrio y de mi casa”, “sí, me atienden bien y con amabilidad”, “sí, cuando no me gusta cenar, estoy abajo y me voy a mi habitación”, “estoy muy a gusto porque puedo salir a mi casa siempre que quiero”, “sí, porque he encontrado una familia, y me hacen sentir muy bien”, “sí, sobre todo por el orden y la limpieza y las profesiones que hay en el centro”, “sí, aunque enfrentaría los problemas del centro con más

diálogo y decisión por parte de la autoridad”, “sí, porque todos nos llevamos bien, hacemos actividades”, “sí, tener más actividades”, “sí, porque hemos encajado muy bien con las monjas, hacemos actividades y la gente de aquí es agradable”, “sí, me gustaría tener una habitación solo para mí, no tener que aguantar a la pesada esta”, “sí, estoy a gusto, por lo mismo que dije antes, el personal es atento y el centro es tranquilo”, “sí, porque estoy bien adaptado y tengo mucha libertad. No cambiaría nada, todo está bien para mí”, “sí, estoy muy tranquilo, feliz, contando con el equipo. No cambiaría nada”, “estoy muy a gusto y hablo con gente, hasta me preguntan cosas y todo”, “sí, porque todos los residentes son amables, a excepción de algunos”.

La persona que ha dado la respuesta negativa no ha especificado ningún motivo. Como se puede observar, casi la totalidad de las personas entrevistadas manifiestan encontrarse bien en la Residencia o Centro de Día. Las quejas giran de nuevo en torno al estado de salud, echar de menos a su familia o estar en su domicilio (“sí, pero echo de menos a mi familia”, “estoy a gusto, pero me gustaría estar en mi casa”, “sí, es diferente a estar en mi casa, pero estoy cómoda. Echo de menos no tener horarios”, “nada, mi ideal era mi casa con mi marido, me quedé sola y ahora aquí me siento bien”), cambio de las zonas comunes (“sí, no se puede pedir más, para estar mejor cambiaría las zonas comunes”) y cuestiones que ya habían expresado en la cuestión anterior, haciendo referencia a cuestiones como la habitación (“sí, cambiaría que las habitaciones fuesen individuales”, “sí, cambiaría la comida y habitaciones”). Algunas de las personas entrevistadas dicen aburrirse (“sí, aunque a veces me aburro”).

✓ **¿Le gusta su habitación? ¿Qué cambiaría?**

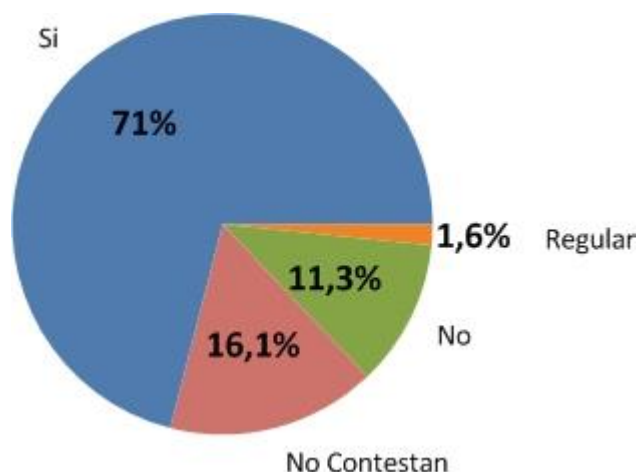


Ilustración 15. Satisfacción con habitación

El 71% responde que sí le gusta su habitación. La mayoría de los que han respondido que sí, dicen que no cambiarían nada de la misma. Algunas de las respuestas expresaban algún tipo de cambio o especificaban por qué les gustaba su habitación.

Para muchos de los participantes es importante tener personalizada su habitación, poder decorarla con fotos, etc.: “Me gustaría tenerla como alguna de mis compañeras llena de fotos de la familia, con sus hijos y nietos”, “sí, porque está adornada a mi gusto”, “me gusta, pero me gustaría poder poner mis fotos”, “sí me gusta, me han permitido hacer cambios y tengo muchos recuerdos de toda mi vida”, “tengo una habitación para mí sola y puedo tener fotos y todo lo que quiero”, “no está mal, aquí tengo estas fotos que ha colgado mi hija”.

Algunas de las respuestas hacen referencia al hecho de que prefieren compartir o preferirían estar en una habitación individual: “sí, comparto habitación pero estoy muy contenta”, “sí, me gustaría que fueran individuales”, “sí, es muy grande y limpia. Lo que cambiaría es que fueran individuales”, “claro que sí, y mi compañera que estamos las dos igual y nos entendemos muy bien”,

“es buena la habitación ya que es compartida con una amiga”, “me gusta, pero me cambiaría a otra para estar mejor, más tranquilo”, “estoy individual en una sola, para mí es estupenda, recogida y muy luminosa”.

Otras respuestas dadas han sido: “sí, y no cambiaría nada”, “estoy bien, yo ya necesito poco y lo que necesito lo tengo”, “sí, es muy soleada, “sí, me gusta mucho porque tengo televisión. No cambiaría nada porque está como me gusta”, “cambiaría un poco la decoración, pero por lo demás bien”, “Sí, aunque vendría muy bien una televisión”, “sí, pero le falta luz”, “sí, es muy luminosa y tiene terraza”, “sí, me gustaría tener una mesita para escribir”, “sí, que fuese más grande”, “sí, me gusta, puesto que estamos mi hija y yo solas en una habitación, “sí, pero cambiaría la tele porque no funciona con el TDT”, “sí, aunque echo de menos la mía”, “sí, tengo la habitación redonda en forma de luna y es muy bonita y grande, con muebles muy bonitos y nuevos”, “sí, son amplias y alegres”, “mucho, no cambiaría nada, aunque es un poco fría”, “sí, la haría más grande aunque no tuviera terraza”, “una cama articulada me iría mejor para poder levantarme más fácilmente”, “sí, nada, es perfecta”, etc.

El 11,29% de los participantes dice no gustarle su habitación. Algunas de las respuestas que dan son las siguientes: “no está mal, pero preferiría estar solo”, “no, me gustaría dormir a solas”, “la verdad es que es pequeña. Le pondría ventana del cuarto de baño”, “no, cambiaría que fuesen individuales”, etc. Un 1,6% responde que regular (“Regular, es bastante sencilla”).

✓ **¿Cómo es su relación con el resto de compañeros?**

Al preguntar por cómo es su relación con el resto de personas mayores que acuden al centro, el 40,3% responde que muy buena, el 51,6% que buena, el 4,9% ni buena ni mala y el 3,2% que regular. Ningún participante ha respondido que la relación es mala o muy mala.

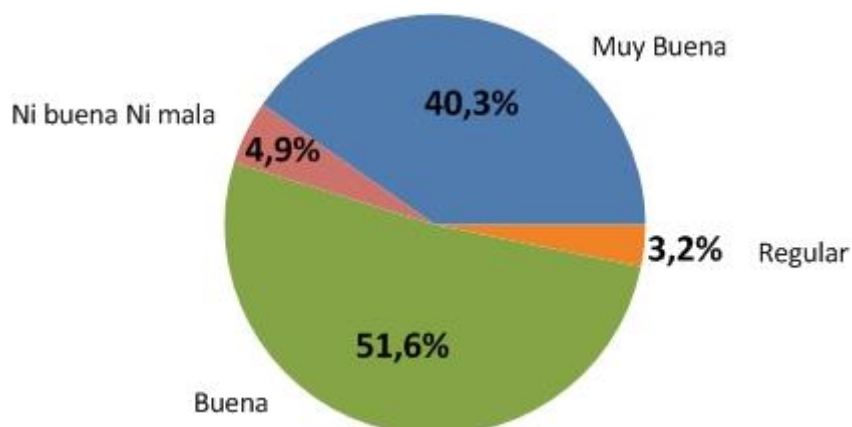


Ilustración 16. Relación con compañeros

Los motivos que dan para valorar así la relación son los siguientes: “porque me llevo bien con todos”, “porque hacemos vida comunitaria”, “porque no me peleo con nadie”, “porque son conocidos”, “no tengo conflictos porque no se mete en ello”, “hay buen ambiente, estoy fantásticamente”, “pues porque tenemos cosas en común”, “todos tenemos aficiones parecidas”, “nos conocemos desde hace mucho”, “soy casero y me relaciono con los demás lo necesario para sentirme un poco útil”, “nos llevamos bien, he hecho muchos amigos”, “porque me llevo bien con todo el mundo”, “porque hacemos muchas actividades y estamos todo el día juntos, lo pasamos bien”, “ellos son mi familia y estoy muy acompañada”, “todos tenemos rarezas pero hay que sobrellevarlas y comprender al otro”, “todos nos contamos cosas”, “es buena ya que no habla con ninguno y no tengo conflictos”, “me llevo muy bien con todos, son buenísimos”, “siempre he sido muy sociable”, “porque hacemos cosas juntos como jugar a las cartas”, “porque comparto con ellas actividades y experiencias”, “porque puedo hablar con quien sea”, “hablo con quien quiero, con quien es conflictivo no hablo”, “porque son muy simpáticos”, “menos con alguna, pero porque ya están mayores y no están bien...”, “sí, vivimos juntos pero cada uno está pensando en lo suyo. Nos divertimos haciendo cosillas juntos”, “porque nos conocemos todos y compartimos aficiones”, “yo voy a mi vida y no me meto en nada, procuro evitar los problemas o malos entendidos”, “son personas muy cariñosas y amables”,

“porque me ayudan y me quieren estoy muy cómodo con ellos”, “porque yo nunca me peleo con nadie y hay que saber que algunos tienen la cabeza perdía”, “nos respetamos”, etc.

La mayoría de las respuestas han sido positivas, aunque ha habido casos en que han manifestado malestar con algunos de los compañeros. En otros casos han indicado poca relación o una relación poco cercana con las demás personas mayores residentes. Muchos de los participantes expresan compartir actividades con los compañeros y encontrar en ellos cariño y apoyo.

✓ **¿Cuántos amigos tiene?**

Cuando se les pregunta cuántos amigos tiene en el centro, el 59,68% da respuestas tipo “todos”, muchos”, “bastantes”, sin especificar un número concreto, el 24,19% especifica un número concreto de amigos. Un 6,45% da respuestas del tipo “pocos” o “algunos” (“algunas amigas”, “ya me quedan pocos, se van”, “muchos amigos, pero amigos de verdad pocos”, “unos cuantos”). Un 9,68% de los participantes dicen no tener ningún amigo.

Otras respuestas dadas: “Todos menos uno”, “No lo sé, me llevo bien con todo el mundo..., mi compañera de habitación”.

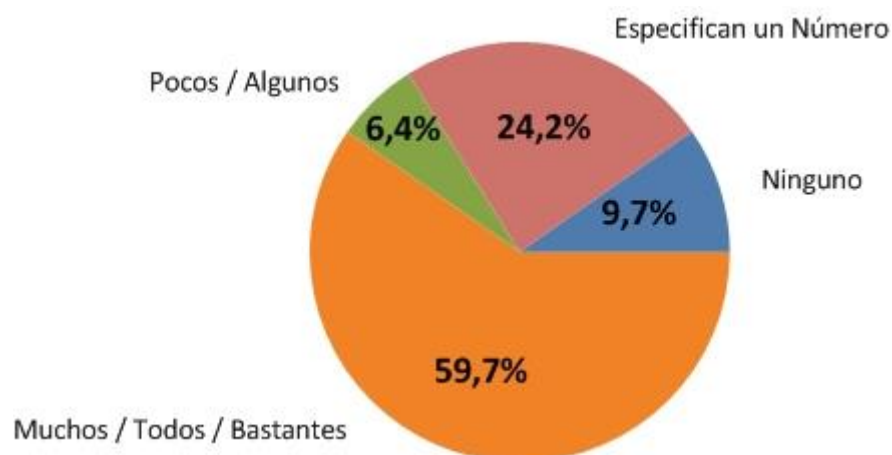


Ilustración 17. Amigos en el centro

✓ **¿Qué comparte con ellos?, ¿qué hacéis juntos?**

La mayoría de las respuestas dadas se refieren a realizar juntos alguna actividad, compartir algún momento, conversar, etc. Nos parece importante que aunque la relación sea positiva con todos o la mayoría de los compañeros, las personas mayores tengan algunas personas más cercanas, con las que puedan tener un apoyo emocional y puedan compartir cosas más personales, preocupaciones, deseos, etc.

Se presentan algunas de las actividades dadas por las personas mayores: “paseamos juntas, comemos, jugamos a las cartas, al bingo, cosemos, hablamos, etc.”, “el periódico y la partida de dominó, además de vivencias similares”, “ver la tele, actividades manuales, salidas...”, “hablar, tomamos un té...”, “salir de excursión, hablar con ellos, hacer juegos e ir a tomarme un café con Jaime”, “comedor, hablar y gimnasio”, “ver la tele, pasear y charlar”, “comer, pasear...”, “salimos a comer, a pasear, jugamos al parchís”, “hablar, actividades que hacemos en el centro”, “las actividades”, “ver la televisión, hablar, jugar al dominó...”, “comer, charlar, algunas actividades”, “ver la televisión, juegos, excursiones, fiestas”, “el tiempo de la comida, las actividades de la residencia”, “actividades del centro, charlar, tomar sol, bailar”, “actividades como talleres o juegos”, “charlar y jugar al dominó”, “cosemos, vamos a misa...”, “charlar, pasear...”, “me ayuda en todo lo que puede, “las actividades del centro, “casi nada, las comidas”, “participamos en el taller de coro y teatro”, “mis recuerdos, las actividades del centro”, “paseos y charlas”, “algunas actividades, con algunos juego a las cartas”, “talleres, pero no todos los días (dibujos, collares...)”, “las actividades que realizan”, “todo lo que tenemos que contarnos”, “teatro, canto, actividades, talleres”, “hacemos talleres, fiestas, salidas...”, “nos contamos nuestras cosas, hacemos actividades juntos, aunque me llevo mejor con los hombres”, “las actividades de la animadora”, “nada, aquí esperar a que pase el rato”, “salimos al jardín a tomar el aire juntos, casi siempre comemos juntos y cenamos, jugamos a cartas...”, “ver la tele, jugar a las cartas, bailes y lotería”,

“algunos participamos en actividades, excursiones y juegos. En ocasiones salimos a tomar algo fuera del centro”, “taller de laborterapias, excursiones, amistad...”, “hablar con ellos, contarles cosas de la vida alegres para reír”, “jugar a todos los juegos, quererlos y ayudarles”, “pues las dos en silla imagínate, pero hablamos de todo”.

✓ **¿Le parece bien cómo es atendido/a por el personal? ¿Qué no le gusta o cambiaría respecto a la atención que recibe?**

Respecto a la atención que reciben por parte del personal, el 85,5% dice que le parece bien como es atendido, el 11,3% dice parecerle regular, un 1,6% dice no parecerle bien y este mismo porcentaje no responde a esta cuestión.

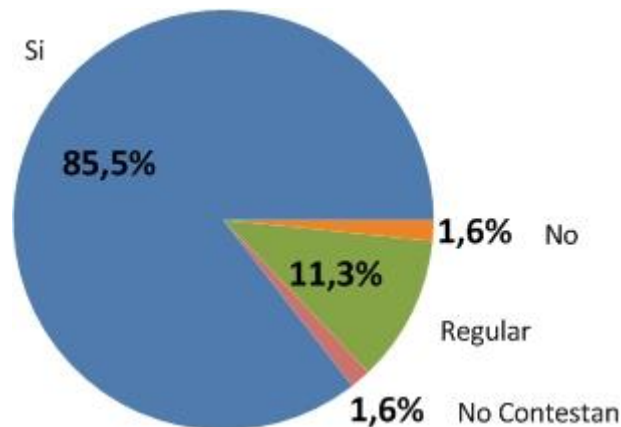


Ilustración 18. Atención del personal

Muchas de las respuestas han sido sí, sin añadir información adicional o respuestas del tipo “sí, todo está muy bien”, “sí, no cambiaría nada”. Entre las respuestas que han dado una mayor información al respecto están las siguientes: “el personal me trata muy bien”, “me tratan con respeto y amabilidad, menos el fisioterapeuta que está empeñado en que haga algo de deporte. No le hago caso”, “sí, son muy competentes. No cambiaría nada”, “hombre, vendría bien que hicieran las cosas con más cariño”, “sí, aunque me gustaría que

tuvieran más tiempo para charlar”, “nos atienden estupendamente, estoy muy contenta”, “regular, porque unos tienen poca paciencia, otros mal genio... pero no cambiaría nada”, “nos tratan a todos con mucho cariño”, “sí, pero todo es rápido porque estamos mucha gente”, “sí, todos me cuidan y me dan gusto en las cosas que pido”, “me encanta como soy atendida, no cambiaría nada, le parece todo estupendo”, “me parece muy bien, hay pocos fallos en la atención, normalmente son siempre los mismos los que fallan aunque es minoritario”, “sí, aunque a veces van con mucha prisa”, “los auxiliares son mis amigos, me quieren. Yo no necesito mucha atención por lo que hoy por hoy estoy contento con todo”, “me parece bien, aunque a veces tengo que esperar demasiado”, “hay días que nos dan mucha prisa y yo estoy muy lentita. Me gustaría que esos días no me den tanta prisa”, “está todo bien, aunque es muy difícil dar lo que uno quiere, algunos no saben ni lo que quieren”, “está todo muy bien, como en mi casa”, “si me gusta, pero me gustaría recibir más atención”, “que fueran más, para que no tengan que cansarse tanto y así todos estaríamos mejor”, “sí, me parece bien el trato recibido por lo que no cambiaría nada”, “sí, nos cuidan muy bien. Lo que cambiaría quizás es que hay muchas normas y uno nunca está como en su casa”.

Prácticamente la totalidad de las personas mayores entrevistadas se muestran satisfechas con el trato recibido por el personal de los centros, percibiendo un trato cercano y amable, aunque algunos echan en falta que el trato fuese mejor, pero en una minoría. Varios participantes señalan que perciben en ocasiones prisas y falta de tiempo del personal, también hacen referencia a los horarios entre otras cuestiones.

✓ **¿Ve o habla con su familia y amistades con frecuencia? (nº visitas, llamadas telefónicas, etc.).**

El 64,5% de las personas entrevistadas dice que sí habla o ve a su familia con frecuencia, frente a un 30,6% que responde que no. Un 4,9% no contesta a esta pregunta.

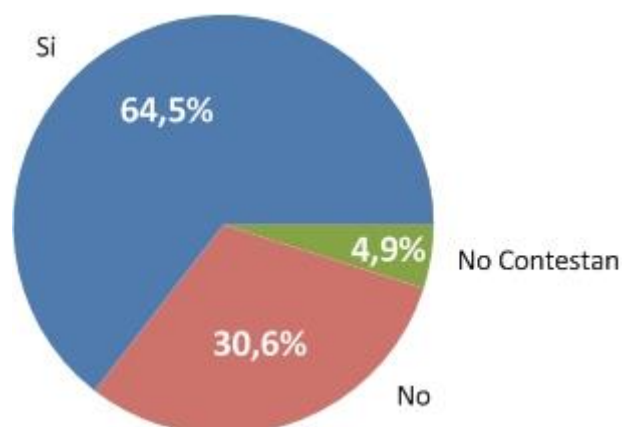


Ilustración 19. Contacto con familia y amigos

Algunas de las personas que responden sí, expresan que les gustaría que fuesen más, aunque consideran que son suficientes las visitas y llamadas.

Se presentan a continuación algunas de las respuestas dadas por las personas entrevistadas: “me queda un hermano, nos vemos en vacaciones cuando mis sobrinos pueden”, “sí, me llaman toda la semanas. Más hace el que quiere que el que puede”, “una visita los domingos y teléfono tres veces a la semana. No me parece suficiente”, “no, las visitas casi nunca, una vez al año. No me parece suficiente”, “mi hijo viene diariamente y me hace dos o tres llamadas al día. Visitas de hermanas todas las semanas y amistades. Sí, me parece suficiente”, “veo a mi familia los domingos y diariamente me llaman. Sí, me parece suficiente no pueden venir más”, “sí, casi todos los días. Me parece suficiente”, “sí, tengo móvil y hablo con ellos todos los días. Les veo casi todas las semanas.”, “sí, frecuentemente viene mi hermano que vive en el pueblo, estoy muy contento porque sé que él está bien al verlo tan a menudo”, “pocas veces, no me parece suficiente pero es que no tienen tiempo”, “sí, todos los fines de semana veo a la familia y mi nieto. El mayor, viene también entre semana. Sí, me parece suficiente”, “sí, cuando estaba fuera de la residencia había más relación, éramos vecinas, ahora ya cada vez menos”, “sí, hablo por teléfono dos veces por semana y me visitan una vez por semana, me parecen pocas”, “más que otra forma llamadas telefónicas”, “mi hija viene cada día a acostarme, los

demás cuando pueden. No me voy a quejar”, “sí, varias veces a la semana. Sí, me parece suficiente porque en ningún momento me siento sola”, “sí, vivo con mi mujer en el centro. Hablo por teléfono con mi hijo todos los días porque trabaja fuera y viaja mucho y al resto los veo más o menos con frecuencia. A mi hijo me gustaría verlo más porque está lejos casi siempre”, “sí, todas las semanas. Sí, me parece suficiente”, “cuatro veces visitas y ninguna llamada telefónica. Me gustaría que vinieran más veces”, “me visitan una vez a la semana, y si no me llaman”, “nos vemos dos o tres veces por semana, a veces me llaman mis nietos”, “Bueno..., hablo todos los días, mi nieta estudia aquí y viene mucho a verme. Sí, me parece suficiente”, “mi hija, que vive en Madrid, es enfermera y pertenece a Médicos sin fronteras y pasa mucho tiempo fuera, me visita una vez al mes y por teléfono hablamos un día sí y otro no. Cuanto más te visite tu familia mejor”, “sí, a menudo”, “de vez en cuando porque están en Lérida. No me parece suficiente”, “sí, vienen casi todas las semanas y si no me llaman, me parece suficiente”, “una vez por semana voy con ellos fuera de la residencia, vienen a por mí mis sobrinos, me parece suficiente pero me gustaría ver más a mis otros sobrinos, aunque me llaman por teléfono, están en Barcelona...”, “sí, todas las semanas vienen a verme y a diario me llaman, me parece suficiente porque tienen ocupaciones y yo siento que estoy bien atendida”, “sí, mi hija me llama todos los días y me visita una vez o dos por semana. Bueno, no me parece suficiente, pero entiendo su situación, tiene que trabajar y llevar una casa”, “no, porque vivía con mi hermano y se murió”, “todos los días me llaman familiares, las visitas cada semana, a mis hermanas las veo casi todos los días. Sí, me parece suficiente porque todos los días habla tanto con sus hijas como con sus hermanas”, “poco con la familia, más con las amistades del pueblo, me gustaría verlos más”, “sí, continuamente, me parece bien”, “no mucho, de vez en cuando. No me parece suficiente”, “sí, mi hijo, mi nuera, me llaman tres veces mis sobrinos, mi hijo los domingos por la tarde y mis amigos vienen desde Madrid una vez al mes. No me parece suficiente, pero comprendo que tienen que hacer cosas”, “no, muy poco. No me parece suficiente”, “una visita y ninguna llamada telefónica. No me parece suficiente, me gustaría que vinieran a verme más y también más llamadas telefónicas”, “familia cercana no tengo, soy hija única, soltera y mis padres ya han muerto, pero sí que tengo tres amigas que al menos

una vez al mes vienen a visitarme”, “no, porque no tengo familia cercana”, “sí, me llaman a menudo y me visitan con frecuencia, ellos también tienen sus cosas. Si te refieres a la frecuencia de visitas, pues sí, hay otros que no visitan a sus familias”, “sí, frecuentemente, me parece suficiente”, “claro, mi hija trabaja aquí y mis nietos y mis otros dos hijos vienen mucho. Como cuando estaba en mi casa, lo malo es que ahora yo no les puedo dar la merienda aquí (se emociona)”, “sí, entre semana vienen mis hijos y los fines de semana, cuando vienen mis nietos no tienen cole, vienen muchos de ellos. Sí, me parece suficiente”, “sí, periódicamente hablo con mi familia, una vez cada dos días aproximadamente y vienen a visitarme frecuentemente, no obstante vivo en la residencia con mi marido. No me parece suficiente, me gustaría verlos más a menudo, pero tienen muchas cosas que hacer”.

Muchos de los participantes soy viudos/as, en algunos casos expresan echar de menos a su pareja, también queda reflejado en sus respuestas, la dificultad que sus familiares tienen para compatibilizar la vida familiar y laboral o el poder atender o visitar más a los padres: “sí, todos los domingos o algún fin de semana entero voy a casa de mi hijo que vive cerquita, cada día me llaman y hablo con mi hijo, mis nietos y la mujer de mi hijo, y cada día le rezo a mi marido a quien echo de menos y sé que me oye allí donde esté. Me gustaría verlos cada día, claro, pero hoy en día van todos muy apurados, en su casa no hay mucho sitio, pero sé que recibo muchas más visitas que otros ancianos, sé que me quieren y me lo demuestran cuando nos vemos y me llaman”.

En las respuestas negativas se puede observar que un factor que limita el contacto familiar es la distancia entre el lugar de residencia del familiar y la ubicación de la residencia o domicilio de la persona mayor. En otros casos son personas mayores sin hijos, o que ya han perdido a una parte importante de su familia más cercana. Aunque muchos manifiestan que les gustaría ver más a sus familiares, en la mayoría de los casos justifican su poca frecuencia de visitas (“están lejos”).

✓ **¿Cómo ocupaba su tiempo libre antes de venir a la residencia?**

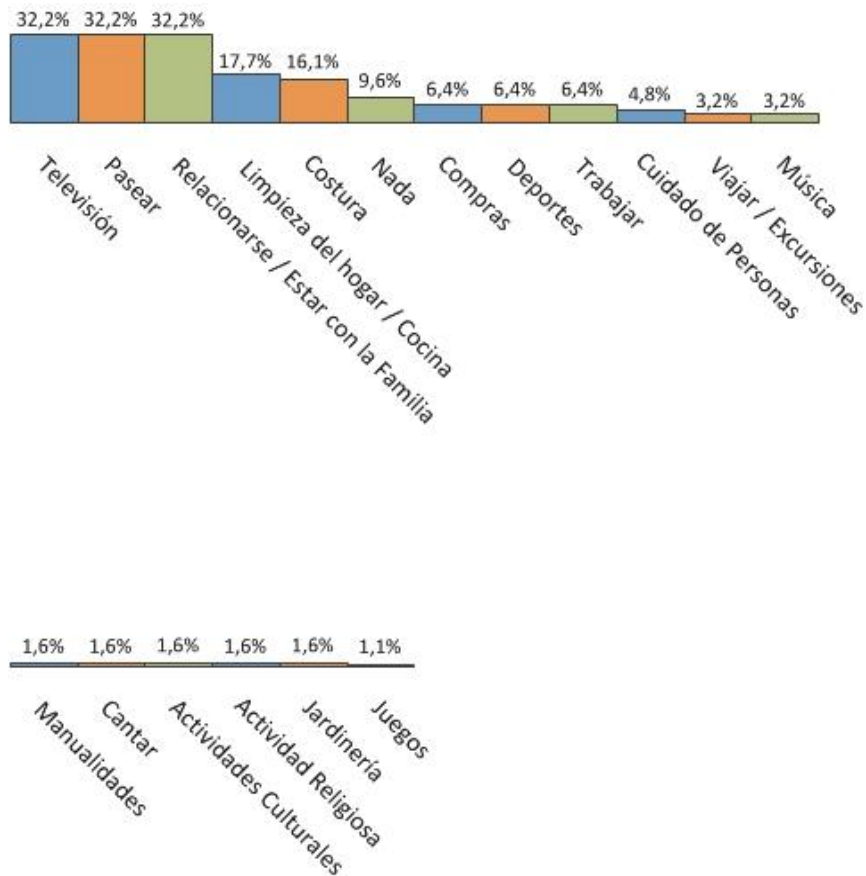


Ilustración 20. Actividades antes de acudir al centro

En esta cuestión la persona mayor mencionaba diferentes actividades en la mayor parte de los casos. Las actividades más frecuentes en las que los mayores ocupaban el tiempo antes de acudir al centro de día o residencia eran ver la televisión, pasear, relacionarse o estar con la familia o amigos/as, todas éstas en el 32,2 % de los participantes. A continuación estarían actividades relacionadas con la limpieza y cocina (17,7 %) y con la costura (16,1 %). El 9,6 % de la muestra responde que no hacía nada, con respuestas del tipo “los días eran muy largos”, “deprimida, la residencia me ha dado la vida”, “estaba deprimida y hacía pocas cosas”, “padecer, desear de venir aquí”, etc.

Actividades como comprar, hacer deporte y “trabajar” (donde en muchos casos especificaban actividades en el campo), han sido expresadas por un 6,4 % de los participantes.

Un 4,8 % expresa que parte de su tiempo lo dedicaba al cuidado de algún familiar, en muchos casos nietos (“cuidar a los nietos”). Otras actividades mencionadas han sido: viajar/excursiones (3,2 %), música (3,2 %), manualidades (1,6 %), cantar (1,6 %), actividades culturales (1,6 %), actividad religiosa (1,6 %), jardinería (1,6 %) y juegos (1,1 %).

Se exponen algunas de las respuestas dadas por los participantes: “salir a pasear con mi cuñada, hermano y sobrinos“, “ver la televisión, leer y coser“, “visitaba el hogar del pensionista, pasear...“, “en casa, paseando y cocinando“, “en el campo“, “antes igual que ahora: pintar, coser, leer, salir a reuniones“, “viendo las novelas“, “paseos con mi esposa, nos hacíamos compañía“, “leyendo o viendo la TV, daba algunos paseos“, “paseaba, charlaba con los vecinos y mucha televisión. Los días eran muy largos“, “trabajar en el campo y cuidando a mi hermana (pasear con ella, hacer de comer, tareas domésticas)“, “me encantaba salir a comprar, tomar café con las amigas, mirar tiendas, ir al parque, etc. Nunca paraba en mi casa“, “ver la TV, hablar con mis hijos, cuidar a los nietos...“, “con la lectura, paseo y ver la televisión“, “cuidar plantas, ver la televisión, leer el periódico“, “desempeñando mi trabajo como médico. Un año después de jubilarme me vine aquí hasta hoy“, “en casa con mis hermanas realizando costura“, “trabajando en mi cortijo, que tengo tierra“, “viendo la tele“, “me gustaba mucho cantar fandangos y coser“, “limpiar, ver la tele...“, “pues con los pocos que quedamos en el barrio“, “visitando mis vecinas, dando paseos con ellas, estando con mi familia“, “me gusta hacer labores, coser, punto y ver las novelas de la televisión“, “iba a pasear con mi familia, mis nietos y sobre todo de acampada cuando podía“, “con las vecinas“, “compartía los días en casa con mi hermano y eran muy bonitos, pero no hacíamos nada anormal“, “jugaba al fútbol, ayudaba en casa, ver la tele, oír música“, “salía a andar con mis hermanas, leo mucho y me interesa mucho la historia de España“, “visitando a mis amigas, andando, haciendo manualidades y en la escuela de mayores“, “fregaba la casa,

hacía de comer con mi madre, escuchaba música, veía la televisión...“, “viendo la tele y cosiendo“, ”estudiaba, tenía salidas, como en la residencia actualmente, todo igual“, “iba a pasear, al parque, a la playa“, ”con mi marido, dar paseos, ir a ver a mis nietos..., nunca he sido de salir mucho“, ”en mi casa no me aburría, siempre hacía cosas, era otro tiempo pero ahora estamos mayores“, ”viendo la tele, saliendo con la bici“, ”hacía bolillos, cortinillas, salía a pasear, a comprar, veía la tele“, “aunque estaba jubilada, iba con mi marido a hacer la compra, al cine, paseaba, al teatro, exposiciones”.

✓ **¿Antes estaba más o menos activo que ahora? ¿Por qué?**

El 40,3% de los entrevistados refiere que antes de acudir al Centro de Día o Residencia estaba más activo, frente a un 30,6% que dice que estaba menos activo y un 29,1% que igual de activo que ahora.



Ilustración 21. Actividad antes-después de acudir al centro

Se presentan algunas de las respuestas dadas:

“Igual. Soy muy activo y sociable”, “sí, porque no tenía la incapacidad física que tengo ahora”, “no, como ahora”, “igual que ahora, hombre algo más porque trabajaba”, “menos, ahora estoy más activa porque hay más cosas que hacer y

me gusta sentirme útil”, “más, porque no me había quedado yo tan acomplejada de que cada vez puedo hacer menos, desde que me dio el ictus”, “antes salía más a la calle, a comprar, a la peluquería, etc. La residencia está lejos y tengo que depender de autobús con lo que me cuesta más salir y llevar la vida que llevaba antes”, “antes de cortarme la pierna y estar en la silla me iba todas las tardes al campo con mi nieto Antonio, pero con la silla salgo al mercado y todo menos, porque pasaba más tiempo sola”, “menos activa, comía más y me voy a menos”, “en casa estaba más activa porque hacía más cosas”, “igual que ahora, me rompí la cadera y ahora me muevo muy poquito a poco, aquí me atienden y me ayudan bastante porque mi hijo y su mujer trabajan todo el día y no podían atenderme”, “porque me sentía más fuerte y podía valerme un poco más, “no lo recuerdo”, “igual, no ha cambiado mucho la actividad que llevo”, “más activa, por motivos laborales, “menos activa porque estaba sola, me aburría más”, “más activa, porque tenía más responsabilidades de las que encargarme”, “tenía el trajín diario de una casa y la vida que era de otra forma”, “igual, porque aunque esté aquí me voy a la tierra y echo mis ratillos”, “no, por problemas físicos y varias operaciones”, “menos, tenía depresión por la muerte de mi marido”, “igual de activo, porque estoy igual que antes de llegar”, “menos, porque sufrí dos operaciones y ahora en la recuperación estoy más activo”, “estaba más activa, pero aquí tampoco estoy pasiva”, “ahora menos activo, iba al campo a ayudar, no me dolía nada”, “más, porque ahora estoy en silla de ruedas”, “menos, porque estaba en una huerta (regaba, cuidando animales...)”, “menos, porque mi vida era aburrida”, “sí, mucho más. Iba a pasear por el pueblo, conversaba con la gente”, “estaba más activa, ahora soy más vieja y poco a poco se va perdiendo agilidad”, “tenía la misma actividad porque hacía gimnasio, leía, salía a andar”, “exactamente igual”, “estaba un poco más activa porque estaba mejor físicamente”, “antes estaba matriculado en la universidad popular, hacía manualidades, memoria mental, taichi”, “no, igual, por mi enfermedad que me impide tener una movilidad normal”, “sí, en mi pueblo estaba más activo, porque corría más, trabajaba más y me gustaba más el tipo de trabajo”, “ahora estoy menos activa, ya llevo ocho años aquí, y cada vez estoy peor, apenas veo ni oigo, y ya me ves, con la silla de ruedas poco me puedo mover, ya menos,

porque ahora tengo rutinas diarias”, “igual, porque realizo más o menos las mismas cosas que en casa”, “siempre he sido activo porque soy muy nervioso”.

Entre las actividades que las personas mayores refieren que realizaban antes de acudir al Centro de Día o Residencia están: pasear, labores de costura, actividades religiosas, hacer excursiones, tareas domésticas, relacionarse con amigos y familiares, juegos de mesa, lectura, oír música y ver la televisión entre otras. Algunos de los mayores dicen estar menos activos ahora que antes de acudir al centro, en la mayoría de los casos debido a tener más limitaciones físicas o sensoriales, sobre todo dificultad en la movilidad. Otro aspecto que expresa alguno de los participantes para estar menos activo es la localización del centro y la distancia que hay desde este a lugares donde antes acudía y el depender de transporte público para desplazarse.

Sin embargo, muchos de los mayores dicen estar más activos ahora, expresando que antes de acudir al centro estaban con bajo estado de ánimo, “que los días eran muy largos” y en muchos casos se aburrían y que ahora están más distraídos y hacen más cosas.

✓ **¿Echa de menos algo de lo que antes hacía que ahora no haga?**

El 66,1% de los entrevistados responde que sí echa de menos algo de lo que antes hacía y ahora no hace, el 30,7% dice no echar de menos nada y el 3,2% no contesta.

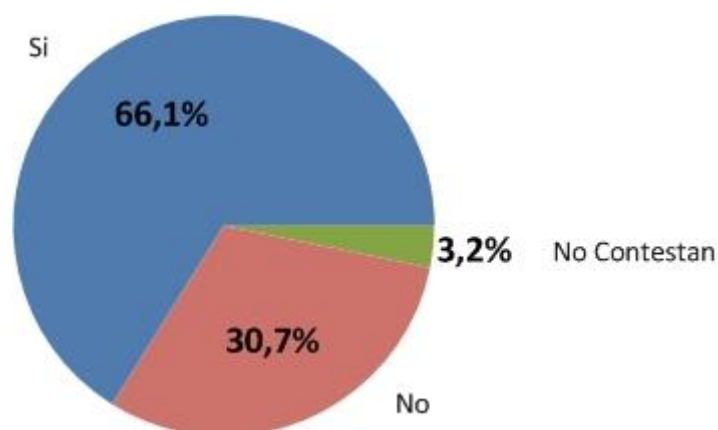


Ilustración 22. Echar de menos algo anterior

✓ ¿Qué echa de menos?

Además de las respuestas que dicen no echar de menos nada, otras respuestas han sido: “la vida familiar”, “sí, hacer punto y las labores de la casa”, “sí, salir, estar con mis hijos, nietos, estar en mi casa...”, “salir al mercado, lo hacía con mi mujer, las charlas con las pescaderas y mancebas. Al pueblo se le puede conocer por su mercado”, “lo que te acabo de decir, antes salía más e iba al parque, a comprar y mirar tiendas, etc. Ahora todo me pilla más lejos”, “estar con mis nietos”, “no, sigo haciendo todo”, “sí, visitar el mar todos los días”, “ir al campo a regar todos los días, y ahora ya no puedo”, “hago más o menos las mismas cosas en casa, no echo de menos nada básicamente”, “andar y hacer mis cosas en la casa, ir sola al cementerio a ver a su marido y mi yerno”, “los paseos con mi mujer”, “sí, pasar más tiempo con mi familia y estar con mi marido”, “sí, que sembrar y estar en el campo”, “echo de menos estar con mis padres, el trabajo que hacía y mis amigos”, “no, sigo haciendo casi todo”, “echo de menos ayudar a mi madre en su casa”, “tener compañía femenina”, “juventud, con salud y juventud se hace de todo, ahora hay que adaptarse a lo que hay”, “sí, mi pueblo, pasear por él”, “coser, pero no puedo porque tengo la vista mala”, “no tenía horarios como ahora”, “caminar sin miedo a volver a caerme”, “a mi marido y a mi hijo”, “sí, salir, ver a mis amigas de toda la vida, el estar en mi

casa. Hago lo que tengo ganas y trabajo menos que antes, será que estoy más cansada”, “cosas como elegir lo que cocinar, comer a la hora que quería...”, “no, porque en la residencia hago más actividades que antes, tengo menos tiempo para trabajar, mi marido se murió hace ocho años y lo hacíamos todos juntos, estuvimos casados 50 años”, “sí, andar por mí misma y no tener que depender de nadie”, “lo que no hago ahora es porque no lo puedo hacer, eso tengo que aceptarlo tal y como es”, “sí, porque no tengo la misma movilidad desde que me dio el ictus”, “sí, estas clases de memoria mental y las manualidades”, “sí, el salir a andar, debido a que ya me es imposible por un problema en la pierna, “compartir momentos con mi hermano y hablar con él”, “antes me quedaba más tarde viendo la televisión”, “hacer cosas como antes, pero mi estado de salud se lo impide.

Muchas de las personas mayores echan de menos alguna de las cosas que realizaba antes como la relación con amigos y amigas, determinadas actividades y aficiones que realizaban, compartir momentos con la familia y amigos, actividades de ocio, etc. También aparecen en sus respuestas las limitaciones físicas y echar de menos el ser autónomo para todo. Los factores que no permiten la realización de esas actividades son principalmente déficits visuales, la incapacidad física y la distancia respecto al lugar de residencia anterior.

✓ **¿Qué actividades se llevan a cabo en el centro?**

Se exponen las actividades que han señalado los participantes, con el porcentaje de personas que las han nombrado, por lo que se considera que las que aparecen con un porcentaje más alto son las que se ofrecen en más centros, aunque estos porcentajes tendrían ciertos matices, ya que hay actividades que se ofertan y los participantes no las nombran.

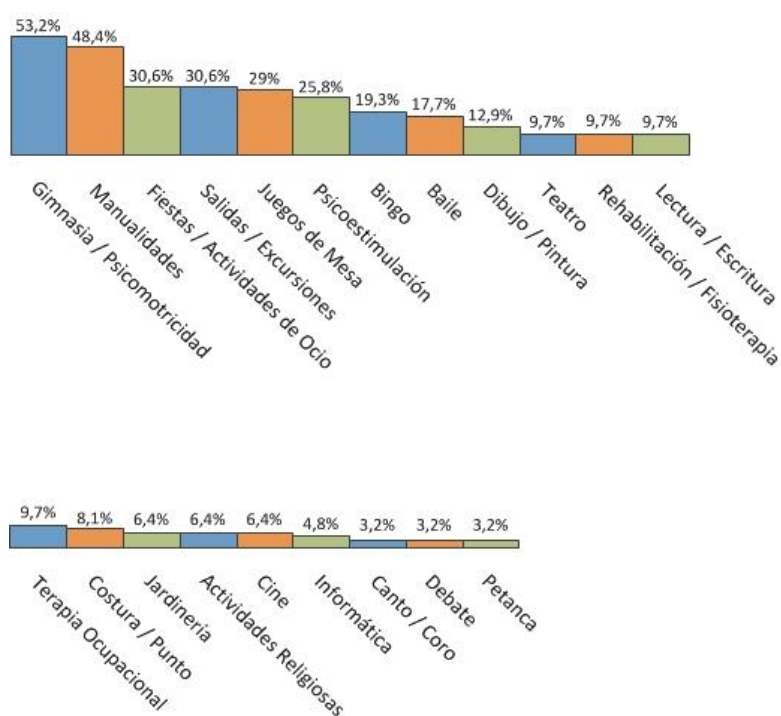


Ilustración 23. Actividades que se realizan en el centro

Las actividades más nombradas por los participantes son gimnasia y psicomotricidad (53,2 %) y manualidades (48,4 %). A continuación estarían las fiestas y actividades de ocio (30,6 %), las salidas y excursiones (30,6 %), los juegos de mesa (29 %), psicoestimulación (25,8 %), bingo (19,3 %), baile (17,7 %) y el dibujo y pintura (12,9 %).

Otras actividades que mencionan los participantes que se realizan en los Centros de Día y Residencias, aunque con menor frecuencia son: teatro (9,7%), actividades de rehabilitación y fisioterapia (9,7 %), lectura, escritura y alfabetización (9,7%), terapia ocupacional (9,7%), costura y punto (8,1%), huerto y jardinería (6,4%), actividades religiosas (6,4%) cine (6,4%), informática (4,8%), canto y coro (3,2%), petanca (3,2 %) y debates, tertulias y charlas (3,2%).

✓ **¿Le agradan las actividades que se realizan? ¿Por qué?**

En la pregunta acerca de si le agradan las actividades que se ofrecen en el centro, un 96,8% de los participantes han respondido que sí, un 1,6 % que no y otro 1,6 % que con algunas de ellas.

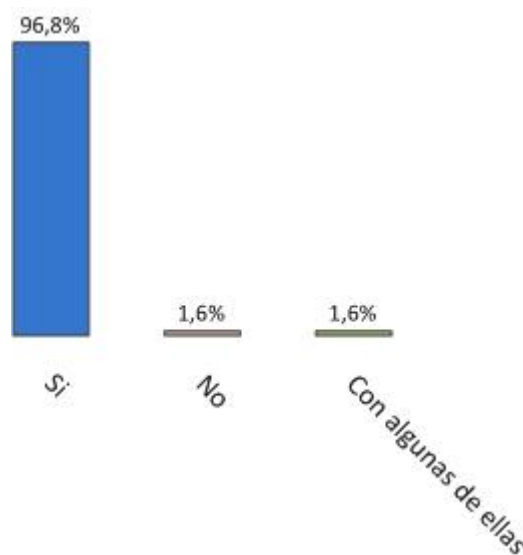


Ilustración 24. Satisfacción con las actividades

Una persona que dice sí, expresa que añadiría más. La persona que dice que no le agradan dice “considero que se pierde el tiempo”. Por lo tanto, casi la totalidad de los participantes dicen agradecerle las actividades, excepto a dos personas.

✓ **Motivos de satisfacción con las actividades:**

Algunos de los motivos por los que han expresado que estaban satisfechos han sido: “el estar ocupado, distracción, diversión, reírse, entretenimiento, ayudan a pasar el tiempo, son buenas, se trabaja la mente,

hacen pensar, divertidas, me ayudan a estar mejor, estar ocupado, se aprende, estar ocupado, me gustan, sentirse útiles, las elegimos nosotros, sentirme mejor físicamente, diversión, relacionarse con compañeros, interesantes”.

Se exponen algunas de las respuestas dadas por los participantes: “sí, hay competiciones de dominó, “sí, porque nos reímos mucho, “sí, me gustan y me entretienen, “sí, porque me mantengo ocupado todo el día y aprendo, “sí, porque cuanto más sepa mejor y más entretenida”, “sí, porque son bonitas y entretenidas”, “sí, porque me mantengo ocupada y son divertidas, “sí, me gustan las de salir a la calle a ver cosas y a fiestas, pero ya no estoy para estos trotes, la furgoneta cada vez me cuesta más trabajo subir y bajar, “sí, porque está bien, es bueno para nosotros, la cabeza trabaja, “sí, porque me ayudan a pasar el tiempo”, “sí, nos entretenemos”, “sí, son divertidas”, “sí, porque me entretienen”, “sí, porque estoy entretenido y sobretodo con la gimnasia que me ayuda a estar mejor”, “sí, porque me entretengo mucho”, “sí, aunque añadiría otras más”, “sí, porque me entretiene”, “sí, me entretengo mucho”, “sí, nos entretienen y son muy agradables”, “sí, las encuentro divertidas”, “sí, son las adecuadas”, “sí, porque hacen pensar a pesar de lo enfermos que están”, “sí, son bonitas y divertidas”, “sí, porque nos mantienen muy entretenidos”, “sí, porque hacen algunas cosas que me gustan”, “sí, me gustan mucho y me entretienen”, “sí, porque me distraigo”, “sí, mucho”, “sí, porque se pasa el tiempo amenamente y nos distraemos”, “sí, porque así estamos entretenidos y tenemos un rato de pasarlo bien”, “algunas de ellas”, “sí, todo lo bueno me gusta a mí. En misas escuchas cosas buenas, y el rezo igual”, “todas son buenas y nos distraen, nos hacen sentirnos útiles”, “sí, me divierto”, “sí, porque me mantienen activa”, “sí, porque recuerdo cosas que hacía cuando era joven”, “sí, porque me gusta todo lo que sea distraerme”, “sí, hay que hacerlas y yo las hago todas”, “porque estoy con más gente y me entretengo”, “sí, es una manera de salir de la rutina y entretenerse un poco”, “sí, porque podemos participar en todas y son muy divertidas, “sí, porque me relaciono con muchos compañeros y me divierto en carnaval, teatro, etc.”, “sí, porque me gusta el cante”, “sí, me entretienen, lo hacen ameno y son simpáticos”, “yo voy a la peluquería, a rehabilitación y a misa de vez en cuando, no tengo ganas”, “sí, me mantienen distraída y también así no

se me olvida la escritura”, “sí, porque las elegimos nosotros”, “así estamos entretenidos y nos gustan”, “sí, porque están bien y participo en todas las que puedo”, “sí, porque me gustan mucho”, “sí, son útiles”, “mucho, porque me entretienen”, “sí, habrá a quien le guste una y otra no”, “sí, porque me lo paso muy bien”, “sí, porque algunas de ellas son muy divertidas”, “sí, porque me parecen interesantes y entretenidas”, “sí, me distraigo mucho”, “sí, para aprender cosas y estar mejor físicamente”.

Como podemos ver, la mayor parte de las respuestas hacen referencia a la distracción, entretenimiento y la diversión. Otros aspectos que las personas mayores encuentran positivos de las actividades hacen referencia a estar con otras personas, relacionarse y estar en grupo. Por otro lado, parece que otro motivo de satisfacción es que las actividades les permiten mantener ciertas capacidades y no olvidar aprendizajes (“nos vienen bien”, “así no me olvido de escribir”, “la mente trabaja”).

✓ ¿Participa en las actividades que se realizan?

Respecto a la cuestión que preguntaba a la persona sobre su participación en las actividades que se realizan, un 61,3 % ha respondido que sí, un 4,9 % que no, un 14,5 % que en la mayoría, un 17,7 % que en algunas y un 1,6 % no contesta.

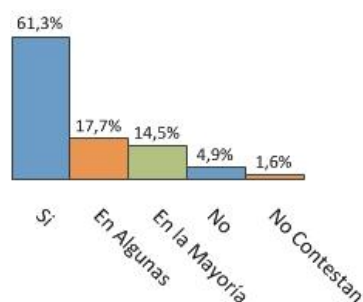


Ilustración 25. Participación en actividades

Algunos de las personas mayores especifican que no participan en todas las actividades por imposibilidad en algunos momentos (cansancio) o por dificultad física.

✓ **¿En cuáles participa? ¿Por qué?**

En la cuestión en que se preguntaba en qué actividades participan, las respuestas dadas han sido diferentes dependiendo de la persona, aunque algunas actividades han sido nombradas por un mayor número de personas.

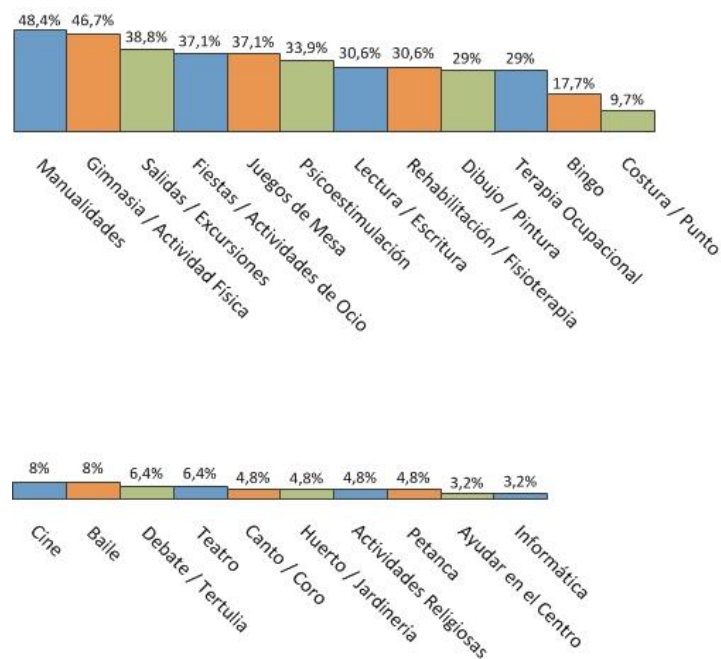


Ilustración 26. Actividades en que participan

Observando los resultados vemos que las actividades de mayor participación son manualidades (48,4%) y gimnasia (46,7%), seguidas de salidas y excursiones (38,8%), fiestas, actividades de ocio (37,1%), juegos de mesa (37,1%) y psicoestimulación (33,9%).

Con menos participación aparecen la lectura y escritura (30,6 %), actividades de rehabilitación y fisioterapia (30,6%), dibujo y pintura (29%), actividades de terapia ocupacional (29%) y bingo (17,7%).

También aparecen, aunque con una participación más baja, actividades de costura y punto, cine, baile, debates y tertulias, teatro, canto y coro, actividades de huerto y jardinería, actividades religiosas, petanca, actividades que suponen ayudar en el centro e informática.

Se debe de tener en cuenta, que algunas de las actividades que las personas mayores nombran con menos frecuencia, también son actividades que se realizan en un menos número de centros.

✓ **Motivos de participación:**

- ¿Por qué participa en estas actividades?

El motivo más frecuente por el que las personas mayores dicen participar en las actividades hace referencia a gustos personales y a que les resultan agradables las mismas (59,7%). Seguido de este motivo están los referidos a la capacidad, donde entrarían respuestas que expresan que se les da bien esa actividad, que tienen capacidad para realizarla o que la actividad les hace sentirse con capacidad (11,3%). Con la misma frecuencia a este estaría el que expresa entretenimiento, estar ocupado o no aburrirse.

El siguiente motivo para participar en las actividades por orden de frecuencia es el que expresa estar con los demás o relacionarse (6,4 %). Otros motivos que aparecen para participar en las actividades, aunque con menos frecuencia que los anteriores son “pasarlos bien, diversión” (3,2%), “sentirse bien con uno mismo” (3,2%), “útiles, se obtiene algún beneficio con su realización” (3,2 %) y “aprender” (1,6 %).

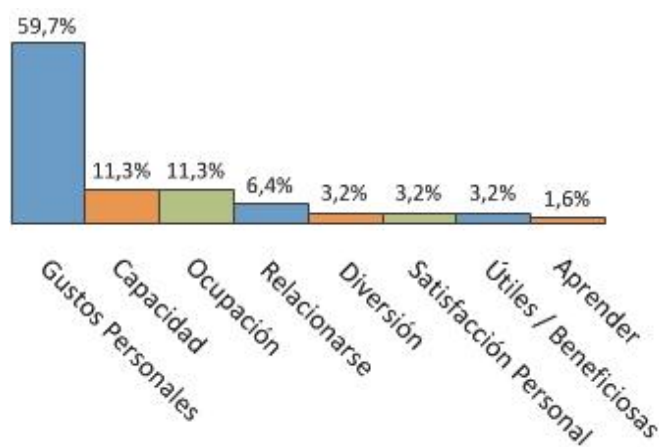


Ilustración 27. Motivos de participación

✓ **¿En cuáles no participa? ¿Por qué?**

Un número importante de las personas mayores dice que les agrada todo y participan en todas (N=37). Se puede decir en términos generales, que no hay diferencias claras entre unas actividades u otras, por lo que nos resulta difícil señalar las actividades de menos participación. Todas las actividades aparecen en menor o mayor medida mencionadas por alguno de los participantes, como actividad de no participación. Entre las que nombran en este ítem no hay ninguna que aparezca con alta frecuencia. Parece que habría como dos categorías de actividades para dos perfiles de mayores diferentes, que serían las de menos participación, suponemos que dependiendo de su dificultad (física o cognitiva). Otro aspecto relevante serían los propios gustos personales.

Se presentan algunas de las respuestas dadas: “Todas están bien, según para quien”, “baile, algunas manualidades... Por mi incapacidad física”, “en cursos formativos porque estoy muy mayor y ya bastante que aprendo informática”, “talleres y excursiones”, “en talleres por mi discapacidad física y porque son para personas más activas y excursiones porque no me apetece”, “informática, porque no veo bien y lo desconozco”, “excursiones, porque tengo muchos años y no aguanto sin descansar”, “psicomotricidad, no puedo con las piernas”, “en el baile, porque me da miedo caerme”, “en ninguna, siempre que

puedo participo en las actividades”, “suelo hacerlo en casi todas, pero si estoy pachuchilla o algo no las hago”, “juegos de cartas, las realizan los hombres”, “no voy a la capilla y a la peluquería porque no me gustan”, “en las competiciones deportivas ya que no puedo”, “en la actividad física”, “si no participo más es porque estoy en mi costura y mis cosas”, “con juegos de mesa, no son mi fuerte”, “actividades físicas por problemas de salud”, “en las otras porque no me gustan y como son también más temprano casi todas”, “en las que no tengo tiempo de ir”, “todas las referentes a manualidades y en las que entre la capacidad visual ya que son limitaciones mías”, “en los de memoria, porque no tengo habilidad”, “en la gimnasia si alguna vez tengo demasiados dolores”, “hay algunas actividades físicas que con la fisioterapeuta no puedo realizar por mis problemas de espalda”, “en lectura y cosas así”, “en las de matemáticas, porque creo que ya no puedo pensar tanto”, “sí, en los ejercicios que supongan mucho esfuerzo”, “en las que no me apetece ese día”, “en las que sea necesario caminar”, “teatro y otros”, “informática porque no se me da bien”, “gimnasia, pero me obligan”, “estoy bastante impedida”, “las películas, el cine, me quedo dormida”, “teatro, no me apetece”, “laborterapia”, “gimnasio, no me apetece hacer ejercicio”, “no lo sé”, “las de potenciar la memoria, taller de manualidades... Porque me gustan menos”.

El motivo más citado para no participar en determinadas actividades hace referencia a las preferencias personales, seguido de algún tipo de dificultad, ya sea de tipo físico o sensorial o porque la persona considera que la actividad no se le da bien. Otro de los motivos para no participar que expresan es la falta de motivación o que suponen mucho esfuerzo (mental o físico).

✓ **¿Qué le agrada y qué no le agrada de las actividades que se llevan a cabo?**

Las respuesta más frecuentes son del tipo “me agrada todo”, “no sé”. “todo”, “me gusta todo”.

Otras respuestas dadas son: “no me gusta el baile, pero porque no puedo bailar, “todas me agradan y me parecen interesantes”, todo, lo que no me gusta son los ordenadores, lo demás me agrada porque es entretenido, la memoria se debería adaptar al nivel de formación“, “el relacionarme”, “a veces que son muy cortas las salidas”, “lo único que no me agrada son algunos horarios porque salgo a pasear y no puedo asistir” ,“me agradan todas porque estoy distraído”, “me agrada las ganas de vivir que te da las pequeñas cosas y no me agrada que sólo sean pocos días a la semana”, “no me aburro, mis compañeros me distraen”, “no puede realizar algunas de ellas“, “me gustan los juegos de mesa“, “la megafonía no funciona bien en la capilla y no oímos bien“, “me gusta porque son las adecuadas“, “me gusta todo, pasamos un rato bueno, aunque a veces participa poca gente“, “tengo preferencias pero me gustan todas“, “me gusta que te relacionas con todos y te lo pasas bien“, “no me gusta nada“, “me agrada que pueda hacerlas y no me agrada que no sea capaz“, “estoy de acuerdo en todas“, “me agrada todo lo que hago porque es lo que me gusta“, “le agradan todas ya que son dinámicas y divertidas“, “en general, me agrada todo lo que se hace, no me gusta la desmotivación de los residentes de cara a las actividades“, “me gusta la gente que las hace conmigo“, “me gustan las actuaciones, excursiones, villancicos de Navidad, concurso de gastronomía“, “me agrada el cante y el teatro más que nada. Los chismes no me agradan“, “me agrada mucho el compañerismo que hay entre todos los residentes que participan en ellas“, “me gusta todo, pero la gimnasia no mucho“, “tienen mucho follón en la organización y hacen esperar mucho“, “me agrada que los profesores son muy agradables y no me desagrada nada“, “me agrada la temática de ellas y no me gustan los horarios“, “me gusta que hagan cosas y no estén siempre quietos“, “me agradan todas, salvo la gimnasia“, “le gusta todo, no soy delicado“, “me gustan mucho las manualidades“, “eso depende de cada uno“, “que hay veces que la chica que lleva la actividad está muy agobiada porque somos muchos”.

Los mayores expresan en general que les agrada casi todo respecto a las actividades, aunque expresan algunos aspectos a mejorar, como el horario, la dificultad para realizar algunas, etc. Observando las respuestas dadas por las personas mayores, se puede observar que es importante informar sobre las

actividades, que estas se adapten a la capacidad de la persona mayor y que el profesional que las lleva a cabo sepa conectar con la persona.

✓ **¿Qué cambiaría de las actividades que se realizan para mejorarlas?**

Los participantes han dado pocas respuestas de propuestas o posibles cambios y mejoras en las actividades. La respuesta más frecuente es “nada”, “no sé”, “ninguno”, “no cambiaría nada”, “no añadiría nada”, “está todo muy bien”, etc.

Se presentan las respuestas que han hecho alguna aportación o sugerencias de mejora: “grupos de discusión, cine, grupos de teatro, canto, rondalla otros similares”, “fiestas”, “adaptarlas a las personas que no pueden realizarlas”, “nada, o que hubiese más profesionales”, “que se fijasen en el nivel formativo”, “que estemos más mayores que podamos hacer cosas, la mayoría de los que entran parecen que vienen a morir y con los hombres de antes son muy atrasados de machistas”, “son muchas actividades”, “hacer más variaciones”, “más horas diarias”, “que haya más hombres como yo”, “que pudiera haber juegos de canciones para poder cantar, que haya más participación por parte de la residencia, que propusieran más excursiones y salidas”, “la cosa es echar el rato, no cambiaría nada, sólo el tiempo y la salud”, “las veo todas bien y adaptadas a mis capacidades, haría un programa de sensibilización para fomentar la participación de la gente en la actividad”, “que se organizaran más a menudo”, “que se hicieran más excursiones y más actividades en el jardín exterior”, “el taller de manualidades lo mejoraría, haría más variedad de cosas”, “me parecen bien todas, cada uno hace las que puede”, “le dedicaría más tiempo al teatro pero no tenemos monitor”, “que hubiese mejor relación entre nosotros en toda actividad”, “en el tiempo libre jugamos a las cartas, hablamos”, “yo no puedo hacer eso, eso lo hacen los que tienen los estudios”, “que se realizasen más a menudo, dedicándole más tiempo y que se realizasen otras actividades alternativas para los mayores que con los problemas de salir no podamos hacer”.

Con las respuestas dadas podemos decir que las personas mayores desearían más variedad de actividades, que estas estuviesen más adaptadas a sus capacidades, que se hicieran con más frecuencia al aire libre, que se motivara de algún modo para que hubiese más participación, etc.

✓ **¿Qué actividades le gustaría realizar?**

- Ejercicio u otra actividad física.
- Distracciones o espectáculos dentro de la Residencia (por ejemplo: actuaciones de pianistas o cantantes).
- Grupos de discusión.
- Grupos de orientación sobre la vida diaria.
- Grupos de apoyo o autoayuda.
- Cine.
- Grupos de teatro, canto, rondalla u otro similares.
- Conferencias o cursillos.
- Bingos, juegos de cartas, otros juegos.
- Fiestas.
- Servicios religiosos.
- Talleres de cultura general.
- Trabajos manuales.
- Otras:.....
.....

Estas actividades son las que los participantes en el estudio expresan que les gustaría realizar. La mayor parte de las personas mayores han elegido varias actividades. Las más mencionadas son: grupos de teatro, canto, rondalla u otros equivalentes (54,8 %), distracciones o espectáculos dentro de la residencia (51,6 %), fiestas (48,4 %), cine (48,4 %), bingos, juegos de cartas y otros juegos (48,4 %).

Seguidas de éstas aparecen: trabajos manuales (30,6%), actividad física (25,8 %), servicios religiosos (24,2%), grupos de orientación sobre la vida (24,2%), talleres de cultura general (22,6 %), grupos de apoyo o autoayuda (19,3%), grupos de discusión (16,1%), conferencias o cursillos (12,9%) así como otras que expresan sin que aparezcan como alternativa de respuesta (8,1%).

No se han encontrado diferencias en la proporción en que hombres y mujeres han elegido las diferentes actividades, siendo similares en prácticamente todas. Nos parece interesante mencionar que la actividad referida a grupos de apoyo y autoayuda sólo ha sido elegida por mujeres. Otras actividades que han sido elegidas por pocos hombres han sido: cine (N=1), servicios religiosos (N=2), trabajos manuales (N=3), grupos de discusión (N=2) y taller de cultura general (N=3).

Tres personas dicen que ya se realizan todo tipo de actividades. Cuatro de las personas que eligen la opción “otras”, aparte de algunas de las opciones: “me gustan las fiestas de la residencia”, “que viniesen más jóvenes a vernos, así la tarde se hace más corta”, “cursillos para enseñarnos lo que no sabemos”, “Recitar poesía”.

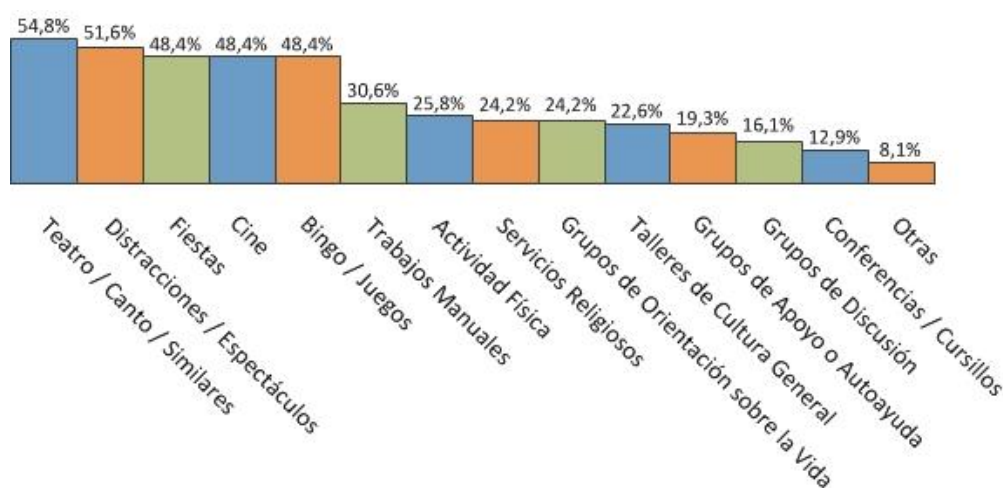


Ilustración 28. Sugerencias de actividades

✓ **¿Qué cosas le habría gustado aprender y no ha podido antes?**

En el ítem donde se le pregunta a la persona mayor por qué cosas le habría gustado aprender y no ha podido, la mayoría de las respuestas hacen referencia a estudiar, leer y escribir, ir al colegio o aprender alguna profesión.

Se presentan algunas de las respuestas dadas: “tener un mínimo de estudio” “haber podido estudiar”, “ir a la escuela durante más tiempo”, “ir a la escuela más tiempo, ser artista”, “me habría gustado aprender canto. Canto como una grulla, pero lo hago”, “haber ido a la escuela durante más tiempo”, “hacer una carrera, maestra”, “me gustaría haber estudiado una carrera. Maestra de niños chicos”, “el manejo de los ordenadores”, “más cosas de la vida, cultura personal”, “a leer y escribir”, “haber estudiado más años”, “enseñarme a leer bien”, “a escribir y leer”, “a dibujar mejor”, “a leer y escribir, ahora lo estoy haciendo”, “escribir”, “matemáticas, historia y cultura en general porque sólo se lo que he vivido en esta vida” , “todo lo que hago, me hubiera gustado hacerlo cuando tenía 15 pero no pude”, “árabe”, “pintar y cantar”, “estudiar”, “tenis y más estudios”, “me hubiese gustado ser maestra”, “la informática”, “me gustaría haber ido al colegio”, “me hubiese gustado seguir estudiando”, “estudiar”, “ir a la escuela”, “me hubiese gustado ser peluquero”, “cantar mejor” “a leer y escribir”, “a leer y a escribir bien”, “a leer y escribir”, “a leer y escribir bien”, “leer y escribir”, “estudiar algo”, “pues sacarme una carrera como abogada, o médico, sacarme el carnet de conducir, para así poder llevar una vida como las mujeres de hoy en día. Mi padre era muy tradicional y obligatoriamente tuve que seguir con el negocio familiar”, “ciencias me encanta, pero nunca tuve tiempo”, “estudiar, cultura general”, “estudiar algo en relación a la sanidad”, “teatro, pero por mí la voz y recitar verso”, “a ser abogada o de la política”, “me hubiera gustado estudiar pero no había medios, también haber aprendido a leer y escribir mejor, lo poco que se lo aprendí sin colegio”, “me gustaría haber aprendido a utilizar el ordenador”, “a realizar un oficio y tener estudios”, “lo de los ordenadores, aunque aquí no hay, pero bueno como hablo por teléfono con los niños...”, “escribir bien y saber pintar”, “idiomas, el inglés, aprender a hablarlo”, “yo quería ser maestra”,

“aprender a rezar, a cantar, a trabajar, y ser mecánico”, “ser cantante”, “por mi edad he aprendido todo aquello que he podido y sigo haciéndolo”.

Muchas de las respuestas hacen referencia a algún oficio o profesión determinada. Las personas que han participado en nuestro estudio no han tenido apenas oportunidades formativas y aquí muestran que realmente han anhelado el poder acceder al conocimiento y a la cultura así como haber podido tener otra profesión diferente a la cual han tenido. Algunas de las personas encuestadas responden “leer y escribir”, algo muy necesario y que un gran porcentaje de las personas de nuestra muestra no han podido aprender. Aunque en muchos casos la primera respuesta es “yo ya soy muy mayor”, “ya que voy a aprender”, continúan con expresiones que muestran verdadero interés en el aprendizaje y conocimiento.

✓ **¿Cómo le gustaría pasar su tiempo libre? ¿Con qué actividades?**

Al preguntarles por cómo les gustaría pasar su tiempo libre, con qué actividades, el 56,4 % dice ver la televisión, el 37,1% leer un periódico o libro, el 41,9% coser o hacer punto, el 40,3% jugar al billar, bingo o similares, el 54,8% menciona actividades para aprender y culturizarse, el 62,9% cuidar plantas, horticultura o jardinería, el 17,7% hacer fotografía, carpintería, cerámica o algún otro entretenimiento. Oír música la mencionan el 53,2%, escribir (cartas, poemas, etc.) el 29%, jugar a las cartas, dominó, etc. el 46,7%, dibujar o pintar el 32,26%, pasear el 79%, visitar a otros residentes el 32,2%. Otras actividades diferentes de las mencionadas son expresadas por el 9,6%.

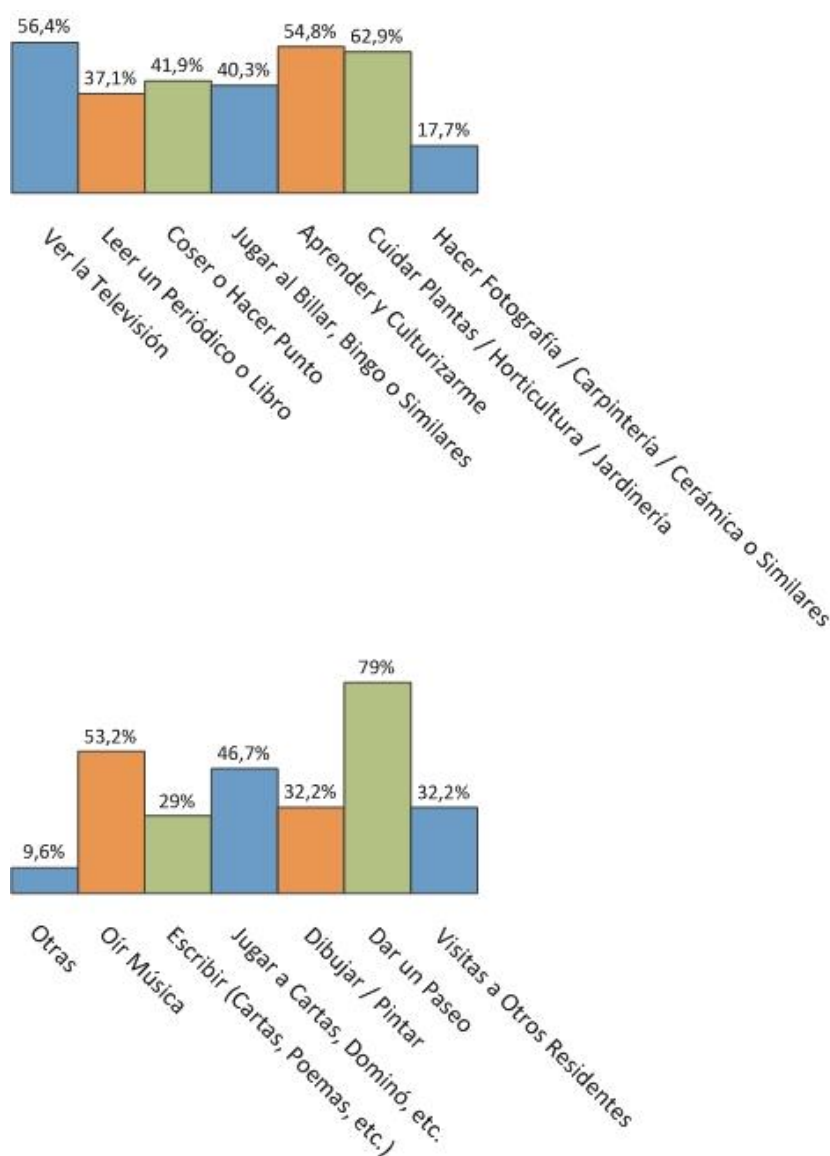


Ilustración 29. Actividades para pasar el tiempo libre

✓ **¿Cómo prefiere que se realicen las actividades y talleres?**

Un 48,4% de los participantes prefiere que las actividades se lleven a cabo en pequeños grupos de 3 ó 4 personas, frente al 35,5% que prefiere grupos grandes, el 6,4% en grupos muy numerosos, el 4,9% dice darle igual y un 1,6% da otra respuesta diferente a las ofrecidas (“En concordia”)

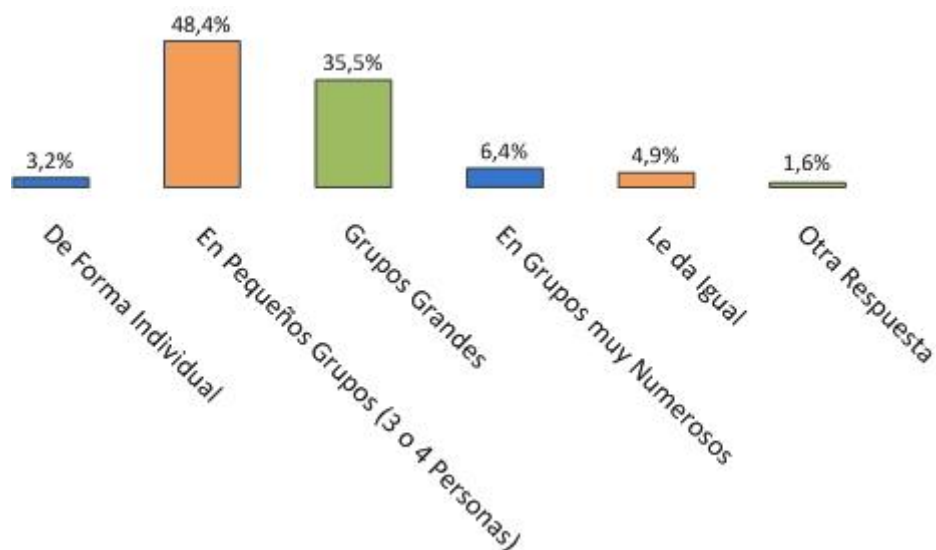


Ilustración 30. Preferencia tamaño grupo actividades

- ✓ **¿Dónde se realizan las actividades? ¿Le parece bien ese lugar? ¿Por qué?**

Al 95,2% de las personas mayores les parece bien los lugares destinados a las actividades, al 1,6% le parece regular y con este mismo porcentaje aparecen las respuestas “me parece regular” y “supongo que está bien”.

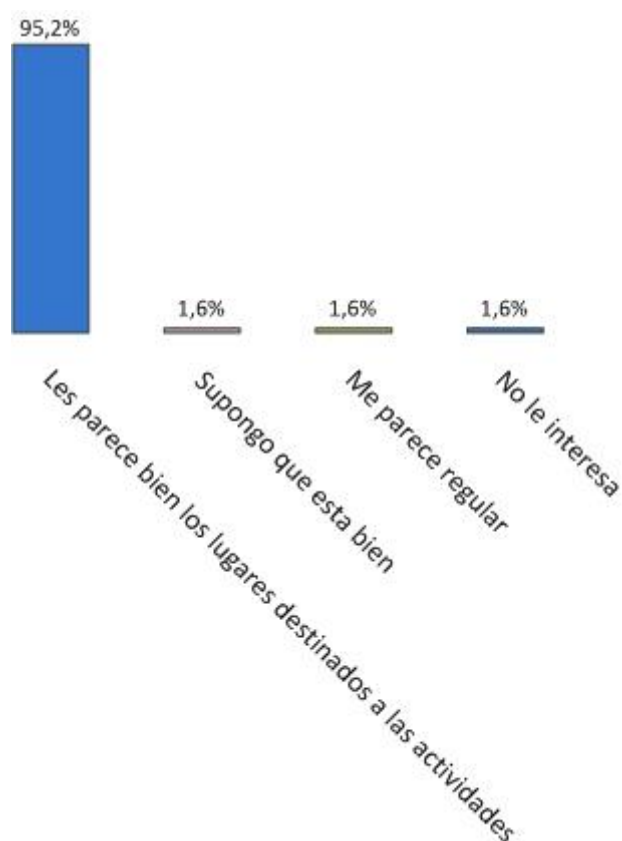


Ilustración 31. Agrado lugar de actividades

Se presentan algunas de las respuestas dadas por los participantes: “gimnasio y sala de terapeutas, me parece que están muy bien porque son grandes y tienen muchos aparatos”, “talleres, sí, me parece bien ese lugar”, “talleres y gimnasio, me parece bien ese lugar”, “en la sala de manualidades. Sí, es grande”, “en los talleres y en el gimnasio. Sí, me parece bien”, “en el salón del centro, un lugar grande y espacioso, me parece bien”, “en una sala habilitada para ello. Sí, me parece bien, porque es muy cómoda”, “en una sala grande del gimnasio. Sí, me parece bien ese lugar”, “sala de usos múltiples. Sí, es grande y con mucha luz”, “en el gimnasio, en las salas. El lugar me parece bien”, “en el salón de la TV, me parece bien el lugar porque podemos estar todos los residentes y con comodidad”, “en una sala grande. Sí, me parece bien porque así tenemos espacio”, “en el salón. Sí, me parece bien porque es grande y se pueden hacer actividades más complejas”, “la mayoría en una sala polivalente. Sí, me parece bien ese lugar porque estamos a gusto”, “en la sala de animación.

Sí, me parece bien ese lugar”, “en el mismo centro y se realizan en la sala común, me parece muy bien”, “sí, porque lo tengo muy cerquita”, “sala de terapias, gimnasio”, “depende de la actividad, algunas veces vamos al parque, y el murmullo no deja que nos enteremos bien de lo que hay que hacer, pero la mayoría en un salón grande. Sí, es un lugar amplio, con buena luz,...”, “al aire libre, distintas salas según la actividad a realizar”, “en la sala de terapia o en el salón. Sí, me parece bien ese lugar porque tiene las cosas para cada actividad”, “hay una habitación grande para hacerlo, me gusta porque cabemos todos”, “en salas y en el patio de la residencia. Si me parece bien, me gusta más en el patio porque está al aire libre”, “en el gimnasio. Sí, me parece bien, es amplio y acogedor”, “en una habitación grande habilitada para talleres, bingo, etc. En el gimnasio, etc.”, “en el salón ya que hay más espacio. Me da igual ya que no me interesa”, “en el centro normalmente y fuera. Sí, me parece bien ese lugar”, “cada uno tiene un lugar y me parece bien en general, porque es el sitio que tenemos”, “patio y sala de visitas. Sí, me parece bien ese lugar porque está muy bien, no entorpeces a nadie, ni nadie a ti”, “en los salones de la residencia, son muy grandes y hay de todo”, “en un salón común que hay en cada pasillo. Sí, me parece bien ese lugar, es adecuado”, “en salas acondicionadas, están muy bien y completas, y hay mucha luminosidad”, “en las dos salas que hay en el centro. Me parece bien porque están bien adaptadas”, “en unas salas que hay, me parece bien porque son cómodas y con luz”, “en talleres o salón de actos”, “los solemos realizar dentro del centro, pero también salimos fuera cuando hace buen tiempo, por cambiar”, “en el centro, me parece regular”, “en el salón de actos, estoy contento”, “hay salas y talleres, son amplios están bien”, “en la sala de usos múltiples, sí me parece bien”, “las actividades se realizan dentro del centro, pero estaría muy bien que se hiciesen algunas al aire libre”, “en una sala que tiene el centro, destinado a ese propósito, está muy bien el lugar”, “en una habitación justo al lado del comedor, el lugar está bien, es bastante amplio y luminoso”, “en el salón grande, en el jardín, cada una tiene su sitio”, “algunas dentro del centro y otros fuera, me gustan más las de fuera”, “la mayor parte de las actividades se realizan en la sala de usos múltiples, me parece un buen lugar porque tiene un gran espacio y un enorme escenario”, “en la planta de abajo, me parece bien porque hay escaleras y rampa para bajar”, “en una sala de terapia

ocupacional, me parece bien porque es muy confortable”, “en la planta baja, al lado de un patio, me parece bien ese lugar porque es muy grande”, “taller, gimnasio, etc.,... depende tipo de actividad, los lugares son estupendos porque se elige el lugar adecuado”, “en el salón y el jardín cuando hace bueno. Sí, me parece bien, es grande y cabemos todos muy bien”, “en el taller. Sí, me parece bien porque aquí están todos los materiales”, “supongo que está bien”.

A la mayoría de las personas entrevistadas les parece bien el lugar donde se realizan las actividades (sala de estar, gimnasio,...), aunque se hacen algunas sugerencias como realizarlas con más frecuencia al aire libre, en un lugar más espacioso y libre de ruidos.

✓ **¿Cómo prefiere que sean los grupos para realizar los talleres? (igual deterioro,...) Homogeneidad grupo/tipo de grupo**

El 45% de los participantes prefiere grupos homogéneos para la realización de las actividades, al 21% le da igual, el 13% prefiere grupos mixtos y el 21% no contesta a esta pregunta.

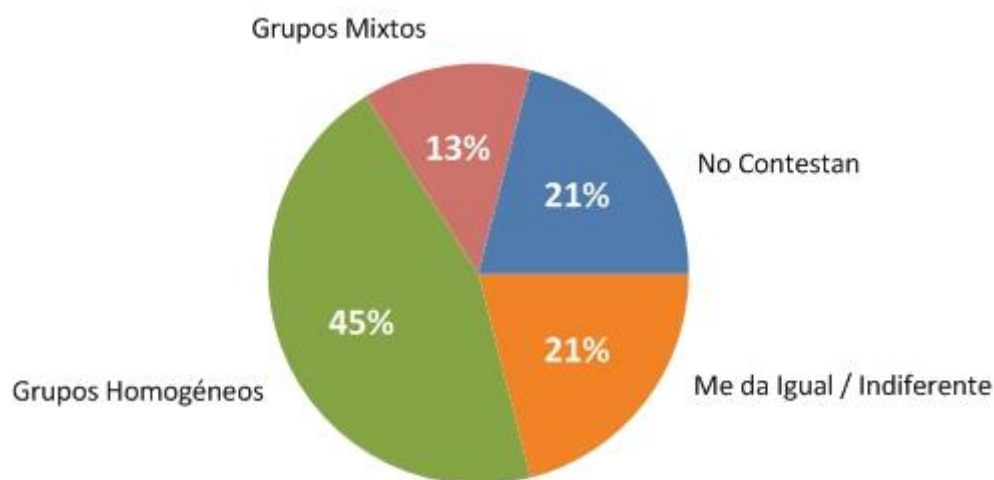


Ilustración 32. Preferencia tipo grupo

Una respuesta frecuente es “me da igual”, “me da un poco igual”. Se presentan algunas de las respuestas dadas por los participantes: “menores en número de personas”, “que vaya todo el mundo que quiera”, “me da igual, lo que importa es que estemos cómodos”, “me da igual siempre que sea en un grupo mediano”, “me da igual, lo que importa es que estemos cómodos”, “me da igual lo que les ocurra, que participen todos, porque cada uno ya tenemos bastante con nuestras enfermedades”, “grandes y con más hombres”, “todos mezclados”, “tanto con hombres como con mujeres de todas las edades”, “hay que mezclar los grupos, deben ser heterogéneos”, “de distinta variedad”, “todos juntos, nos ayudamos unos a otros”, “de igual capacidad”, “hombres sería más divertido”, “que estén como yo, más o menos que se puedan manejar”, “me da igual, quizás de igual deterioro o mejor”, “que sean mayores, que estén bien”, “igual deterioro”, “personas de características parecidas”, “está bien así”, “igual, porque si hay alguno que presente discapacidad es más difícil”, “pequeños, con el mismo nivel cognitivo”, “mismo nivel”, “que seamos más o menos iguales para poder hacer lo mismo”, “iguales todos”, “prefiero que estén separados según el nivel de deterioro”, “parecidos a como estoy yo”, “pequeños, para que podamos aprender más”, “formalidad”, “yo prefiero con la Marga y la Trini”, “los que estén bien juntos y para el resto como estén”, “que se adapten a quien vaya dirigido”, “cuanto más numerosos mejor. En las actividades que realizamos solo participamos mujeres, pienso que si participasen también los hombres sería más divertido”.

✓ **¿Qué es lo que más le preocupa?**

Lo que más les preocupa a los mayores entrevistados es la salud, siendo una de las preocupaciones del 70,9% de los participantes, seguida de la relación familiar (40,3%), la muerte, la soledad y la incertidumbre hacia el futuro (35,4%) y el futuro en la sociedad (19,3%). Un 3,2% de los entrevistados dice no tener ninguna preocupación, siendo todos hombres (N=2). La vida en la residencia le preocupa al 6,4% y otras cosas al 4,84% (“las relaciones entre las personas”, “el

futuro de hijos y nietos”, “mi mujer”). Muchos de los mayores expresan más de una preocupación.

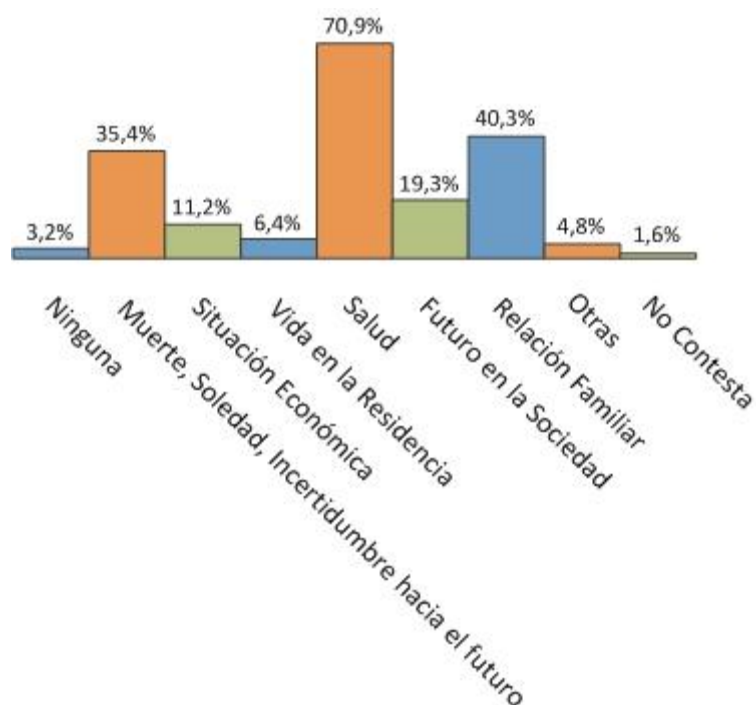


Ilustración 33. Principal preocupación

Considerando las respuestas dadas, las principales preocupaciones de las personas mayores entrevistadas son la propia salud y la incapacidad para poder valerse por sí mismo, la relación con su familia y la salud de la misma y la soledad, entre otras (la vida en la residencia, estado de ánimo, etc.)

✓ **¿Qué cosas le gustaría cambiar en su vida? ¿Por qué? ¿Cómo cree que podría hacerlo? (objetivos vitales)**

Se presentan algunas de las respuestas dadas a esta cuestión: “que mi familia me visite más y poder estar con ellos”, “nada, porque de todo se aprende. El objetivo es estar lo mejor que se pueda hasta que le llegue la hora”, “ya pocas

aspiraciones me quedan”, “nada, estoy contenta. Quiero estar con mi familia”, “ya soy muy mayor para cambiar cosas”, “los años que tengo, me gustaría ser joven”, “haber sido más autosuficiente y haber hecho lo que hubiese querido”, “vivir con mis hijos, porque los veo poco y a mis nietos no los veo crecer”, “me ha ido bien, no me puedo quejar”, “hombre, ser más joven para ser útil, poder tener más vitalidad”, “tener más salud, porque tengo varias deficiencias físicas”, “haber tenido la posibilidad de estudiar, no me importaría aprender algo ahora, ya que cuando era joven trabajaba siempre y después, al casarme, me quedé como ama de casa”, “nada, mantenerme tal y como estoy”, “para lo que me queda, toco casi los cien”, “que voy a cambiar, todo están bien, salud es lo que hace falta”, “no me gustaría cambiar nada, no me gustan los cambios”, “me gustaría haber disfrutado más de mi vida y haber trabajado menos”, “a esta edad y antes de venirme a la residencia a vivir me sentía muy sola, con lo que me hubiese gustado tener hijos, nietos y un marido que ahora estuviese conmigo. Ahora ya soy muy mayor para cumplir este sueño”.

Como se puede observar al analizar las respuestas, los participantes expresan pocos objetivos vitales o cambios que les gustaría hacer en su vida, considerando que ya son muy mayores para ello. Muchas de las respuestas hacen referencia a cambios que les gustaría haber realizado en otras etapas de su vida. Alguna de las personas menciona deseo de aprender, poder estar más tiempo con su familia, estar lo mejor posible o poder mejorar su estado de salud.

✓ **Otros datos de interés:**

Se reservó un espacio para que se añadieran datos de interés. Los participantes, en los casos en que han añadido algo, hacían referencia a algún problema de salud, molestias corporales, la medicación, dificultad física o deseos personales.

Se presentan algunas de las respuestas dadas: “tomo poca medicación, Me canso mucho cuando descanso un poco, las piernas me duelen”, “que tengo las piernas malas y no me puedo desplazar por mí misma me gustaría curarme

del todo”, “yo estoy ya muy mayor, las actividades son para los que están bien, si estás mal te dejan en un lado y se olvidan de ti”, “que cuando uno está mal no tiene ganas de nada ni está para nada, todo son achaques”, “tengo problemas de espalda como ya te he comentado y eso me impide en ocasiones realizar todo lo que yo quiero como por ejemplo practicar algunas actividades que hacen mis compañeros con la fisioterapeuta”

6.8.2. Resultados del estudio con profesionales

✓ Aspectos sociodemográficos de la muestra

Han participado 50 profesionales en el estudio, de los cuales 44 son mujeres y 6 hombres, entre 22 y 64 años. En cuanto a las profesiones: 9 terapeutas ocupacionales, 6 psicólogos, 3 fisioterapeutas, 7 educadores sociales, 9 trabajadores sociales, 1 técnico en integración social, 1 monitora ocupacional, 9 auxiliares de enfermería, 2 animadores socioculturales, 1 médico, 1 enfermera y 1 voluntaria.

Han participado en el estudio 50 profesionales, de los cuales un 88% (N=44) son mujeres y un 12 % (N=6) hombres.

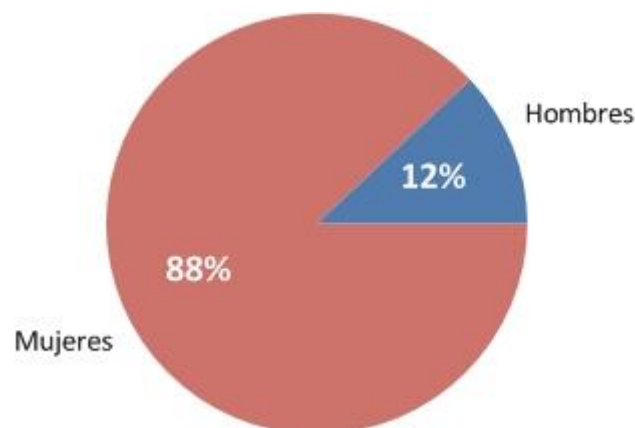


Ilustración 34. Sexo profesionales

El rango de edad de los profesionales que han participado en el estudio va desde 22 a 64 años.

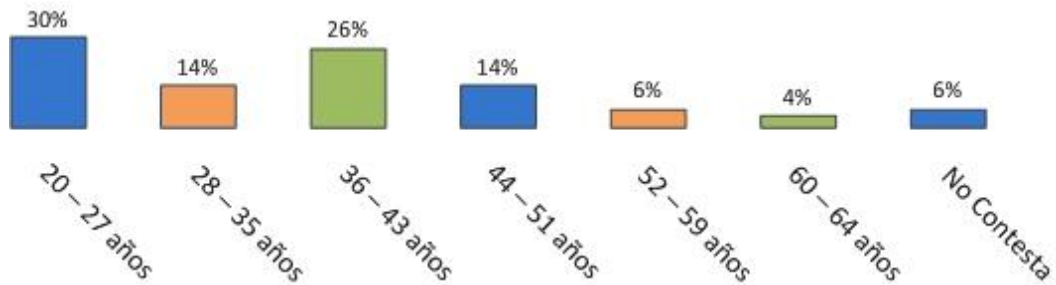


Ilustración 35. Edad profesionales

✓ Profesión

Respecto a las profesiones de los participantes, un 18% son trabajadores sociales y con el mismo porcentaje están los terapeutas ocupacionales y las auxiliares de enfermería. Un 16% de los profesionales son educadores sociales. Los psicólogos representan el 12% de la muestra de profesionales. Un 6% son fisioterapeutas y un 4% son animadores socioculturales. Los enfermeros, médicos y monitores ocupacionales suponen un 2% de la muestra cada uno. También ha participado una persona voluntaria, que anteriormente trabajaba en el centro, representando el 2% de los participantes.

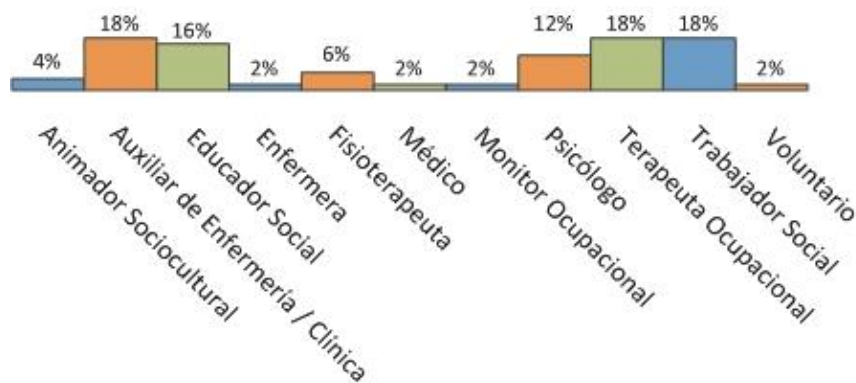


Ilustración 36. Profesiones

✓ **Tiempo de experiencia laboral**

En cuanto a la experiencia laboral de los participantes en el estudio, un 2% acaba de comenzar a trabajar. Con este 2% también está el grupo de los que tienen menos de 6 meses de experiencia y entre 12 y 18 meses. Un 8% de la muestra tiene entre 6 y 12 meses de experiencia, un 62% tienen más de 3 años de experiencia. En el grupo de los que tienen entre 24 y 36 meses hay un 12% de los profesionales, el mismo porcentaje de los que tienen entre 18 y 24 meses.

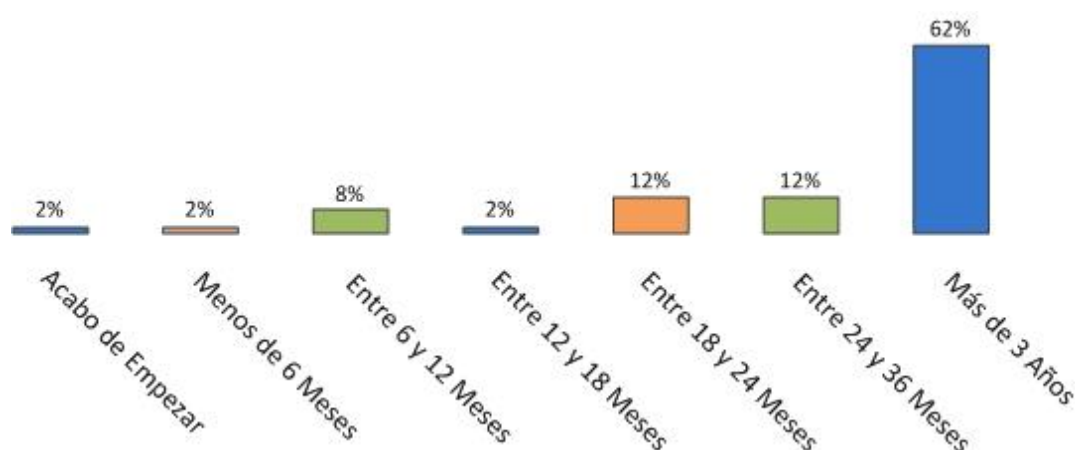


Ilustración 37. Tiempo experiencia laboral

✓ **Funciones que desempeña**

A continuación se exponen las funciones que han dicho realizar los profesionales, tal y como ellos las han expresado, agrupándolas por categorías.

- Terapeuta ocupacional:
 - “Talleres de estimulación cognitiva, talleres ocupacionales, entrenamiento en Actividades de la Vida Diaria, psicomotricidad, etc.”.

- “Realizar una valoración integral del anciano, mejorar y reeducar las Actividades de la Vida Diaria deterioradas, valorar y realizar la correcta prescripción de ayudas técnicas, realizar tratamiento de la patología del anciano (física, psíquica y sensorial)”.
- “Evaluación, tratamiento de psicoestimulación, todas las propias de un terapeuta ocupacional”.
- “Rehabilitación neurofisiológica y motora”.
- “Programar las actividades y llevarlas a cabo, evaluar a los residentes, controlar ayudas técnicas”.
- “Valoraciones funcionales, planificar, coordinar y supervisar los programas de terapia ocupacional, así como las actividades del mismo y su evaluación, formar parte del equipo interno, rehabilitar destrezas sensitivas, motoras, cognitivas, etc.”
- “Realizar actividades de cine fórum, gimnasia, estimulación precoz, realizar función en comedor, manualidades, taller de cocina, etc.”.
- “Realizar diferentes actividades: cálculo, memoria, lenguaje, atención, praxis, funciones ejecutivas, manualidades, taller de cocina y jardinería. Organización de las fiestas (Navidad, Carnaval...).
- “Estimulación cognitiva, rehabilitación funcional, laborterapia, reentrenamiento de Actividades de la Vida Diaria”.
- Trabajador social:
 - “Evaluación de proyectos sociales, estudios individual, grupal y comunitarios, valoración del grado de dependencia, etc.”.

- “Animación de la residencia, terapias grupales, coordinación del voluntariado, responsable de actividades y atención social.”
- “Información, trámites de ingreso, bajas de residentes, gestión de recursos, realización de actividades en el centro, gestión de expedientes, otros trámites de la profesión”.
- “Primer encuentro con la familia, información, búsqueda de subvenciones, acompañamiento, organización, etc.”.
- “Aspectos sociales de los residentes. Actividades administrativas: informes sociales, preparación y puesta en marcha de programas, etc.”.
- “Atención y gestión de necesidades de los residentes y familiares, seguimiento, evaluación de su integración, tramitación de recursos, supervisión, animación, coordinación de voluntarios, etc.”.
- “Informes sociales, gestiones, administrativas, ingresos, fomentar integración y participación en el centro, etc.”.
- “Valorar grado de dependencia con equipo técnico, asignación de habitaciones y otras instalaciones, todo tipo de gestión y trámites burocráticos”.
- “recibimiento de residentes, participar en actividades, recopilar información de residentes, apoyo y supervisión.”
- Animador sociocultural:
 - “Organizar, preparar, poner en funcionamiento diferentes tipos de actividades para los mayores del centro, programas y memorias del centro”.

- Auxiliar de enfermería:
 - “Cubrir las necesidades básicas del abuelo, tanto físicas como psíquicas”.
 - “Asearlos, darles la comida, hacer camas, conversar y darles cariño cuando tenemos tiempo, dar medicación, etc.”.
 - “Higiene personal de los residentes (asearlos, cuidados y necesidades que necesiten los residentes)”.
 - “El aseo de los pacientes ingresados, sus paseos, las escuchas”.
 - “Atención sociosanitaria.”
 - “Asearlos, darles la comida, hacer camas, conversar y darles cariño cuando tenemos tiempo, dar medicación, etc.”.
 - “Aseo personal, cuidados asistenciales, comidas, atención, conversación y acompañamiento”.
 - “Preparar las actividades que son adecuadas para cada una de las personas que viven aquí”.
 - “Levantarles, ducharles, darles de comer, ayudarles a realizar las actividades, etc.”.
 - “Higiene, alimentación y cuidado de las ancianas, limpieza”.
 - “Cuidados del anciano (higiene, alimentación y acompañamiento)”.

- Psicólogo:
 - “Psicología y actividades de animación sociocultural”.
 - “Evaluación psicológica, talleres, psicoestimulación.”
 - “Tratamiento individual, evaluación psicológica, talleres de memoria, lenguaje, informática y alfabetización. Control de psicofarmacología y revisiones por neurología y salud mental. Protocolo de defunción y duelo.
 - “Evaluación integral del mayor, intervención psicológica global del mayor, asesoramiento y apoyo familiar, planificación y desarrollo de actividades psicosociales y psicoestimulativas.
 - “Psicóloga y directora del centro.”
- Fisioterapeuta:
 - “Habilitación y mantenimiento en las funciones físicas del usuario, intentar disminuir el deterioro físico.”
 - “Gimnasia terapéutica, tratamientos terapéuticos, ejercicios psicomotrices, estimulación propioceptiva, memoria, entretenimiento, etc.”
 - “Realizar los tratamientos y técnicas rehabilitadoras que se prescriben, participar en el equipo multiprofesional, participar en juntas y sesiones de trabajo, asesorar a los profesionales sobre pautas de motivación.”
- Educador social:
 - “Director, coordinación de distintos programas y actividades”.

- “Dirigir, planificar y controlar que todo se realiza correctamente”.
- “Encargada de talleres ocupacionales y de actividades de la vida diaria”.
- “Actividades con algunos usuarios y las funciones normales del centro
- “Junto con el director participo en muchas de las decisiones que se llevan a cabo dentro del centro. Protocolo de entrevistas, tema de la animación, seguimiento de los residentes, determinar los talleres, cursos,...”.
- “Área de ocio y tiempo libre”.
- “Programa de higiene y aseo personal, programa de modificación de conducta, programa de ocio y tiempo libre, programa de control y supervisión de talleres”.
- Integrador social:
 - “Realizar el ocio, programar actividades”.
- Monitora ocupacional
 - “Diseño y realización de actividades de ocio y tiempo libre”.
- Médico:
 - “Atender y llevar tratamientos de los mayores.”
- Diplomado Universitario en Enfermería:
 - “Coordinación de equipo de auxiliares”.

- Voluntariado:
 - “Actividades de manualidades, costura, juegos, etc. He sido cuidadora en la residencia durante 20 años, por enfermedad no sigo trabajando.”

Observando las respuestas que han dado los participantes, se puede ver que los profesionales que están más directamente involucrados en las actividades psicosociales y educativas son el terapeuta ocupacional, el educador social, el psicólogo, el trabajador social, el fisioterapeuta, la monitora ocupacional, el integrador social y el animador sociocultural. Aunque en este estudio han participado diferentes profesionales, hay que recordar que algunos de ellos no están en todos los centros, ya que la normativa no lo exige. Este es el caso del educador social entre otros profesionales. Ya se ha mencionado con anterioridad la necesidad de que estos profesionales formaran parte del equipo de estos centros.

Como se puede ver, las auxiliares de enfermería se ocupan principalmente de los cuidados básicos de las personas mayores, ayudándoles en la realización de las actividades básicas (comida, aseo, medicación, cuidados asistenciales y acompañamiento). Por su parte, el médico (que no está en todos los centros) se ocupa de los tratamientos farmacológicos y sanitarios.

Se puede ver como las funciones de algunos de los profesionales se solapan, no estando bien definidas y ocupándose diferentes profesionales de funciones y tareas similares. Los psicólogos que han participado dicen ocuparse de diferentes talleres, de la psicoestimulación, la evaluación psicológica, asesoramiento y apoyo familiar, actividades de animación sociocultural y psicosociales. Los educadores sociales se encargarían, según sus respuestas, de coordinar diferentes programas y actividades ocupacionales y de la vida diaria, talleres y actividades del área de ocio y tiempo libre y programas de modificación de conducta entre otras funciones.

En cuanto al fisioterapeuta realizaría gimnasia terapéutica, ejercicios de psicomotricidad, entretenimiento, intervenciones para la motivación y estimulación de la memoria. El integrador social y el monitor ocupacional se ocuparían del diseño y ejecución de programas de ocio y tiempo libre. El animador sociocultural que ha participado dice ocuparse de la programación y realización y memoria de diferentes programas con las personas mayores.

Respecto al terapeuta ocupacional, además de que es un profesional que está en casi la totalidad de Centros de Día y Residencia, debido a la normativa vigente, se puede ver que se ocupa de muy diferentes tareas, teniendo un peso importante en la realización de los programas y actividades. Entre otras cosas, realiza talleres de entrenamiento cognitivo y psicoestimulación, actividades de terapia ocupacional, entrenamiento de Actividades de la Vida Diaria, rehabilitación de funciones cognitivas, sensoriales y motoras, así como talleres de manualidades.

Entre las funciones de los trabajadores sociales están los temas administrativos, la acogida de las familias cuando acuden al centro con la persona mayor, actividades, animación, valoración de la integración de la persona mayor y valoración de la dependencia.

La voluntaria que ha participado en el estudio realiza manualidades, juegos y actividades de costura con las personas mayores.

✓ **Criterios para elección de actividades**

Se presentan los criterios que los profesionales refieren que siguen para la elección de las actividades, de forma literal tal y como los expresaron en las entrevistas:

- Terapeuta ocupacional: “necesidades e intereses, fortalezas, capacidades, limitaciones y contexto”.

- Trabajadora social: “estudio de las necesidades y dependiendo de los usuarios se realizan unas u otras”.

- Animador sociocultural: “de recursos de los que dispongo (materiales, físicos y económicos), características de los mayores usuarios (capacidades físicas e intelectuales, gustos y posibilidades).”

- Terapeuta ocupacional: “nivel cognitivo, material y recursos, tiempo y objetivos.”

- Educador social: “evitar aislamiento, aburrimiento, heterogéneos adaptados a cada persona.”

- Auxiliar de enfermería: “características de cada abuelo.”

- Psicóloga: “estado físico y psicológico de los residentes, gustos y preferencias.”

- Auxiliar de enfermería: “la encargada es la terapeuta ocupacional.”

- Auxiliar de enfermería: “lo importante es tenerlos limpios y atendidos tanto física como emocionalmente.”

- Terapeuta ocupacional: “valoración del estado psicofísico del paciente, tratamiento en función del resultado de la valoración.”

- Auxiliar de enfermería: “autonomía y privacidad del residente.”

- Terapeuta ocupacional: “que sean coherentes con los objetivos a conseguir, satisfactorios para los residentes.”

- Educador social: “principalmente los intereses y capacidades de los residentes.”

- Educadora social: “perfil de cada usuario.”

- Educador social: “las que se adaptan por todos los compañeros (educadores, etc.)”.

- Terapeuta ocupacional: “las necesidades de cada persona y así se planificarán las actividades adecuadas.”

- Terapeuta ocupacional: “capacidad y limitación de la persona, para adaptarlas a su nivel cognitivo y físico.”

- Trabajador social: “que los usuarios se sientan cómodos en el centro y que les gusten las actividades y les ayuden a su mejora.”

- Auxiliar de enfermería: “un protocolo, mediante el horario.”

- Psicóloga: “en el protocolo que sigue el centro.”

- Auxiliar de enfermería: “adecuarlas a las capacidades de cada persona.”

- Auxiliar de enfermería: “observar sus necesidades, realizarlas.”

- Trabajadora social: “participación de los residentes, sus gustos, sus limitaciones y necesidades, etc.”

- Trabajadora social: “características de los usuarios: gustos, limitaciones, consecución de los objetivos planteados, etc.”

- Fisioterapeuta: “necesidades”.

- Psicóloga: “que les resulten atractivas, que potencien su autonomía y que se adapten a sus limitaciones.”

- Fisioterapeuta: “diferencias entre usuarios que estén en situación de asistido y los usuarios que sean independientes. Las actividades variarán en función de dicho criterio.”

- Trabajadora social: “la normativa de los centros residenciales de esta empresa.”

- Trabajadora social: “tras la evaluación, nos regimos por sus intereses, necesidades, perfil, patologías...”

- Psicóloga: “adecuar las actividades a las capacidades de los mayores, que sean posibles y se benefician la mayor parte, que la familia pueda participar.”

- Educador social: “a la población que va dirigida, promocionar el bienestar de los mayores, fomentar la convivencia, integración, participación, solidaridad, relaciones sociales...”

- Terapeuta ocupacional: “que sean elegidas por los clientes, preferencias...”

- Terapeuta ocupacional: “tipo de usuarios, patologías, nivel cultural, objetivos.”

- Educador social: “intereses de los residentes.”

- Psicóloga: “que sean interesantes y adecuados para las personas del centro.”

- Voluntaria: “sus preferencias ante todo, que les motiven, consejos de otro profesional de actividades buenas para ellos.”

- Animador sociocultural: “las necesidades y circunstancias de las personas.”

- Educador social: “capacidad de los asistentes, número de personas, espacio y tiempo, objetivos que quiero alcanzar.”

- Monitor ocupacional: “tratar de fomentar mayor calidad de vida (física, sociocognitiva y emocional), de nuestros mayores durante su estancia en la residencia, atender las demandas de sus familiares y las propias del centro.”
- Trabajador social: “tener en cuenta los horarios, los posibles problemas de accesibilidad, adaptarlas cuando sea necesario...”
- Auxiliar de enfermería: “terapeuta ocupacional planifica las actividades, pero hay poca participación.”
- Trabajador social: “el horario del día en el centro, los gustos de los residentes.”
- Médico: “se sigue un procedimiento de servicio médico 10 horas a la semana.”
- Fisioterapeuta: “su estado, gustos...”
- Terapeuta ocupacional: “el perfil del usuario a nivel cognitivo, motor, etc. El entorno de que dispongo, los recursos económicos, etc.”
- Trabajador social: “preferencias de los residentes por dichas actividades e intentar cubrir necesidades detectadas en ellos (apoyo, reflexionar temas de su interés...)”.
- Enfermera: “las de formación permanente”.
- Terapeuta ocupacional: “que sean significativas para el residente y que cumplan con los objetivos que anteriormente me he propuesto.”
- Psicólogo: “actividades que ya se hacían, capacidad física y cognitiva del mayor, sus gustos...”.

Una Auxiliar de enfermería no responde a esta cuestión.

Analizando las respuestas dadas por los profesionales, podemos decir que algunos de los criterios que siguen para la elección de las actividades son: el perfil y características de la persona mayor, sus necesidades, que sean actividades adaptadas a sus limitaciones y capacidades físicas y cognitivas, sus preferencias, gustos y que sean de su interés, recursos de que disponen, los objetivos previos propuestos para cada persona. Algún profesional expresa que uno de los criterios que sigue es que sean actividades significativas para la persona y algunas respuestas mencionan las necesidades de la persona, su nivel cultural, el horario del centro, atender las demandas de usuarios, intereses, etc.

También aparecen en las respuestas, como criterios a seguir, los protocolos y normativas del centro, que sean actividades beneficiosas para la persona, que potencien su autonomía, que estén dirigidas a la mayor parte de usuarios y considerar el nivel cultural de la persona mayor. Una auxiliar habla sobre la importancia de respetar la privacidad de la persona mayor.

✓ Fuente de ideas para las actividades y talleres

En cuanto a la cuestión referida a dónde busca las ideas para las actividades el profesional utiliza recursos como libros, internet, experiencias de otros centros, memorias de proyectos anteriores, experiencia previa del profesional así como sugerencias e intercambio con el equipo o compañeros en algunos casos. Algunos profesionales hacen referencia a la propia persona mayor (“preguntando a los mayores”, “pidiendo consejo a los mayores”, “ellos mismos te las sugieren”, “preguntando a los propios residentes”, “en diálogos y cuestionarios realizados a los residentes”), aunque son menos casos de los esperables. En la mayoría de estos casos parece que se hace de una forma indirecta y no de un modo establecido formalmente. Sólo en un caso se habla de una evaluación de las preferencias de los mayores, de una forma explícita (“cuestionarios realizados a los residentes”).

Se exponen algunas de las respuestas dadas por los profesionales a esta cuestión: “libros, internet, apuntes universidad, gustos y opiniones residentes, archivos del centro, “entrevistas con usuarios e internet”, “internet, hogar del pensionista de Baeza, otros centros residenciales de la provincia”, “internet, bibliografía, otros profesionales, experiencia previa.”, “soy una persona muy imaginativa y creativa, apoyándome en las nuevas tecnologías, documentación escrita y pidiendo consejo a los mayores.”, “bibliografía y puesta en común con demás compañeros”, “siempre intento darle conversación y animarles”, “hay montones de sitios, pero hay que tener en cuenta sobre todo las indicaciones patológicas y el valor específico de la actividad”, “junto al grupo multifuncional”, “libros, internet”, “internet, libros, proyectos”, “libros, en experiencias de otros centros, en compañeros de trabajo”, “en el trabajo diario”, “junto con el director del centro, que le da el visto bueno”, “internet, libros, apuntes, cursos...”, “las propone la psicóloga del centro”, “en algunos proyectos que se han llevado a cabo y han sido positivos”, “entre todos los que trabajan en el centro”, “ellos te las sugieren”, “libros, internet, revistas, etc.”, “libros, internet”, “experiencia como fisioterapeuta y psicomotricista, cualquier medio que me ayude (internet, otros compañeros de otros lugares, revistas profesionales, libros de fisioterapia, etc.), “libros, internet, conocidos”, “experiencia propia, libros..., según las patologías del usuario”, “en diversas bibliografías y en mi experiencia”, “en reuniones de equipo o interdisciplinar, propuestas de los residentes, intereses colectivos”, “la mayor parte establecidas previamente, libros, internet, otros modelos de otros centros, etc.”, “de las reuniones con socios, personales, nuevas tecnologías”, “primeramente los que eligen los usuarios, libros, internet”, “internet, libros específicos e imaginación”, “libros, internet, en ella misma, consulta a los propios residentes”, “internet, conocidos, los ancianos del centro de día, etc.”, “de la fisioterapeuta y de una profesora amiga mía”, “en cursos, libros, inspiración, intuición, etc.”, “actividades realizadas durante las prácticas, intercambio de actividades con otros compañeros educadores que trabajan con personas mayores, libros...”, “tanto en bibliografía como en la red, se profundizan y adaptan las dinámicas de actuación de pedagogos, educadores sociales, terapeutas ocupacionales y psicogeriatras”, “modelos, libros, experiencias educativas...”, “otras actividades las piden los propios residentes”, “preguntando

a los ancianos y algunas se hacen en fechas concretas (fiestas de cruces...)", "en libros y en internet", "compañeros e internet, "libros, la web, sugerencias de mis compañeros u otras terapeutas ocupacionales", "en diálogos y cuestionarios realizados a los residentes, aportación del voluntariado", "en cursos y lecturas que me puedan orientar", "libros, apuntes de los estudios universitarios, internet, intercambio de opiniones con los compañeros de trabajo...", "memoria de años anteriores, libros, ideas que surgen al hablar con otros compañeros, etc.

Cinco personas no han respondido, en su mayor parte las auxiliares de enfermería ("yo no decido las actividades").

✓ **Programación**

Un 90% (N=45) de los participantes dicen que sí se realiza una programación de las actividades, mientras que un 6% (N=3) de los profesionales dicen que no se realiza una programación previa de las mismas. Un 4% (N=2) no responde a esta cuestión.

✓ **¿Quién realiza la programación?**

En cuanto a los profesionales involucrados en la programación de las actividades, parece que no hay una respuesta claramente prevalente. Un 6 % de los participantes responde que todo el personal realiza la programación.

Un 28% responde que la programación la lleva a cabo el equipo formado por varios profesionales que están involucrados en las actividades. Otras respuestas mencionan a varios profesionales como los responsables de la programación, entre los que suelen nombrarse con una mayor frecuencia el psicólogo, el terapeuta ocupacional, el educador social, animador sociocultural, el director del centro, el fisioterapeuta, etc. Un 10% no responde a esta pregunta.

✓ **¿Se realiza una memoria de las actividades que se llevan a cabo en el centro?**

Un 74% de los profesionales dice que sí se lleva a cabo una memoria de las actividades, mientras que un 24 % no responde a dicha pregunta y un 2% responde que no se realiza una memoria de las actividades.

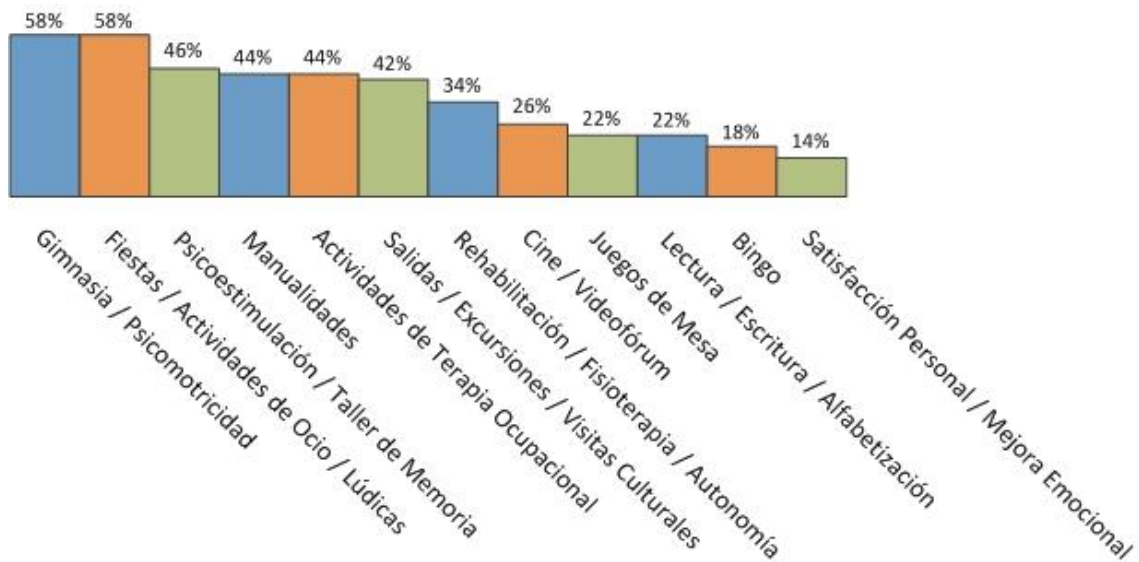
Al preguntar por quién realiza la memoria de actividades, se dan respuestas muy diferentes, desde aquellas que hacen referencia a un solo profesional que suele ser el psicólogo, educador social, terapeuta ocupacional, trabajador social o director, a aquellas otras que hablan de todo el equipo interdisciplinar o a dos profesionales (psicólogo y terapeuta ocupacional, educador social y terapeuta ocupacional...) o el director con algún profesional.

Un 26% de los profesionales entrevistados desconoce esta cuestión y no responde a la misma.

✓ **Actividades que se realizan en el centro**

En cuanto a las actividades que se llevan a cabo en el centro de día o residencia, al preguntar a los profesionales por esta cuestión, como puede observarse en el gráfico, las actividades que aparecen con un mayor porcentaje son: gimnasia/psicomotricidad y fiestas y actividades lúdicas y de ocio, mencionadas ambas por un 58 % de los participantes (N=29). A continuación aparecen actividades de psicoestimulación (talleres de memoria, estimulación cognitiva, etc.) con un 46% (N=23). Con un 44 % (N=22) aparecen tanto manualidades como actividades de terapia ocupacional. Salidas/excursiones/visitas culturales es mencionada por un 42 % de los profesionales (N=21), rehabilitación/fisioterapia/autonomía por un 34% (N=17) y cine/video-fórum con un 26% (N=13).

Las siguientes actividades que aparecen, con porcentajes más bajos, son las siguientes: juegos de mesa: 22% (N=11), lectura, escritura y alfabetización: 22% (N=11), Bingo: 18% (N=9), Satisfacción Personal/Mejora Emocional: 14% (N=7), dibujar/pintura: 14%(N=7), actividades religiosas: 12% (N=6), debates/tertulias/charlas con un 10%. (N=5), al igual que las actividades relacionadas con el baile. Otras actividades que mencionan los profesionales, con porcentajes más bajos, son: actividades relacionadas con la música con un 8%, actividades de integración en la comunidad con 8% (N=4), canto y coro con un 6% (N=3), huerto y jardinería con un 6% (N=3), actividades de formación y culturales con un 6% (N=3), habilidades Sociales con un 6% (N=3), Pasear: (N=3) (6%), Informática: 2 (4%), petanca: 2 (4%), Cocina: 2 (4%), costura/punto: 2 (4%), Participación Familiar: 2 (4%), Televisión: 2 (4%) y teatro con un(N=1) 2%. Un profesional no ha respondido.



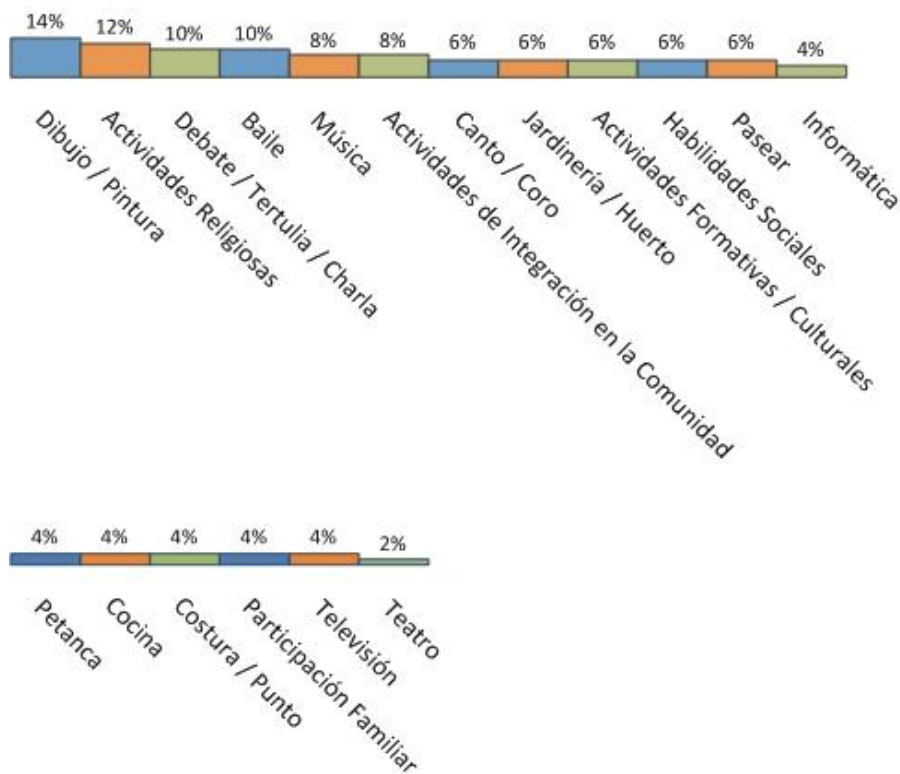


Ilustración 38. Actividades que se realizan en el centro (profesionales)

✓ Frecuencia de actividades

Algunas de estas actividades se realizan a diario, mientras otras se realizan varios días a la semana, algunas otras con una frecuencia mensual o incluso con menos frecuencia en el caso de fiestas concretas... que puede ser de forma anual.

Un 14% de los participantes dan respuestas del tipo “a diario”, “todos los días”, “frecuencia diaria”, sin especificar nada más.

Valorando todas las respuestas se puede decir que en la mayoría de los centros hay actividades a diario, normalmente cada día de la semana hay asignadas actividades distintas. Algunas más específicas se realizan sólo en algunos momentos a lo largo del año (como las salidas y viajes, que suelen realizarse cuando hace mejor tiempo), algunas se hacen de manera puntual

como la celebración de festividades. Las actividades suelen ser de lunes a viernes, mientras que los fines de semana no suele haber actividades programadas. Algunas actividades como las rehabilitadoras o de terapia ocupacional (taller de buenos días, noticias, gerontogimnasia, estimulación cognitiva,...) suelen realizarse a diario. En algunos centros las actividades sólo se llevan a cabo por las mañanas o en una minoría sólo por las tardes y en otros sólo unos días de la semana (2 ó 3 días por semana). La frecuencia varía dependiendo del tipo de actividad. La frecuencia varía dependiendo de los recursos con los que cuenta el centro.

Se exponen algunas de las respuestas dadas: “Todas las semanas. Los viajes y salidas cuando comienza el buen tiempo sobre todo”, “semanalmente y actividades puntuales según las festividades”, “gimnasia y actividades manuales (de lunes a viernes), paseos y apoyos asistidos”, “Diariamente hay algún tipo de actividad”, “Mensual, “diario, bien por la mañana o por la tarde”, “talleres diariamente, actividades específicas mensuales y otras anuales (fiesta primavera, día del deporte, excursión, piscina, elaboración dulces,...)”, “todos los días (cada día diferente)”, “todas las semanas”, “motoras y cognitivas a diario”, “todas las semanas”, “algunas todos los días y otras una vez a la semana”, “depende de la actividad, algunas son semanales, mensuales”, “de lunes a viernes”, “taller de buenos días (analizar una noticia), gerontogimnasia, estimulación cognitiva (todos los días)”, “todos los días hay talleres y aparte actividades puntuales”, “todos los días desde las 8 a las 14 horas”, “depende de la actividad, algunas son diarias y otras esporádicas u ocasionales”, “3 veces por semana”, “talleres todos los días, en verano piscina y playa, y el teatro una vez todos los años”, “dos veces por semana”, “diaria, semanal, mensual, trimestral o anual, depende de la actividad”, “a diario, otras mensuales, trimestrales, anuales”, “semanal”, “diariamente, las actividades lúdicas van variando según el día”, “semanalmente”, “algunas son diarias, la mayoría, otras se deben a la programación, semanales y mensuales”, “diarias, semanales, mensuales y trimestrales”, “todas las tardes se realizan actividades”, “todos los talleres y actividades se realizan semanalmente”, “a diario la mayoría”, “suele venir tres días en semana”, “continuamente”, “depende de la actividad”, “según

programación, las hay diarias, semanales, mensuales o anuales”, “depende, las manualidades y gimnasia se hacen todos los días, pero la mayoría prefieren ver la tele o jugar a las cartas”, “dos veces por semana todas, menos vídeo-fórum y misa que son una vez a la semana”, “posibilidad de elegir varias actividades mensuales”, “todos los días hay actividades de las diferentes áreas con los diferentes sectores de usuarios”, “se realizan diariamente varias de ellas”, “cuando se puede, casi todos los días, según el estado de los residentes”, “ordinarias: diariamente; extraordinarias: según la programación”.

✓ **Mayor Participación**

Las actividades en las que los mayores más participan según las respuestas dadas por los profesionales a esta cuestión son fiestas y actividades de ocio/lúdicas que las citan el 34% de los entrevistados dentro de las actividades con una mayor participación. A continuación aparece gimnasia y psicomotricidad con un 22%, salidas, excursiones y visitas culturales con un 16%, manualidades y juegos de mesa con un 12% las dos, psicoestimulación y taller de memoria con un 8%.

Otras de las actividades aparecen con los siguientes porcentajes: baile (4%), dibujo y pintura (8%), teatro (2%), actividades de rehabilitación, fisioterapia y autonomía (16%), lectura, escritura y alfabetización (4%), costura y punto (4%), huerto y jardinería (2%), actividades religiosas (8%), cine y videofórum (4%), informática (2%), canto y coro (4%), debates, tertulias y charlas (2%). Actividades de terapia ocupacional (18%), bingo (16%), cocina (2%), pasear: (2%), actividades formativas y culturales (2%). Un 6% responden que todas tienen la misma participación (6%) y un 2% no responde a esta pregunta.

PROGRAMAS PSICOSOCIALES Y EDUCATIVOS EN RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES EN ANDALUCÍA: SITUACIÓN ACTUAL Y POSIBLES MEJORAS

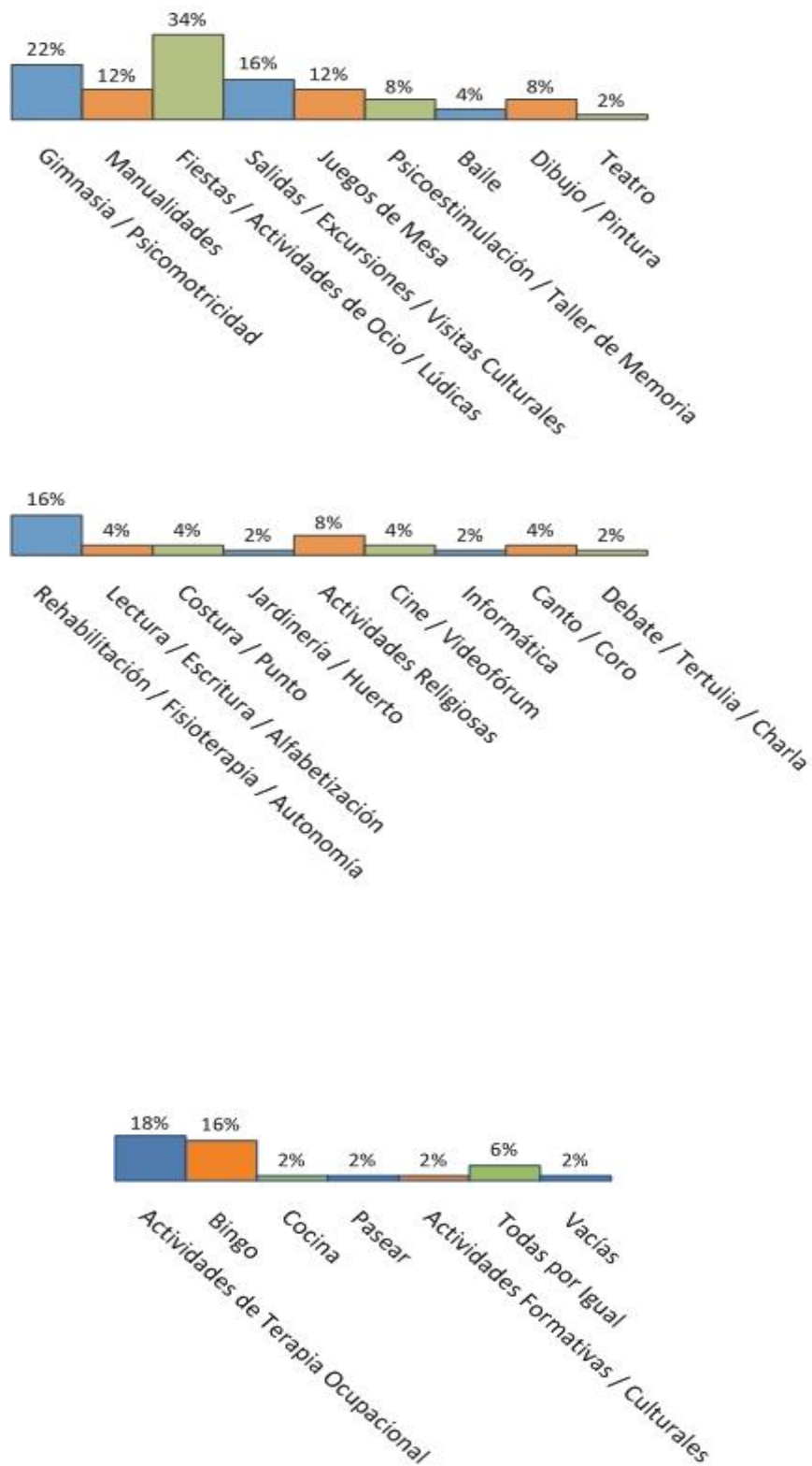


Ilustración 39. Actividades de mayor participación

✓ **Causas de actividades de mayor participación**

Exponemos algunas de las respuestas dadas por los profesionales cuando se les pregunta por qué consideran que esas son las actividades de mayor participación: “mayor facilidad de “enganche” y motivación, físicamente encuentran en sí mismas menos limitaciones”, “por la situación familiar y socioeconómica en la que han vivido”, “por su deterioro medio”, “porque es un tratamiento”, “características personales, les gusta participar, son felices, les gusta estar distraídas e integradas en la residencia y ocupar todo el tiempo posible para sentirse útiles”, “son donde más se distraen y mejor se lo pasan”, “porque ellos se sienten más seguros en la residencia”, “porque son actividades entretenidas”, “por su edad, les cuesta más moverse”, “siempre están abiertos a aprender”, “porque se relacionan entre ellos”, “porque son cambios en las rutinas de sus días”, “se sienten cómodos y útiles”, “a la mayoría de los usuarios se les encuadra dentro de la actividad que puedan realizar”, “porque son las que tenemos”, “porque los estimulan muy positivamente”, “porque son las que ellos ven como más beneficiosas y las que más tiempo les mantienen ocupados”, “porque son las más tranquilas y las que más les entretienen”, “se entretienen y se relajan más”, “la necesidad de ponerse mejor”, “porque pueden convivir con los demás residentes”, “porque son más dinámicas y entretenidas”, “porque son dentro del centro y algunos tienen poca movilidad”, “salen de la rutina y monotonía”, “porque sus capacidades no les limitan”, “suponen mayor actividad y dinamismo y además las perciben como más beneficiosas para ellos”, “porque son las actividades que más necesitan las usuarias, ya que el centro se basa principalmente en la actividad física y mental”, “porque es más entretenido y llamativo para ellos”, “porque son las de mayor interés”, “se adaptan a todo el colectivo residencial y mantienen mayor refuerzo y beneficio a corto plazo”, “son las que más motivan y gustan”, “porque son las que más les gusta y las que eligen”, “porque para ellos son más divertidas y entretenidas las actividades como el teatro o el coro, que las actividades que requieren un mayor esfuerzo como son la ejercitación de la memoria y la lectura recomendada”, “porque son las más entretenidas”, “depende de lo que sepan hacer, pintar lo sabe hacer la mayoría y la costura es algo que se le da bien a muchas de ellas”, “son las que

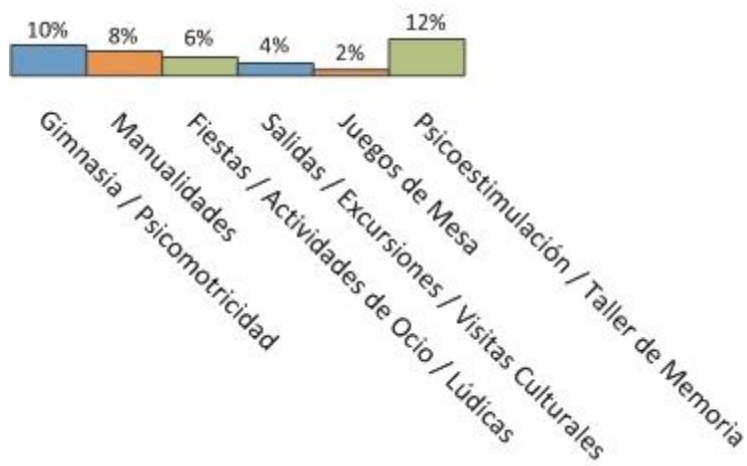
necesitan más actividad”, “tienen más beneficios para las personas”, “la mayoría son mujeres y se interesan por la costura”, “el tipo de implicación es más generalizada, satisfacen sus necesidades de entretenimiento sin mayor exigencia física. Conversar, participar en una fiesta o disfrutar de una película resulta ameno y motivante”, “porque no tienen que pensar mucho, no les gusta a la mayoría que les hagas pensar”, “mantiene a los residentes más entretenidos”, “pues porque la gente mayor se entretienen con los animales y luego nos venden los huevos al personal, la gimnasia también funciona”, “porque son amenas, se realizan en grupo y aumenta su sentimiento de utilidad. Con respecto a aquagim supongo que es por la salida del centro y por los beneficios que suponen”, “porque son las más entretenidas y divertidas para ellas”, “porque son más entretenidas”, “son las más fáciles”, “porque les transmite alegría, motivación y rompen la monotonía de la casa.

Considerando el conjunto de las respuestas, podríamos decir que según los profesionales, los motivos por los que las personas mayores eligen más algunas actividades serían porque estas son más entretenidas, dinámicas, amenas y motivantes y rompen con la monotonía del día a día en el centro. Además suelen ser actividades con menos dificultad para la persona mayor, donde encuentran menos limitaciones a sus capacidades. Serían actividades más divertidas, donde la persona lo pasa mejor, se relaciona con los demás y se realizan en grupo. Por otro lado se hace mención a que las actividades de mayor participación aumentan el sentimiento de utilidad de la persona, las ven como beneficiosas, encuentran un refuerzo positivo y se adaptan a un mayor número de usuarios. Los usuarios participan más en estas actividades porque no suponen un gran esfuerzo, ni físico ni mental, coinciden con sus gustos personales y con intereses previos de la persona (como la costura en el caso de muchas de las mujeres).

✓ **Menor Participación**

Respecto a las actividades de menor participación las que aparecen con un porcentaje más alto son los talleres de psicoestimulación y memoria, que son

expresados por el 12% de los profesionales que han participado en el estudio, la gimnasia y psicomotricidad por el 10% y la lectura y escritura por el 8% al igual que las manualidades. Con un 6% aparecen las fiestas y actividades lúdicas y de ocio y con el mismo porcentaje también aparece el cine. Las salidas, excursiones y visitas culturales son nombradas por el 4%, al igual que las actividades formativas y culturales, informática, baile y las actividades de rehabilitación y aumento de la autonomía. Con un 2% aparecen los juegos de mesa, los debates y tertulias, actividades de terapia ocupacional, dibujo y cocina.



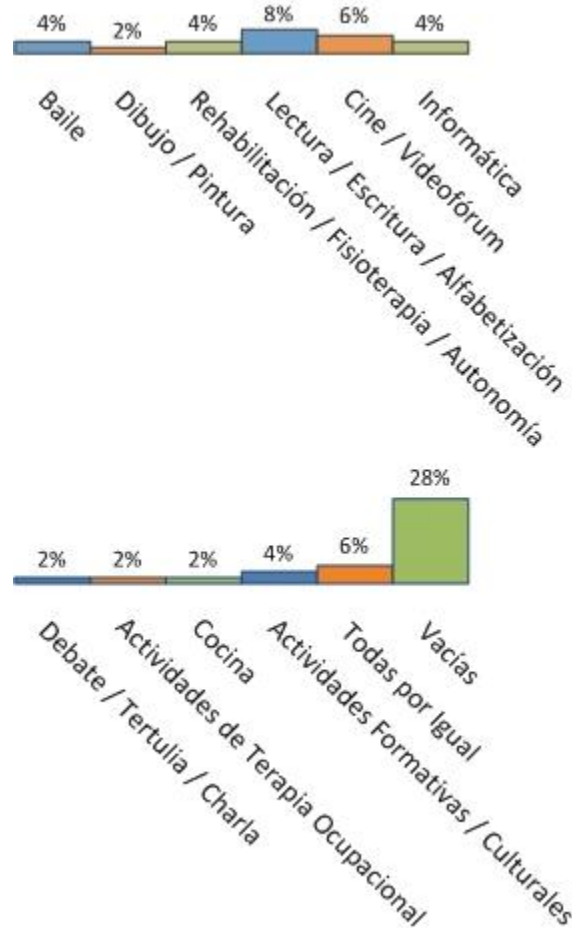


Ilustración 40. Actividades de menor participación

✓ **Satisfacción de los mayores con las actividades**

Un 80 % (N=40) de los participantes considera que los mayores sí están satisfechos con las actividades que se llevan a cabo, mientras que un 4% (N=2) de los profesionales considera que los mayores no están satisfechos con las actividades que se ofertan en el Centro de Día o Residencia. Por otro lado, un 16% (N=8) de los profesionales considera que algunos de los mayores sí están satisfechos con dichas actividades, mientras que otros por el contrario no.

✓ **Por qué consideran que las personas mayores están satisfechas o no**

Se presentan algunas de las respuestas dadas: “se buscan continuamente recursos para motivarlos y se tienen en cuenta sus intereses y necesidades”, “porque colaboran bastante y en casi todas”, “porque se sienten ocupados y se favorece el diálogo entre ellos. Los mayores que no participan o no se creen con capacidad o realmente no tienen capacidad”, “porque las actividades son variadas y se intenta que estén en grupos homogéneos y afines”, “porque hay actividades diversas donde pueden elegir”, “porque no se encuentran solos”, “se ven contentos y participativos”, “porque se les ha evaluado a todos y en su gran mayoría coinciden en que sí, y se les da la oportunidad de sugerir otras actividades”, “porque se les ve bien, felices”, “porque se nota en cómo te responden y porque te piden más y te lo agradecen”, “depende de cómo se encuentren”, “porque hay bastante participación y se ve que disfrutan”, “otros pienso que podrían hacer otras”, “porque se les plantean las actividades y ellos eligen las que más les gustan”, “por el interés que muestran, por su sonrisa y forma de integrarse. Por las evaluaciones que realizamos que así lo demuestran”, “son personas que no tienen un criterio propio y se dejan llevar”, “deberían variar las actividades para que no fueran tan iguales”, “porque se les ve alegres, dedican dibujos, etc.”, “porque pasan su tiempo haciendo algo que creo que les gusta”, “porque ellos lo dicen y además se lo pasan muy bien y están entretenidos”, “porque necesitan más animaciones para tener menos tiempo que pensar”, “no se niegan a asistir, van por su voluntad”, “porque se realiza una encuesta de satisfacción en la que se le pregunta por este aspecto”, “porque se sienten satisfechas y lo comunican a las profesionales”, “por sus manifestaciones y comentarios”, “por la participación reflejada y la demanda de las mismas”, “por el grado de motivación que presentan”, “porque son ellos mismos los que demandan las actividades y se muestran contentos con el resultado”, “porque siempre están muy dispuestos a hacerlas e incluso algunos expresan lo mucho que les interesa”, “porque se les deja autonomía para participar y elegir”, “porque lo dicen”, “continuamente lo

dicen y el día que no vengo están preguntando por mí”, “porque para ellos son suficientes, aunque algunos expresan necesidad de actividades específicas”, “verbalizan su satisfacción y demandan cuanto desean más dinámicas de intervención de uno u otro tipo”, “porque asisten asiduamente a las actividades”, “algunos son activos para todas las actividades, otros sólo hacen las que les gusta, el resto hagan las actividades que hagan no les gusta ninguna”, “lo que pasa es que todos los días no apetece hacer lo mismo y hacen otras cosas”, “prefieren otras cosas”, “se sienten realizados”, “porque demuestran aceptación en sus expresiones y porque al preguntarles directamente en encuestas de satisfacción responden favorablemente”, “los que se quejan es por su carácter o enfermedad, porque en el centro se ofertan muchas actividades”, “porque se hacen durante todo el día, aunque a algunos residentes no les gusta”, “porque lo suelen comentar y agradecer a diario”, “no existen quejas, se lo pasan bastante bien y son bastante participativos”.

Al preguntar por qué consideran que las personas mayores están satisfechas con las actividades una parte importante de los profesionales hace alusión a las expresiones de los mayores, su agradecimiento por las actividades, “se les ve felices”, manifestaciones, comentarios, por su participación voluntaria, la elección de las actividades, ... “ Sólo alguno de los profesionales habla explícitamente de los intereses y necesidades de los usuarios y sólo algunos de los profesionales expresa que se lleva a cabo una evaluación directa de la satisfacción de las personas mayores con las actividades. Llama la atención una de las respuestas dadas “no tienen criterio propio y se suelen dejar llevar”, por la carga negativa que conlleva y el prejuicio que supone, más aun viniendo de un profesional. Se entiende que quizás lo que ha querido expresar es la falta de iniciativa que en general tienen las personas mayores en estos centros, su dificultad para expresar lo que necesitan o incluso quejarse por algo, todo esto también puede tener cierta relación con su tendencia a agradecer todo como han expresado algunos profesionales en otras de las cuestiones planteadas.

✓ **Perfil del mayor que más participa**

Al preguntar a los profesionales cuál es el perfil de la persona mayor que más participa en las actividades, estas son las respuestas que dieron:

- “Mujer, 65-70 años, deterioro leve-moderado”.
- “Mujer, 65-75 años, clase social media-alta, ciudad, sin estudios”.
- “Mujer, escasa formación o nula, más de 75 años, amas de casa, criadas, trabajos agrícolas, deterioro medio”.
- “Residente con patología cognitiva, la mayor parte mujeres, entre otras cosas porque hay más. De unos 75 años, el 50% son analfabetos funcionales y otros totales”.
- “Personas muy independientes y participativas, que buscan una calidad de vida buena evitando aislamiento. Participan más las mujeres”.
- “Mujer, 80 años, sin problemas mentales, aunque se intenta que todos participen”.
- “Mujer, 70 años, nivel cultural bajo, deterioro medio”.
- “Los hombres participan más”.
- “Mujeres, entre 65-75- años, con una vida activa y poca formación”.

- “Mujer”

- “Hombre, solo, divorciado, separado, hombre de unos 65-70 años, nivel de estudios medios”.

- “Mujer, 75-85 años, sin estudios, viudas, con deterioro cognitivo inicial”.

- “Participan todos”.

- “Todos”.

- “Depende de la vida anterior que han tenido”.

- “Mujeres, de entre 65 y 70 años, que no presentan demencia”.

- “Mujeres, con nivel cognitivo medio-alto, las que tienen mayor formación (cálculo, lectura...), ya que tienen mayor motivación al ver que le salen las cosas”.

- “Depende de la actividad, suele haber más mujeres con un nivel de deterioro bajo”.

- “Hombres y mujeres entre 69 y 70 años y no tienen estudios”.

- “Mujer, independiente, de 70 o más años, con mediana formación”.

- “Sobre todo las mujeres de 68 a 75 años”.
- “Las mujeres, 80 años, costureras o amas de casa sin formación”.
- “Varón, entre 70-80 años, muscular o de huesos, activos sin estudios”.
- “Mayores entre 60-90 años, tanto hombres como mujeres”.
- “Mujeres, entre 65-90 años, independientes para casi todas las actividades”.
- “Mujer, de cualquier edad, condición y formación”.
- “Mujer de cualquier edad, con un deterioro moderado, poca formación”.
- “Mujer, de unos 65 a 85 años, con una demencia senil leve, en su gran mayoría son viudas y normalmente con formación baja o nula”.
- “La mayoría son mujeres, sin formación y con diversidad en las edades”.
- “Mujer, edad 75-85 años, deterioro moderado, nivel de formación básico”.
- “Hombre y mujer con capacidades conservadas o ligero deterioro asociado a la edad o primera fase de demencia, con estilo de vida anterior normal a la media”.

- “Varón de 65 a 75 años (actividades recreativas) y mujer de 60-80 años (actividades culturales)”.
- “Va variando, dependiendo de la actividad”.
- “Mujer, deterioro leve o moderado”.
- “Mujer, 65 años, sin deterioro físico ni psíquico, dedicando toda su vida a desarrollar su profesión (médico, maestra...), aunque también participan amas de casa”.
- “Todos, aunque la verdad es que la edad si influye algo más, además del deterioro”.
- “Sólo vienen mujeres y suelen participar más aquellas que nunca han ido a la escuela y han estado toda la vida trabajando. Todo esto es nuevo para ellas”.
- “Mujeres jubiladas, amas de casa, viudas”.
- “Mujeres, 70-80 años, deterioro cognitivo leve, educación básica”.
- “La mayoría mujeres, de unos 85 años, deterioro cognitivo moderado, viada anterior activa, educación cultural media-alta”.
- “Sin avanzado deterioro, alegres y sobre todo mujeres”.
- “70 años, mujeres, no tienen gran deterioro físico, han sido amas de casa y no tienen estudios”.

- “Mayores con poco deterioro, que son activos y los que sufren poco deterioro cognitivo”.
- “Entre más de 100 ancianos no sé, la mayoría están bien de la cabeza o depende de cómo se levanten”.
- “Los hombres dedican más tiempo a juegos mientras que mujeres a bailes, talleres y charlas”.
- “Muy variado, no puedo especificar”.
- “Mujer (que también son mayoría con respecto al grupo), pero la participación en general es alta”.
- “Los mayores que tienen un mayor nivel de formación”.
- “Mujeres, de 70-80 años con deterioro leve o no deterioro, formación educacional básica o analfabetas”.

Como se puede observar, no hay un perfil claro de persona que participa en las actividades, no hay unas características unánimes en las que coincidan los profesionales, pero se puede decir, que una mayoría considera que el perfil de persona mayor que más participa es mujer y con poco o ningún deterioro cognitivo. Parece que los hombres participan más en unas actividades (“juegos, actividades recreativas”) y las mujeres en otras (“charlas, talleres formativos”). Parece que depende más de características personales y de la vida anterior, que de aspectos generales.

✓ **Dificultades a la hora de llevar a cabo los talleres y actividades**

Las dificultades que los profesionales entrevistados han expresado que encuentran para la realización de los talleres y actividades son las siguientes:

- “Adaptar las demandas del exterior a cada uno de ellos y el déficit de memoria”.
- “El excesivo deterioro de los mayores requiere actividades muy preparadas y con mucho seguimiento, tiempo reducido y el número de residentes es elevado”.
- “Edad y las limitaciones que esta conlleva, trastornos mentales”.
- “Las ganas que tenga cada uno y el estado mental, ya que el 75% están enfermos”.
- “En ocasiones les cuesta motivarse”.
- “Ninguna”
- “Algunos no entienden muy bien las reglas de los juegos, bien por la edad, falta de oído o vista”.
- “No hay dificultades”.
- “Falta de movilidad”.
- “Las rivalidades entre residentes”.
- “Falta de monitores y a veces falta de recursos”.
- “No encuentro dificultad, sólo que existe una diferencia de edad grande dentro de los usuarios”.

- “Falta de personal, son muchos abuelos para dos personas encargadas de realizar actividades”.

- “Recursos económicos”

- “Principalmente el mayor problema es el descontrol de entradas y salidas de los usuarios”

- “A veces la falta de motivación”

- “Ninguna. Son muy participativos”.

- “Ninguna”

- “Que en un centro así hay que estar constantemente renovando para que no entren en una rutina y parece que se acaban las ideas”.

- “Que por su deterioro no pueden hacerlo hasta el final”.

- “La organización y participación de todos, el grado de enfermedad que tengan, etc.”

- “El que alguien tenga alguna deficiencia que no le permita realizarla.”

- “Les cuesta trabajo concentrarse, les entra el sueño y se cansan.

- “El poco movimiento de sus miembros y su deterioro mental”.

- “Recursos económicos”

- “El encontrar diversas patologías en el mismo grupo y tener que adaptar las actividades para todos.”

- “Las distancias y el no poder trasladar a las personas hasta el lugar de la actividad.”
- “En algunas de ellas, como las de autonomía, el problema es la motivación por participar.”
- “Movilidad puntual temporal y variables anímicas diarias.”
- “Falta de personal (monitor, educador, etc.)”
- “Ninguna”
- “Algunos usuarios presentan afectaciones que les limitan mucho la realización de actividades (problemas visuales por ejemplo), por lo que el abanico de posibilidades disminuye”.
- “La falta de personal para desarrollar o llevar a cabo todas las actividades”.
- “Algunas personas se ponen agresivas, se intenta trabajar siempre con las áreas más preservadas”.
- “Que no se encuentren bien, que les duela algo”.
- “El gran grupo y los gustos”.
- “Ser eficaces en el desarrollo de una programación que ha de saber adaptarse a la dinámica funcional de una residencia (horarios, ritmo de trabajo de gerocultores/as), y a los de mayor especialización que requiere esta profesión”.
- “Tenemos que fijarnos mucho en el perfil de cada anciano, para que sean accesibles para la mayoría.”

- “Que la mayoría no quieren hacerlo y se van a jugar a las cartas, al parque o al jardín.”
- “Es complicado que quieran participar la mayoría.”
- “Depende a veces de como lleve el día el residente (alguna preocupación que tenga, enfermedad, dolencia del día...)”
- “Que no todo el mundo es igual de participativo.”
- “A nivel funcional y cognitivo el perfil que tenemos es muy bajo, con muy baja motivación.”
- “El cansancio”.

Respecto a las dificultades que encuentran los profesionales para la realización de las actividades, se han referido a diferentes aspectos. Muchas de las respuestas expresan una vez más la falta de recursos y especialmente la falta de personal y por tanto de tiempo. Muchas de las respuestas hacen alusión a déficits sensoriales, deterioro cognitivo o limitaciones físicas de algunos de los mayores. También expresan los profesionales la falta de motivación de muchas personas mayores y la dificultad que encuentran en lograr su participación en las actividades, se mencionan factores como el cansancio, el sueño, los dolores y molestias que algunos mayores tienen en algunos momentos. Se habla de lo difícil que se hace a veces adaptar las actividades para todos, siendo un grupo heterogéneo en diferentes variables como la edad. También se menciona la dificultad de accesibilidad a la sala de actividades por la dificultad de movilidad de algunos mayores, la falta de organización y la dificultad para adaptarse a los horarios y ritmo de funcionamiento de los centros. Un profesional expresa lo complicado que a veces le resulta encontrar actividades novedosas para los mayores. Cinco de los profesionales dicen no encontrar ninguna dificultad.

✓ **Soluciones propuestas por los profesionales**

Las soluciones que plantean los profesionales para poder paliar las dificultades que encuentran son las siguientes:

- “Llevo muy poco tiempo, así que seguir observando, para poder realizar un análisis DAFO y buscar recursos”.
- “Actividades que los refuercen”.
- “Personal de prácticas (me resulta muy útil); que auxiliares y cuidadores puedan disponer de espacios de apoyo”.
- “Más personal”.
- “Trabajo diario con ellos, contacto personalizado con cada uno de los residentes”.
- “En lo que a mí respecta, realizo estimulación cognitiva y rehabilitación funcional) dividiría a los residentes según deterioro físico y/o cognitivo, creo que así me sería más fácil”.
- “Tener a las personas ocupadas y adaptar las actividades a las necesidades y características del mayor. Para la depresión lo mejor ocupación e integración”.
- “Adaptar los juegos a cada uno, o sea, crear grupos más o menos afines y adaptar los juegos a ellos”.
- “Posiblemente un taller con fisioterapeuta”.

- “Ofertar actividades variadas para que los residentes puedan elegir”.
- “Más recursos económicos”
- “Planificar más actividades en función de la edad”.
- “Proponer otras actividades más dinámicas”.
- “Seguir formándome y buscar más sitios, compañeros... que me den nuevas ideas”.
- “Adaptar los talleres a cada persona”.
- “Seguir una planificación previa en la que se puedan establecer grupos para trabajar con ellos”.
- “Tener más recursos y personal”.
- “Es difícil, pero conseguir captar su atención”.
- “Realizar talleres más amplios y más personal cualificado”.
- “Mejora de recursos económicos”
- “Mejora de recursos económicos y profesionales”.
- “De momento ninguna, ya abarco casi más que puedo”

- “Tener la posibilidad de separar a los mayores por patologías y contar con más personal”.
- “Es muy complicado de solucionar, debido a que son personas con incontinencias y necesitan ir al baño, salir de vez en cuando, aunque se podrían regular las horas de entrada a los servicios”
- “Utilizar algunas herramientas educativas para fomentar la participación”
- “Comunicar con antelación la actividad”
- “Incorporación de monitores especialistas, más trabajadores sociales, colaboración universidad-alumnos en prácticas”
- “Animarlos y motivarlos para que participen”
- “Hacer grupos de usuarios con características parecidas y así poder aprovechar mejor el tiempo y los recursos”
- “La medida que llevo a cabo es la animación, anima a todos los residentes a participar en los talleres”
- “Hacemos dos grupos: están divididos en más preservados y en menos. Por un lado están los físicos y por otro los cognitivos (la gimnasia es lo único que hacen en común)”
- “Comprensión y paciencia”

- “Cuando se encuentran mal no hay manera de motivarlos para que trabajen”
- “Actividades variadas y que salgan de la rutina y formar pequeños grupos”
- “Mayor formación y cualificación por parte de todos y el enriquecimiento de otras dinámicas de trabajo puestas en marcha en otros lugares”.
- “Obtener más ayuda a la hora de realizarla”.
- “No lo sé, porque ellos aquí viven muy bien y hacen lo que les apetece, esta es su casa y no puedes obligarlos, hay hasta quienes viajan con el IMSERSO”.
- “La distribución de las horas en el horario, la contratación de un terapeuta y un animador, ampliación del horario de trabajo del trabajador social”.
- “Convencerles e incitarles”
- “Buscar actividades que se adapten al perfil”.
- “Son dificultades ajenas al centro”.

Entre las propuestas que plantean para solucionar dificultades que se presentan en la realización de los talleres y actividades expresan el aumentar el número de profesionales, insistir en la motivación y refuerzo de los mayores, buscar actividades que se adapten a cada persona mayor, buscar más recursos y apoyos, realizar diferentes actividades en pequeños grupos homogéneos, adaptar los horarios de las actividades, ofrecer actividades variadas que permitan elegir entre diferentes opciones, trabajo más personalizado con cada

persona mayor, actividades más dinámicas, utilizar técnicas educativas, etc. Una de las necesidades que muchos de los profesionales expresan es el aumento de personal y de recursos.

✓ **Profesionales que forman el equipo interdisciplinar del centro**

Según las respuestas dadas por los profesionales al preguntarles por quiénes forman parte del equipo interdisciplinar del centro, los profesionales de este equipo suelen ser por lo general, considerando los nombrados por un mayor número de profesionales, los siguientes: terapeuta ocupacional, trabajador social, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, psicólogo, fisioterapeuta, médico, director, personal de cocina, lavandería, mantenimiento, recepción, conductor, etc. En algunos centros también se han nombrado a la peluquera.

Otros profesionales también nombrados, pero por un número menor de profesionales han sido el animador sociocultural, el educador social, el pedagogo y monitor ocupacional. Como vemos estos profesionales no siempre están en los Centros de Día y Residencias. Los voluntarios han sido nombrados por dos profesionales.

✓ **Profesionales que participan en las actividades (en su realización o programación)**

Al preguntar por los profesionales que participan en las actividades, bien sea en su realización o programación, los profesionales que están implicados según sus respuestas son el terapeuta ocupacional (N=15), el trabajador social (N=14), el psicólogo (N=14), el fisioterapeuta (N=13), los auxiliares de enfermería (N=6), Animador sociocultural (N=3), Educador social (N=4), el pedagogo (N=1), la voluntaria (N=2), el monitor ocupacional (N=1), el médico (N=1), el logopeda (N=1), "las hermanitas/monjas" (N=1). Se ha especificado la frecuencia con que ha aparecido cada uno de los profesionales o personas como implicadas en las actividades.

Catorce de los entrevistados dicen que todos los profesionales participan de algún modo en las actividades, sin nombrar las profesiones. En dos de estos catorce se especifica que todos participan menos el médico y en otro caso que todos menos el director del Centro. En un caso se ha nombrado también el personal de cocina, lavandería, ordenanza, etc.

✓ **Otra Información útil**

Se exponen otros aspectos que han expresado los profesionales en el último apartado reservado para dar otra información que estimaran útil o relevante:

- “Es muy importante que se lleven a cabo actividades en las que se vean integrados en la comunidad y la realización de un análisis DAFO puede resultar muy útil”.
- “La gratificación personal que se siente al trabajar con estas personas, ya que son muy agradecidas.”
- “Observo muy poca conciencia social hacia nuestros mayores”.
- “Hay poca comunicación entre los profesionales que puede ser debida a la falta de tiempo”.
- “El concepto de residencia no me gusta, se cree que es para una persona mayor que no sirve y hay gente muy independiente”.
- “Aparte de lo físico de estas personas, todos están necesitados de amor, echan de menos a sus familias, aunque aquí no les falte de nada”.

- “Falta de ganas por parte de los encargados (políticos) de aportar dinero para poder realizar mejor las labores diarias”.
- “Las personas mayores son muy agradecidas”.
- “Experiencia ideal, el trabajar con mayores y buen ambiente en el centro, "como una familia”.
- “Que debemos ayudar y tratar con nuestros mayores”.
- “Necesidad de que social y formativamente se visibilice este sector de población y al personal que trabaja directamente con él”.
- “La importancia de trabajar desde la alegría, la sonrisa y el cariño”.
- “Saber comprender las limitaciones de la edad”.
- “Me siento muy satisfecha con lo que hago, ellos continuamente me lo agradecen y me da mucha pena pensar que cuando yo ya no pueda venir más ellas no puedan continuar con las actividades que tanto les gusta”.
- “Necesidad de potenciar el voluntariado”.
- “Este centro es un centro muy familiar, hay un buen ambiente y sobre todo, los usuarios y ellos se sienten a gusto y satisfechos”.
- “Me parece muy importante animar a los familiares a participar con ellos”.

Con esta información podemos observar que muchos de estos profesionales disfrutaban con su trabajo y lo encuentran gratificante. Por el lenguaje que utilizan en general hace pensar que son profesionales humanos y

cercanos con los mayores. Un tema que expresan es la necesidad de plantear actividades que fomenten la integración en la comunidad así como la importancia de implicar a la familia en las mismas. Son tres los profesionales que refieren lo agradecidas que son las personas mayores que acuden a estos centros. También aparece el tema de la poca comunicación entre los profesionales, que según dice el mismo profesional que lo expresa, podría ser debido a la falta de tiempo de que disponen. Vuelve a salir de nuevo en este apartado el problema de la falta de recursos.

Un profesional habla de las necesidades afectivas de este colectivo. También se señala la importancia del trato humano, cercano, afectivo y desde la comprensión. Otro aspecto que se destaca es la necesidad de concienciar socialmente a la población y hacer visibles a este colectivo y sus profesionales.

6.9. Discusión y conclusiones

Nos planteábamos algunas preguntas antes de comenzar el estudio, a las que trataremos de dar respuesta considerando los resultados obtenidos.

Una de ellas era si las actividades que se llevan a cabo en las Residencias y Centros de Día son las más adecuadas para las personas mayores usuarias de estos servicios y si cubren sus necesidades.

Consideramos que las actividades que se ofrecen, en su mayoría son adecuadas, ya que tratan de cubrir alguna de las dimensiones de la calidad de vida que se ha visto por diferentes estudios que son importantes para la persona (actividad física, rehabilitación, actividades recreativas, etc.). Sin embargo, hay algunos programas de los que se han expuesto en el marco teórico como necesarios para trabajar determinados aspectos, que apenas aparecen, como son las intervenciones psicoafectivas en forma de grupos terapéuticos o terapia de grupo, que supondría un importante apoyo emocional para la persona, un espacio para exponer sus preocupaciones y necesidades afectivas, podrían ayudar a mejorar el autoconcepto, el estado de ánimo, etc. Tampoco aparece la

terapia de reminiscencia. Consideramos que también sería necesario ofrecer más actividades educativas y de animación sociocultural.

Respecto a cuáles son las actividades que desearían realizar los mayores, podemos decir que prefieren realizar actividades grupales, adecuadas a sus capacidades, que les hagan disfrutar, pasar un buen rato, pero que no supongan gran dificultad ni esfuerzo.

En cuanto a la cuestión de si se enfocan las actividades para mejorar la calidad de vida de las personas mayores consideramos que en ocasiones se hacen actividades sin tener en cuenta si realmente van a suponer un beneficio o mejora de la calidad de vida de la persona mayor. No se profundiza lo suficiente para conocer el concepto de calidad de vida para estas personas. Otras sin embargo sí van en esta línea, abordándose algunos de los factores importantes que componen el concepto de calidad de vida.

Considerando las dimensiones e indicadores de calidad de vida propuestos por Shalock y Verdugo (2002/2003), habría que insistir más en algunos de ellos, que no aparecen tan representados en las actividades e intervenciones: ocio, autoconcepto, participación en la comunidad, competencia, educación, etc.

Otra cuestión que nos planteábamos era qué dificultades encuentran los profesionales para la realización de los programas y actividades.

Entre las dificultades que los profesionales encuentran para llevar a cabo las actividades está el deterioro de algunos pacientes y la heterogeneidad del grupo, lo que hace difícil hacer actividades adaptadas a todas las personas mayores. Esta cuestión se aborda con más detalle más adelante, al hablar sobre los diferentes objetivos específicos.

El planteamiento del problema inicial era en qué medida los programas de actividades llevados a cabo en las Residencias y Centros de Día cubren las

necesidades educativas, participativas y las motivaciones e intereses de las personas mayores residentes y cómo se podrían mejorar.

Con todos los datos de que disponemos, podemos decir que se hacen diferentes actividades, pero muchas de ellas no se plantean considerando los intereses de las personas mayores ni sus necesidades. En la mayoría de los casos el profesional elige las actividades sin preguntar a la persona mayor, guiándose por otros criterios o por lo ya establecido.

Sin embargo, sí consideramos que son beneficiosas para la persona mayor las actividades que se les ofrecen, teniendo en cuenta su satisfacción con las mismas, su participación y que se diseñan tratando de beneficiar a los usuarios. Faltaría hacer algunos cambios y diseñarlas partiendo siempre de los intereses, necesidades y preferencias de las personas mayores.

Partíamos además de una serie de hipótesis, esperando que:

- La participación en las actividades sería baja en general, aunque habría diferencias dependiendo de la persona y del tipo de actividad.

Respecto a la participación, un 61,3 % responde que sí participa en las actividades, un 4,9 % que no, un 14,5 % que en la mayoría, un 17,7 % que en algunas y un 1,6 % no contesta. Considerando estos resultados podemos decir que no se confirmaría nuestra hipótesis de partida, ya que la mayor parte de las personas mayores dice participar en las actividades.

Sin embargo, analizando las diferentes actividades en las que las personas mayores han dicho participar, todas aparecen con porcentajes bajos, por lo que podríamos decir que los mayores participan, pero sólo en algunas de las actividades.

- Los profesionales encontrarían diferentes dificultades para la realización de los programas y actividades como poco tiempo, heterogeneidad del grupo, falta de personal, etc.

Esta hipótesis sí se ha corroborado, ya que entre las dificultades que expresan tener los profesionales está la falta de recursos, de personal, la heterogeneidad del grupo de personas mayores, etc.

- El estado de ánimo de los mayores en general será bajo.

En este sentido los resultados han sido más positivos de lo que esperábamos, siendo el estado de ánimo más frecuente expresado por las personas mayores alegre, con un 46,8 %, seguido de tranquilo con un 41,9 %. Otros estados de ánimo aparecen con porcentajes más bajos.

El 9,7% dice estar triste la mayor parte del tiempo y un 1,6% dice estar deprimido. Estos porcentajes no se alejarían de los resultados de otros estudios, que consideran que la prevalencia en personas mayores en las formas clínica (deprimido) estaría en un 3% y en las formas subclínicas entre el 8 y 15% (Beekman, Copeland y Prince, 1999; Karel y Hinrichsen, 2000).

- Habría falta de programas educativos y psicosociales, debido a falta de personal entre otros motivos.

Consideramos que las actividades más frecuentes, según las respuestas dadas tanto por las personas mayores como por los profesionales, son recreativas y de rehabilitación funcional, siendo insuficientes los programas de animación sociocultural, los educativos y los psicoafectivos. Por lo tanto, en este sentido sí se habría cumplido nuestra hipótesis de partida.

Respecto a los objetivos, algunos de los cuales coinciden con las preguntas anteriores, consideramos que hemos podido cumplir la mayoría de ellos.

El objetivo general y principal del estudio era analizar las acciones psicosociales y educativas presentes en los Centros de Día y Residencias de mayores en Andalucía, para realizar propuestas de mejora de estos programas

y actividades que redunden en una mejor calidad de vida de las personas mayores.

Para lograr este objetivo se ha tratado de conocer la opinión de las personas mayores respecto a los programas, las actividades que se les ofrecen, su satisfacción con los mismos, su participación, las actividades en las que más participan y en las que menos, cómo prefieren que se lleven a cabo, los motivos que les llevan a participar y los beneficios que encuentran, posibles cambios que realizarían, así como sus intereses, entre otros aspectos. Como se pretende finalmente mejorar la calidad de vida de estas personas, se ha querido conocer otros factores de sus vidas y la importancia que les dan (relaciones, estado de ánimo, preocupaciones, atención que reciben, etc.), ya que toda esta información nos dará pistas acerca de hacia dónde enfocar las actividades y talleres en estos centros.

Retomando los objetivos específicos que nos planteábamos inicialmente, exponemos en adelante las conclusiones a las que hemos llegado tras el trabajo realizado.

1. Conocer las características sociodemográficas y el estado de las personas mayores que son usuarias de Centros de Día y Residencias.

Nos parecía importante conocer las características y circunstancias que rodean a las personas mayores que acuden a estos centros, ya que éstas influyen decisivamente en la forma de intervención y en las acciones psicosociales y educativas a realizar.

En cuanto al sexo la mayoría de los usuarios de estos centros (al igual que el conjunto global de la población de personas mayores) son mujeres. Los estados civiles más predominantes son la viudedad y la soltería. Son personas con bajo nivel educativo, que en la mayoría de los casos no han tenido acceso a la escolarización o durante muy poco tiempo, ya que han tenido desde la niñez diferentes responsabilidades. Las mujeres han sido en su mayoría amas de

casa. Otras se han dedicado al servicio doméstico o a la agricultura. Los hombres han tenido diferentes profesiones como la agricultura, la ganadería, la construcción, etc.

2. Analizar los programas y actividades llevados a cabo en estos servicios así como la satisfacción y participación de los usuarios en los mismos.

Basándonos en los resultados podemos decir que en los Centros de Día y en las Residencias se realizan diferentes tipos de actividades como gimnasia, manualidades, actividades recreativas (bingo, juegos...), lecto-escritura y talleres de cocina entre otras.

Hay actividades que se realizan en estos centros y no todos los mayores nombran. Lo que más interesa es qué actividades tienen los mayores presentes de las que se ofertan, ya que si se hacen otras actividades y los mayores ni siquiera las nombran es que no las tienen en mente y difícilmente participarán en ellas. De ahí podemos observar la necesidad de una mayor difusión e información al usuario de estos servicios, con horarios de las diferentes actividades, recordatorios, etc.

Según los resultados, la mayor parte de las personas mayores entrevistadas participan en algún tipo de actividad. Las actividades en que participan un mayor número de personas son la gimnasia, el bingo, las manualidades y las salidas fuera de los centros. Sin embargo, como ya se ha dicho, la participación en las diferentes actividades es baja, si consideramos los porcentajes que aparecen en cada actividad.

Habría que analizar con más detenimiento si son las de mayor participación porque son las que se ofrecen en un mayor número de centros o porque son las que los mayores más demandan. Algunas de las actividades han sido nombradas por muy pocas de las personas mayores, lo que nos hace pensar que se ofrecen en muy pocos centros.

Entre las actividades de menor participación está la psicoestimulación, entendemos que en parte se puede deber al esfuerzo que supone para la persona mayor, también porque en muchos casos son actividades con las que los mayores no están familiarizados, no siendo actividades que supongan una continuidad con la actividad que han tenido a lo largo de su vida. Podría plantearse ofrecer esta actividad de una forma más amena, mediante juegos en grupo, introduciendo otras variables o materiales, no siendo como con frecuencia suele realizarse (fichas, ejercicios individuales, etc.).

Las actividades de mayor participación implican creatividad, movimiento, contacto con el exterior, salir del centro, trabajar en grupo, relacionarse y estimulación de funciones, por lo que se deberían de ofrecer más actividades al aire libre, que sean grupales, participativas, que supongan movilización, estimulación, contacto, etc.

3. Conocer las motivaciones, intereses y necesidades de las personas mayores en Centros de Día y Residencias.

Para conocer las necesidades hemos preguntado sobre diferentes aspectos como las relaciones, la satisfacción con la atención que reciben, preocupaciones, etc. También se ha preguntado sobre intereses y motivaciones, actividades que les gustaría realizar, cosas que le habría gustado aprender, etc.

En general las personas mayores están satisfechas con la atención y servicios que se les ofrece en las Residencias y Centros de día. Algunos aspectos a mejorar serían cierta flexibilidad en algunos de los horarios y tener más libertad de elección en cosas cotidianas. Algunos mayores perciben prisas y falta de tiempo en los profesionales. Alguno de los participantes también consideraba necesario modificar la forma de usar los espacios comunes.

Las relaciones de los mayores son en la mayoría de los casos positivas, tanto con los compañeros como con el personal y sus familiares. Un 9,7% ha dicho no tener ningún amigo en el centro, lo que debería de ser un aspecto a

trabajar con este grupo de personas, ya que es importante que las personas puedan tener amigos identificables y apoyo social con sus compañeros. Se ha podido observar que muchos de los mayores reciben menos visitas y llamadas de las que desearían (30,6%). Sería necesario prestar atención a este aspecto, con intervenciones con la familia, favorecer encuentros, acciones dirigidas a sensibilizarlos acerca de lo importante que es para los usuarios el contacto familiar.

Al preguntar a los usuarios sobre qué actividades nuevas les gustaría realizar, han sido diversas las que han mencionado. Entendemos que serían actividades que se podrían ofrecer desde estos recursos. Las de mayor preferencia han sido: actividades relacionadas con el teatro y la música, espectáculos, fiestas, cine, bingo, trabajos manuales, actividad física, servicios religiosos, grupos de orientación sobre la vida, actividades culturales, grupos de apoyo o autoayuda y grupos de discusión entre otras.

Algunas de estas actividades se ofrecen en algunos de los centros y han sido mencionadas por algunos de los participantes al preguntar por las actividades que se llevan a cabo en el centro o actividades en que participan (fiestas, cine, bingos, trabajos manuales, actividad física y servicios religiosos), mientras que otras de las que les gustaría realizar, como son actividades relacionadas con la música, espectáculos, teatro, grupos de orientación sobre la vida, actividades culturales y grupos de apoyo y de discusión, no se ofertan en la mayor parte de los casos. Podemos considerar que si estas actividades se ofrecieran en estos servicios, serían actividades de alta participación, ya que irían en consonancia con las preferencias de las personas mayores.

Parece que en general la actividad de los mayores antes de acudir a estos servicios era menor o similar. Recordemos que un 9,6 % de los participantes han respondido que antes de acudir al centro o residencia no hacían nada. Para muchas de las personas mayores el acudir a la Residencia o Centro de Día ha supuesto un aumento de su actividad (30,6%).

La mayoría de las personas mayores de estos centros echa de menos algunas cosas de su vida antes de acudir al centro, como compartir más tiempo con sus familiares, vecinos y amigos o estar en su casa en el caso de las personas que están en residencia. Por esto es importante, que además de poder hacer nuevas actividades que les resulten positivas, puedan seguir manteniendo actividades que realizaban antes, así como mantener el mayor contacto posible con sus familiares y amigos.

Las actividades más frecuentes en las que los mayores ocupaban el tiempo antes de acudir al centro de día o residencia eran ver la televisión, pasear, relacionarse o estar con la familia o amigos/as, todas éstas en el 32,2 % de los participantes. A continuación estarían actividades relacionadas con la limpieza y cocina (17,7 %) y con la costura (16,1 %). Es importante considerar estas actividades para poder ofrecer actividades acordes a sus gustos previos, poder mantener actividades anteriores.

Se puede apreciar poca iniciativa de la persona mayor, dificultad para expresar sus gustos y preferencias. Las personas en estos centros suelen adoptar un rol pasivo, con una actitud de agradecimiento constante en muchos casos. Los participantes dieron pocas respuestas espontáneas al preguntarles por qué actividades les gustaría realizar, eligiendo en la mayoría de los casos algunas de las alternativas que se les ofrecía en ese ítem. Sería necesario aumentar esta iniciativa fomentando que tomen decisiones, preguntándoles sobre su opinión y reforzándoles el que hablen de sus necesidades y deseos.

La mayoría de las personas expresa que le habría gustado estudiar más y haber aprendido a leer y escribir o haber mejorado esta capacidad. Como ya se ha dicho han sido personas con pocas oportunidades educativas, por lo que se podría utilizar el contexto de los centros para poder ofrecerles esa posibilidad.

4. Conocer qué profesionales suelen formar parte del equipo interdisciplinar en estos centros y las funciones que desempeña cada uno.

El equipo interdisciplinar de estos centros suele estar compuesto por el terapeuta ocupacional, el trabajador social, el personal de enfermería, los auxiliares de enfermería, el psicólogo, el fisioterapeuta, el médico y el director.

Otros profesionales que en algunos casos también forman parte del equipo son el animador sociocultural, el educador social, el pedagogo y monitor ocupacional. Estos profesionales no siempre están en los Centros de Día y Residencias, lo que nos hace ver una necesidad de un mayor número de profesionales.

Otros trabajadores en estos centros serían el personal de cocina, lavandería, mantenimiento, recepción, conductor, etc.

5. Detectar posibles dificultades que encuentran estos profesionales para realizar los talleres y actividades y ofrecer posibles soluciones de mejora.

Además de las dificultades que ya se han expresado anteriormente, como son la falta de personal, de recursos y de tiempo, otras que expresan los profesionales hacen alusión a déficits sensoriales, deterioro cognitivo o limitaciones físicas de algunos de los mayores. También expresan los profesionales la falta de motivación de muchas personas mayores y la dificultad que encuentran en lograr su participación en las actividades, se mencionan factores como el cansancio, el sueño, los dolores y molestias que algunos mayores tienen en algunos momentos. Se habla de lo difícil que se hace a veces adaptar las actividades a todos. También se menciona la dificultad de accesibilidad a la sala de actividades por la dificultad de movilidad de algunos mayores, la falta de organización y la dificultad para adaptarse a los horarios y el ritmo de funcionamiento de los centros. Un profesional expresa lo complicado que a veces le resulta encontrar actividades novedosas para los mayores.

La mayoría de las veces los programas y actividades se realizan sin preguntar a los propios interesados y guiados por la intuición o por lo ya establecido, sin saber si se está actuando de la manera más adecuada. Se ha podido ver que en muchos casos no se tienen en cuenta las opiniones de los mayores para la planificación de las actividades, lo que sería imprescindible para que las mismas sean acordes a las necesidades de los usuarios.

6. Con todas las conclusiones expuestas, planteamos algunas pautas para la mejora de la intervención con personas mayores en Residencias y Centros de Día, que era el último de los objetivos que nos habíamos planteado.

Hemos tratado de dar algunas pistas al mismo tiempo que hemos ido comentando las diferentes cuestiones, hipótesis y objetivos.

Las actividades de mayor participación implican creatividad, movimiento, contacto con el exterior, salir del centro, trabajar en grupo, relacionarse y estimulación de funciones cognitivas y físicas, por lo que se deberían ofrecer más actividades al aire libre, que sean grupales, participativas, que supongan movilización, estimulación, contacto, etc.

Hay que tener en cuenta que las personas con deterioro cognitivo importante no han sido entrevistadas. La mayoría de estas personas participan en un número muy limitado de actividades o en casi ninguna, dependiendo del grado del deterioro. No se debe olvidar ofrecer actividades alternativas acordes a sus necesidades y adaptadas a sus déficits.

Sería necesario introducir algunos cambios en las actividades, como adaptarlas a la capacidad de la persona mayor y ampliar la variedad de actividades para que puedan ser del interés de todos, además de que se realicen con mayor frecuencia, principalmente las más demandadas por los mayores.

Tras las respuestas dadas por las personas mayores en cuanto a los motivos de participación en las actividades, se pueden desprender los siguientes beneficios que encuentran en las actividades en que participan: mejorar el estado de ánimo, mejorar la autoestima (sentirse capaz de realizarlas, etc.), relacionarse con los demás, mantenerse activo, mantener las capacidades físicas e intelectuales. Conociendo los beneficios que les aportan las actividades en que participan, los programas de actividades deberían de ir en la línea de aportar estos beneficios y hacérselos ver a las personas mayores, lo que aumentaría la motivación de las personas mayores para participar en los mismos.

Observando los estados de ánimo de los mayores así como su nivel de actividad en comparación a antes de acudir al centro, nos puede hacer pensar que los Centros de Día y Residencias son en general positivos para las personas.

Aunque queda mucho por mejorar, el panorama no es tan negativo como se exponía hace años en algunas fuentes: “en la mayor parte de las ocasiones, la permanencia en la residencia sólo garantiza la satisfacción de las necesidades fisiológicas más básicas, limitando el fomento y atención de los aspectos sociales y socioculturales a ver la TV, jugar a las cartas o hacer tediosos trabajos manuales. La falta de actividades de integración y promoción de la autonomía personal es evidente en la mayoría de centros (IMSERSO, 2005).“

Para la persona mayor se ha podido ver que es muy importante sentirse con capacidad, apoyo familiar y social, por lo que se podrían aumentar las actividades en que participaran familiares, así como actividades que les hagan sentirse con capacidades y con un sentimiento de estar haciendo algo útil, tanto porque las actividades estén adaptadas a sus capacidades como porque algunas de las actividades supongan crear algo con utilidad, para el centro, poder regalar a alguien, etc.

Hay que destacar la poca esperanza respecto al futuro que se ha podido apreciar por las pocas respuestas dadas en el ítem acerca de qué podría hacerte sentir mejor. Se observa con ello que hay pocos objetivos vitales de mejora o poca esperanza de cambio. Sería necesario fomentar actividades dirigidas a mejorar este aspecto.

Las personas mayores han expresado no participar en algunos de los talleres por resultarles difíciles o no tener capacidad. En este sentido, sería necesario facilitar la corrección de los déficits sensoriales que presente la persona o adaptar y modificar los materiales para que estos no sean un obstáculo para la realización de la tarea, así como ofrecer actividades que no resulten muy difíciles para las personas mayores.

Consideramos muy importante favorecer la mayor continuidad entre la vida que la persona mayor llevaba antes de acudir al centro o residencia, especialmente en este último recurso, donde hay mayor riesgo de institucionalización y de pérdidas a diferentes niveles. El centro de día tiene la ventaja de favorecer esta continuidad, ya que el usuario pasa parte del día en su domicilio. Esta medida de continuidad iría en la misma línea de lo expresado por autores como Atchley (Atchley, 1971).

Una posibilidad que se podría considerar sería realizar varias actividades al mismo tiempo, con pequeños grupos y una pequeña supervisión de algunas de las actividades por un profesional, para que mientras unos mayores participan en una tarea otros puedan estar con otra actividad más cercana a sus gustos y así poder hacer con más frecuencia actividades que los mayores demandan más.

Consideramos que sería necesario incluir en la entrevista inicial con el usuario más cuestiones relacionadas con sus preferencias y gustos personales así como las actividades que realizaba antes de acudir al centro, etc.

Se podrían plantear actividades dirigidas a acercar nuevas tecnologías a estas personas, que les permitan tener más contacto con familiares y amigos (uso del teléfono móvil, etc.), que ha sido algo que muchos de los mayores echaban de menos.

Debemos favorecer la mayor autonomía y evitar conductas que favorezcan la dependencia, por parte de los profesionales y profundizar en el concepto calidad de vida, de forma que la persona sea el núcleo de toda intervención y programa.

Como se ha visto, la participación en las actividades es voluntaria, por lo que es importante fomentar la participación y motivar a ello, pero respetando la preferencia de la persona mayor y su decisión sobre cómo ocupar su tiempo, no insistir en exceso, pudiendo llegar la persona mayor a sentirse presionada y a participar por contentar al profesional, como se ha podido ver en algún caso.

Es muy importante el tipo de relación que se establece entre usuarios y profesionales. Sería positivo que estas relaciones fueran más cercanas, más de igual a igual, más horizontales. Se les debe hacer ver lo importante de su participación, colaboración y que esta sea activa.

Es necesario que las actividades partan del propio proyecto de vida de la persona mayor y al mismo tiempo ayuden al desarrollo del mismo. Ayudar a la persona mayor a conocerse mejor, ser más consciente de sus capacidades, limitaciones, necesidades y deseos.

Debemos favorecer que las personas mayores puedan realizar actividades más allá de los talleres planificados por los profesionales, favorecer acceso a ciertos materiales o espacios para actividades que puedan realizar los mayores libremente.

Uno de los problemas que tanto los mayores como los profesionales han expresado es la falta de personal y recursos, lo que repercute en una falta de

tiempo, menos actividades, atención con prisas, etc. Sin duda es un aspecto que sería necesario mejorar.

La valoración, además de ser interdisciplinar, debe incluir desde el modelo psicosocial las principales áreas y objetivos (Leturia et al., 2001). Se debe de profundizar en los intereses, necesidades y proyecto vital de la persona, tratando de motivarlo al cambio y la mejora.

La evaluación se realizaría en diferentes momentos: antes de que la persona acuda al centro, a la semana de inicio y de forma periódica para ir ajustando el plan de intervención. Debe de cubrir todas las áreas de la persona. Con cada intervención y actividad nos deberíamos de preguntar en qué va a ayudar a cada persona a alcanzar sus logros personales (su proyecto de vida).

Los diferentes profesionales deberían ponerse de acuerdo en las diferentes programaciones, aunque cada uno de ellos se dedique a algunos de ellos, según su área. Siempre contando con el criterio de la persona mayor. El equipo se plantearía los objetivos a lograr con cada persona mayor según la valoración realizada con anterioridad, diseñando el Plan Personalizado de Atención, que se irá modificando a lo largo del tiempo según nuevas necesidades detectadas y objetivos de intervención.

Deberíamos partir siempre desde el modelo centrado en la persona y desde la relación de ayuda.

Hemos visto que algunas de las personas mayores desearían mayor flexibilidad en los horarios, lo que en algunos casos individuales se podría plantear algún cambio, para que la persona pudiera estar lo mejor posible sin interferir en el resto de atención del centro. Se deberían considerar las opiniones de los usuarios para establecer los horarios y rutinas de los centros.

Es preciso hacer partícipe a la persona en la intervención y programas, informándole de los objetivos que se pretenden, las actividades que se realizan y su importancia, las actividades que les pueden ayudar, etc. Es muy relevante la

participación de las personas mayores en todas las fases: diseño, ejecución y evaluación.

Debemos de ofrecer alternativas de actividades para los diferentes perfiles de mayores, respetando sus valores, creencias, valorando sus necesidades y sentimientos y permitiendo que puedan expresarse libremente.

La intervención debe de ser personalizada, donde se conozca a la persona en profundidad, sus necesidades, gustos personales, su propia idea de calidad de vida, para así poder ofrecer programas y actividades acordes a esta idea y a sus características personales (modelo centrado en la persona).

Podría plantearse que algunas personas pudieran hacer pequeñas tareas cotidianas (hacer la cama, recoger su plato, etc.), que les puedan hacer sentir como en su casa y tener un mayor sentido de utilidad.

Como han expuesto muchas de las personas mayores es importante permitir la decoración y personalización de las habitaciones, con fotos de sus vidas, recuerdos, etc.

Cabe mencionar la necesidad de diversificar los lugares de las actividades, reservando un espacio para cada tipo de actividad, ya que como hemos visto en la mayor parte de los centros se hace todo en una de las salas.

Trataremos de realizar actividades en las que la persona mayor se sienta útil y facilitar que siga manteniendo una vida lo más similar posible a la que llevaba antes del ingreso en la residencia. Para ello, facilitaremos el contacto con sus familiares, amigos y con su entorno, procuraremos que siga realizando las mismas actividades, etc. Los programas de intervención facilitarán esto e irán en esta misma dirección.

Ante una baja participación, nos debemos preguntar si se ofrecen actividades satisfactorias para la persona, valorar y resolver en la medida de lo

posible los problemas relacionados con esta baja participación, discutir con la persona la oferta de actividades.

Consideramos que aunque todos los profesionales deben estar sensibilizados en el fomento de la participación y actividad de los mayores, involucrándose de algún modo en las actividades y programas y dándoles el valor que se merecen, se deben concretar qué profesionales serán los responsables de cada tipo de programas y tipos de actividades. Como se ha visto no están bien definidas las funciones de cada profesional, solapándose en muchos casos dichas funciones y no aprovechándose la formación y capacidades que cada profesional tiene de un modo más destacado. Algunos profesionales asumen funciones que serían más propias de otros, como es el caso de los profesionales que realizan actividades de animación sociocultural y de tipo educativo, que serían más propias de los educadores sociales. Debería llegarse a un mayor acuerdo en las asignación de estas funciones, pudiéndose aprovechar mucho mejor los recursos y capacidades de cada profesional.

La metodología para realizar las actividades con personas mayores en estos centros debe de ser participativa, que permita la relación con los demás, debe de permitir el diálogo. En algunas de las actividades los grupos no deben ser muy numerosos (5 ó 6 personas como máximo), con nivel similar. La metodología debe adaptarse a los déficits que presente la persona mayor así como a sus habilidades.

Se evitarán actividades muy dificultosas para la persona mayor, que lo único que conseguirán será desmotivar a la persona por no poder llevarlas a cabo y disminuir su participación en otras ocasiones. Debemos prestar más atención al proceso que al resultado de la actividad.

Consideramos conveniente fomentar la figura del educador social en estos centros, dar la importancia a la labor que pueden aportar, con las posibilidades que desde la educación se pueden ofrecer a la intervención.

Considerar en las intervenciones los objetivos de diferentes disciplinas como la Gerontología y la Gerontagogía, considerando las intervenciones educativas y sociales como formas para que la persona mayor pueda llegar a la autorrealización.

Es de suma importancia trabajar siempre partiendo de los factores implicados en un envejecimiento satisfactorio y en la calidad de vida de las personas mayores, de esta forma enfocaremos nuestras intervenciones y programas para que estén en consonancia con la facilitación o acercamiento a los mismos. Tratar de que nuestras intervenciones y programas tengan en cuenta todas las dimensiones de la persona, tanto la física, como la cognitiva, personal y social.

Se deberían concretar intereses para definir programas más ajustados a las demandas de las personas mayores y ofrecer diversos tipos de actividades, ya que los intereses de las personas mayores son heterogéneos. De esta forma se permitiría la participación de todas las personas mayores en mayor o menor medida.

No debemos olvidar ninguna de las dimensiones de la educación al programar actividades educativas para los mayores en residencias (dimensión propedéutica, interpretativa-crítica, instrumental, etc.), para que la persona mayor esté capacitada para poder afrontar los cambios sociales y tecnológicos, tenga mayor capacidad de reflexionar y comunicarse con los demás de un modo favorable y enriquecedor pudiendo tener un desarrollo integral.

Es necesario motivar a la persona mayor y hacer que recobre el interés por las cosas, siendo la educación un recurso que tenemos a nuestra disposición para lograr esto. Las personas mayores pueden tener en estos centros la oportunidad de acercarse a la educación, ya que la mayoría no pudieron beneficiarse de la escolarización.

Vemos necesario ofrecer más intervenciones dirigidas a las familias, con información, orientación y apoyo, implicándolos más en el centro y en la vida de las personas mayores. Además de esto, sería muy beneficioso el fomento del voluntariado y de las relaciones intergeneracionales.

La educación de las personas mayores puede representar un espacio, consciente o no, para consolidar una identidad más fuerte, hallar el medio de trascender dificultades y cubrir sentimientos de vacío, a través de la relación con los otros y la inmersión en nuevos conocimientos.

Además del origen ilusionante que las actividades educativas tienen para las personas mayores y de ahí su vinculación con la creatividad, éstas son también significativas en el autoconocimiento de los individuos. Si se tiene una mejor comprensión del lugar donde estamos y de lo que somos capaces de hacer, entonces se tendrá un mejor conocimiento de hacia dónde queremos ir y cómo intentar hacer lo que necesitamos. Esta especie de auto-evaluación tiene un sentido de logro.

El lema de dar más años a la vida pero también más vida a los años, pasa por ayudar a las personas mayores a tener una mayor actividad y autonomía.

Debemos seguir avanzando en el campo de las personas mayores usuarias de estos servicios, que son un grupo en continuo crecimiento y al que se le debe ofrecer programas de la mayor calidad posible.

6.9.1. Limitaciones, sugerencias y futuras líneas de investigación

Una de las limitaciones del estudio a nivel metodológico ha sido el tipo de muestreo de los participantes, que ha sido un muestreo no aleatorio. Esto supone cierta limitación para generalizar los resultados a la población además del posible sesgo en las características de la muestra, como puede ser el hecho de que son personas con una mayor predisposición a participar.

Entre las fortalezas del mismo está la relevancia de profundizar en un tema de gran interés social, por el aumento de personas mayores usuarias de Centros de Día y Residencias y la necesidad de mejorar la atención de estos servicios. Además se considera un aspecto positivo el haber considerado tanto a los mayores como a los profesionales y haber analizado la información tanto cualitativa como cuantitativamente.

Para futuras investigaciones sería adecuado tener una muestra más amplia y representativa así como incluir otro tipo de instrumentos y técnicas, para que la validez de los resultados sea mayor. Se podrían realizar estudios con diferentes técnicas, usando la triangulación, lo que fortalecería la validez de los resultados. También se podrían analizar los datos a un nivel más profundo, valorando posibles correlaciones entre diferentes factores y variables.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, F. (1970). *Andragogía. Ciencia de la educación de adultos*. Caracas: FIDEA.
- Afonso, R. y Bueno, B. (2010). Reminiscencia con distintos tipos de recuerdos autobiográficos: Efectos sobre la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez. *Psicothema*, 22, 213-220.
- Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios. (2009). *La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Autonomía y Atención a situaciones de Dependencia*. Madrid. Ministerio de Presidencia. Recuperado de: <http://aeval.es/comun/pdf/evaluaciones/E13.pdf>.
- Aguilar, M. (2010). *La huella de la beneficencia en los Servicios Sociales*. *Zerbitzuan*. 48, 9-16.
- Altarejos, F. (2002). *Dimensión ética de la educación*. Pamplona: EUNSA.
- Ander-Egg, E. (1984). *Achaques y manías del servicio social reconceptualizado*. Buenos Aires: Humanitas.
- Apps, I.W. (1979). *Problemas de la educación permanente*. Barcelona: Paidós Educador.
- Arango Lasprilla, J. C. (2006). *Rehabilitación Neuropsicológica*. México, D. F.: Manual Moderno.
- Aranguren, J.L. (1992). *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: INSERSO
- Arkoff, A., Meredith, G. M. & Dubanoski, J. P. (2004). Gains in well-being achieved through retrospective proactive life review by independent older women. *Journal of Humanistic Psychology*, 44, 204- 214.
- Arriola Manchola, E., Inza Iraola, B. (1999). *Protocolos de atención en residencias para personas mayores*. Gizartekintza: Departamento de Servicios Sociales.
- Arriola Manchola, E. e Inza Irazola, B. (2000). Centros de Día y actuación en demencia. Demencia y Geriatria". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. Vol.35.

- Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Atchley, R. C (1971). *Retirement and leisure participation: continuity or crisis*. *The Gerontologist*, 11.
- Aznar Día I., Fernández Martín F.J., Hinojo Lucena F. (Coords.) (2005). *Teoría y praxis en la formación integral de las personas mayores*. Badajoz: Editorial @becedario.
- Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Ediciones Akal.
- Barenys, M.P. (1992). Las Residencias de Ancianos y su significado sociológico. *Papers*, 40, 121-135.
- Barenys, M.P. (1993). Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. *REIS. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 63, 155-172.
- Bargueño Torijano A. (2002). *Prepararse para cuidar a una persona mayor. Buscar, elegir y evaluar una residencia*. Zaragoza: Mira Editores. Colección Sociedad y Salud hoy.
- Barrado, J.M. (1982). La animación sociocultural, un esfuerzo de aclaración. *Documentación Social*, 49.
- Bazo, M^a.T. (1991). Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 53, pp. 149-164.
- Bazo, M^a T. (1992). *La sociedad anciana*. Madrid: Siglo XXI.
- Bazo, M^a T. (coord.) (1999): *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Bazo, M^a T. (2006). Aportaciones de las personas mayores a la sociedad: Análisis sociológico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. nº 73, pp: 209-222. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Bedmar, M. y Montero, I. (2009). *Recreando la Educación en Personas Mayores: aportes desde la Pedagogía Social*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Bedmar Moreno N., Fresneda López M^a. D., Muñoz López J. (2004). *Gerontagogía. Educación en personas mayores*. Granada: Universidad de Granada.
- Beekman, A. T. F., Copeland, J. R. M., Prince, M. J., et al. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307– 311.

- Benatar, R., Frías, R. y Kaufmann, A.E. (1993). *Gestión de las residencias de la 3ª Edad*. Bilbao: Ediciones Deusto.
- Bermejo L, Martínez T. Díaz N, Mañós Q y Caballero C (Coord). (2009). *Guía de Buenas Prácticas en centros de día para personas mayores en situación de dependencia*. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.
- Berzosa, G. (1987). El ocio, un tiempo para la creatividad. *Minusval*, 58,13-15.
- Birren, J. E. y Deutchman, D. E. (Eds.). (1991). *Guiding autobiography groups for older adults: Exploring the fabric of life*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P. & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11, 291-300.
- Boise L, White D. (2004). The family's role in person-centered care: practice considerations. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. May; 42(5):12-20.
- Booth, T. et al. (1983). Patterns of mortality in the homes for the elderly. En *Age and aging*.
- Browne, J.P., O'Boyle, C.A.; Mc Gee, H.M., Joyce, C.R.B., McDonald, N.J., O'Malley, K. & Hiltrbrunner, B. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research*, 3, 235-244.
- Buendía, L., Colás, P. y Hernández, F. (1997). *Métodos de investigación en Psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.
- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in old age. *Psychiatry, Journal for the Study of Inter-Personal Processes*, 26, 65-76.
- Butler, R.N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- Butler (1999). *La revolución de la longevidad. El correo de la UNESCO*. 1999:18-20.
- Cabello Martínez, Mª.J. (2002). *Educación permanente y educación social. Controversias y compromisos*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Campbell, A. (1981). *The sense of Well-being in America*. New York: McGraw Hill.

- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01), 18.12.2000 *Diario Oficial de las Comunidades Europeas* C 364/1 (http://www.europarl.eu.int/charter/pdf/text_es.pdf).
- Casado, D.; y López, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: Situación actual y perspectivas de futuro*. Fundación "La Caixa".
- Castells, M. Y otros (1997). *Nuevas perspectivas críticas en educación*. Barcelona: Paidós.
- Castillejo, J. L., Escames, J., y Marín, R. (1985). *Teoría de la educación*. Salamanca: Ediciones Anaya.
- Cembranos, F., Montesinos, D.H. y Bustelo, M. (1989). *La animación sociocultural: una propuesta metodológica*. Madrid: Popular.
- Chamizo, C. (1998). Acercamiento del ser anciano al ser enfermero. *Cultura de los Cuidados*, 4, 35-39.
- Clark, L. y Watson, D. (1988). Mood and the Mundane: Relationship between Daily Life Events and Self Reported Mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 296-308.
- Colás, M^a P. y Buendía, L. (1994). *Investigación Educativa*. Sevilla: Ediciones Alfar.
- Colom, A. J. Y Núñez, L. (2001). *Teoría de la educación*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2001). *Comunicación de la Comisión. Hacer realidad un espacio europeo del aprendizaje permanente*. Bruselas, 21.11.2001. COM (2001) 678 final.
- Comisión Independiente sobre la población y la calidad de vida (1999). *Elegir el futuro. Un programa radical para la mejora sostenible de la calidad de vida*. Madrid: Fundación Santa María-Iepala.
- Consejo de Europa (2000). *Políticas Sociales Innovadoras en la Ciudad: Procedimientos: Conferencia de Oslo 22-24 Junio 2000, Volumen 1 y Volumen 2*. Estrasburgo. Consejo de Europa.
- *Constitución Española* (1812), consultada en la página web del Congreso de los Diputados: http://www.congreso.es/constitucion/ficheros/historicas/cons_1812.pdf
- *Constitución Española* (1978). Aprobada por las Cortes en sesiones plenarias del Congreso de los Diputados y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978. Ratificada por el pueblo español en Referéndum de 6 de diciembre de 1978.

- Conway, M. A. (2005). Memory and the Self. *Journal of Memory and Language*, 53, 594-628.
- Cook, E. A. (1998). Effects of reminiscence on life satisfaction of elderly female nursing home residents. *Health Care for Women International*, 19, 109-118.
- Coombs, P. H. (1971). *La crisis mundial de la educación: perspectivas actuales*. Madrid: Aula XXI. Santillana.
- Coombs, P. H. (1985). *La crisis mundial de la educación: perspectivas actuales*. Madrid: Aula XXI. Santillana.
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Costa, A. (1986). El territorio y las comunidades como marco de la Animación Sociocultural, en AA. VV., *Fundamentos de la Animación Sociocultural*. Narcea, Madrid.
- Csikszentmihalyi, M. et. al. (2001). Ocio y desarrollo. Potencialidades del ocio para el desarrollo humano, *Documentos de Estudios de Ocio*, 18, Bilbao, Universidad de Deusto.
- Cuenca, M. (2004). Las experiencias de ocio. En Boletín ADOZ. *Revista de Estudios de Ocio*, 28, pp. 15-18.
- Cuijpers, P., Smit, F. y Willemse, G. (2005). Predicting the onset of major depression in subjects with subthreshold depression in primary care: A prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 133-138.
- Cumming, E. Y Henry, W. E. (1961). *Growing old, the process of disengagement*. New York: Basic Book Inc.
- De Beurs, E., Beekman, A.T., van Balkom, A.J., Deeg, D.J., van Dyck, R. y van Tilburg W.(1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine*, 29, 583-593
- De la Riva, F. (1988). Principales problemas y posibles respuestas a la animación sociocultural. *Documentación social*, nº70. Ejemplar dedicado a: Animación sociocultural: modelos de intervención, Págs. 205-214.
- De la Riva, F. (1993). Investigación participativa y autoformación grupal, *Documentación Social*, nº 92, Jul-Sep 1993, Págs. 141-152.
- Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana. Ediciones UNESCO.

- De Miguel, S. (1995). *Perfil del animador sociocultural*. Madrid: Narcea.
- Dewey, J. (2008). *El arte como experiencia*. Barcelona, Paidós.
- *Diccionario de Ciencias de la Educación* (1983). Madrid: Santillana.
- Driver, B.L.; Brown, P.J. y Peterson, G.L. (1991). *Benefits of leisure*. Venture: State College.
- Driver, B.L y Bruns, D.H. (1999). Concepts and uses of the benefits approach to leisure, en Jackson, E.L. y Burton, T.L. *Leisure studies: prospects for the 21 th century*. London, Venture.
- Dube, M., Lapierre, S., Bouffard, L. & Alain, M. (2007). Impact of a personal goals management program on the subjective well-being of young retirees. *European Review of Applied Psychology*, 57, 183-192.
- Dupuis, S.L. y Smale, B.J.A. (1995). An examination of relationship between psychological well-being and depresión and leisure activity participation among older adults. *Loisir et Spciété*, 18(1), pp. 67-92.
- Durante, P. y col. (2004). *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*. 2ª Edición. Barcelona: Editorial Masson.
- Durkeim, E. (1975). *Educación y sociología*. Barcelona: Ediciones Península.
- Edvardsson, D., Winblad, B. And Sandman, P. O. (2008). Person-centered care for people with severe Alzheimer’s disease: current status and ways forward. *Lancet Neurology*, 7, 362–367.
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. Nueva York: International University Press.
- EUROSTAT (1998-2004). *Annuaire Eurostat*.
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- Faure, E. y al. (1973). *Aprender a ser*. Madrid: Alianza Universidad.
- Fericgla, J.M. (1992). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.
- Fericgla, J.M. (2002). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Ed. Herder.
- Fernández Ballesteros R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: Fundación Caja Madrid.

- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. L. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Fernández-Ballesteros, R. (1993). The construct of Quality of Life among the Elderly. In E. Beregi, I.A. Gergely & K. Rajzi (Eds.), *Recent advances in Aging and Science* (pp 1927-1930). Milan: Mondussi Ed.
- Fernández-Ballesteros, R. y Macià, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención social*, Vol 11, 5.77-94.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (1996). *Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos (SERA)*. Madrid: INSERSO.
- Fernández-Ballesteros, R. y Macià, A. (1996). Informes de allegados sobre los mayores y de éstos sobre sí mismos. *Revista de Gerontología*, 6.20-30.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D. y Macià, A. (1996). *Calidad de vida en distintos contextos en la vejez*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide, Colección Psicología.
- Fernández-Ballesteros, R., García, R., Zamarrón, M. D., López, M. D., Molina, M. Á., Díez Nicolás, J., López, P. M., Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: Criterios y predictores. *Psicothema*, 22, 641-647.
- Fernández Lópiz, E. (2000). *Explicaciones sobre el desarrollo humano*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández Lópiz, E. (2002). *Psicogerontología para educadores*. Granada: GEU.
- Fernández, C.M y Sánchez, J.A. (2006). Espacios para el refugio. Asistencia a la vejez y los asilos en Galicia. *SEMATA. Ciencias Sociais e humanidades*, 18, 167-203.
- Fielden, M. A. (1990). Reminiscence as a therapeutic intervention with sheltered housing residents: A comparative study. *British Journal of Social Work*, 20, 21-44.
- Freire, P. (1994). Educación y participación comunitaria. En M. Castells, y col. (1997): *Nuevas perspectivas críticas en Educación*. Barcelona: Paidós.

- Fullat, O. y Sarramona, J. (1984). *Cuestiones de educación*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Gallagher-Thompson, D. (1981). Behavioral group therapy with elderly depressives: An experimental study. En D. Upper y S. Ross (Eds.), *Behavioral group therapy* (pág. 187-224). Champaign: Research Press.
- García, L. F., Caprara, M. G. y Fernández-Ballesteros, R. (2004). Vivir con vitalidad-M: Un programa europeo multimedia. *Intervención Psicosocial*, 13, 63-84.
- García Mínguez, J. (2004). *La educación en personas mayores. Ensayo de nuevos caminos*. Madrid: Narcea.
- García-Sánchez, C., Estévez-González, A. y Kulisevsky, J. (2002). Estimulación cognitiva en el envejecimiento y la demencia. *Rev. Psiquiatría. Fac Med Barna*, 29 (6), pp. 374-378
- Gil Calvo, E. (2003). *El poder gris: una nueva forma de entender la vejez*. Barcelona: Mondadori.
- Gil Montalvo, M. (1996). *Centros de Día para personas mayores dependientes. Guía Práctica*. Madrid: INSERSO.
- Gillet, J. (1995). *Animation et animateurs*. L' Harmattan, Paris.
- Goffman, E. (1970). *Internados: Ensayo sobre la situación mental de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorroutu.
- Haight, B. K. (1979). *The Therapeutic role of the life review in the elderly*. Tesis de Maestría, University of Kansas City, Kansas.
- Haight, B. K. (1988). The therapeutic role of a structured life review process in homebound elderly subjects. *Journals of Gerontology*, 43, 40-44.
- Haight, B. K. & Webster, J. D. (Eds.) (1995). *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications*. Filadelfia, PA: Taylor & Francis.
- Haight, R. S. (2005). Group psychotherapy. En B. Haight y F. Gibson, (Eds.). *Burnside's working with older adults: group process and technique*. (4ª ed.) (pág. 234-244). Boston, Massachusetts: Jones and Bartlett
- Havighurst, R. J. y Albrecht, R. (1980 [original de 1953]): *Older people*, New York, Arno Press [Ó Longmans and Green].
- IMSERSO. Orden de 16 de mayo de 1985, que aprueba el Estatuto Básico de los Centros de Tercera Edad (BOE de 29 de mayo).

- IMSERSO/Metra Seis Economía (1990). *Estudio de viabilidad de un plan de Ayuda a domicilio como alternativa al ingreso en centros residenciales*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales, IMSERSO.
- IMSERSO (1999). *Informe de Evaluación del Plan Gerontológico*. Col. Observatorio de personas mayores. Nº1. Madrid, IMSERSO.
- IMSERSO (2000, 1ª ed. 1993). *Plan Gerontológico*. Madrid: Secretaría General de Asuntos Sociales. Institutos de Migraciones y Servicios Sociales.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. (2000). *Personas Mayores y Residencias. Un Modelo Prospectivo para Evaluar las Residencias*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales, IMSERSO.
- IMSERSO (2003). *Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007*. Madrid, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- IMSERSO (2004). *Libro Blanco, atención a las personas mayores en situación de dependencia*. Madrid, IMSERSO
- IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores. (2005). *Informe 2004. Las personas mayores en España: Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2006). *Las personas mayores en España. Informe 2006*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2011). *Libro Blanco sobre el Envejecimiento Activo*. Madrid. Publicaciones IMSERSO.
- IMSERSO (2012). *Informe 2010. Las Personas Mayores en España Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Colección Estudios Serie Documentos Estadísticos 2012. Núm. 22008.Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.
- IMSERSO (2014). *Informe 2012. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid: Colección Estudios Serie Documentos Estadísticos 2012.
- INE (2002). *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999*. Resultados nacionales detallados. Madrid.
- Informe GAUR (1975). *La situación de los ancianos en España*. Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorro.

- INSERSO (1989). *Bases para una Planificación de Centros Residenciales para la Tercera Edad*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales
- INSERSO (1990). Estudio sobre la ayuda a domicilio en España. Madrid, INSERSO/FEMP (Investigación no publicada).
- INSERSO (1992). *Guía para la tercera edad*. Madrid: INSERSO.
- INSERSO (1993). *Plan Gerontológico*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- INSERSO (1995). *Guía Directorio de Centros para personas mayores. Vol. 1: Residencias*. Madrid, INSERSO.
- IOM (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*.
- Iso-Ahola, S.E.; Jackson, E. y Dunn, E. (1994). Starting, ceasing and replacing leisure activities over the lifespan. En *Journal of Leisure Research*, 26(3), pp. 227-249.
- Janet K. Belsky (1996). *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona, Masson.
- Jiménez, F. (2001). Evolución de la institucionalización de los ancianos en España. Barcelona: Editorial Glosa.
- Juurlink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J.P. Kopp, A. y Redelmeier, D. A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1179-1184. doi:10.1001/archinte.164.11.1179
- Karel, M.J. y Hinrichsen, G. (2000). Treatment of depression in late life: Psychotherapeutic interventions. *Clinical Psychology Review*, 20, 707-729.
- Katz, S. (2000). Busy bodies: activity, aging and the management of everyday life". En *Journal of Aging Studies*, 14(2), pp. 135-153.
- Kaufmann, A. E. y Frías, R. (1996). Residencias, lo público y lo privado. *Revista Española de Investigaciones Sociales*, núm. 73, p. 105-126.
- Kelly, J.R. y Steinkamp, M.W. (1986). Later life leisure: how they play in Peoria. En *The Gerontologist*, 26, pp.401-418.
- Kempen, G., Jelacic, M., Ormel, J. (1997). Personality, chronic medical morbidity, and health-related quality of life among older persons. *Health Psychology*, 16 (6), 539-546
- Konnert, C., Dobson, K. y Stelmach, L. (2009). The prevention of depression in nursing home residents: a randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. *Aging and Mental Health*, 13, 288-299.

- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D. y Krishnamoorthy, A. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 331-340. doi: 10.1002/gps.2546
- *La Carta Europea de los Mayores* (1992).
- Laporta, R. (1978). *Creatività e prospettive pedagogiche*. En AA.VV., *Creatività, educazione e cultura*. Enciclopedia Italiana, Roma.
- Latorre, J. M., Serrano, J. P., Ros, L., Aguilar, M. J. & Navarro, B. (2008). Memoria autobiográfica, revisión de vida y emociones positivas en la vejez. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada* (pp. 339-369). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal, Québec, Guerin.
- Legrand, P. (1973). *Introducción a la educación permanente*. Barcelona: Teide.
- Lehr U. (1980). *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Editorial Herder.
- Lemieux A. (1998). La gérontologie où l'éducation des personas agées à l'université de l'an 2000. En M. Guirao y M. Sánchez (ed.). *La oferta de la Gerontagogía. Actas del Primer Encuentro Nacional sobre Programas Universitarios para Mayores*. Granada: Grupo Editorial Universitario, pp. 199-234.
- Leturia, F. J. y Yanguas, J. J. (1995). Intervención con familias en residencias de ancianos. En Rodríguez, P. (coord.) *Residencias para mayores: manual de orientación*. Madrid, SG. — (1992) Apoyo social en residencias de ancianos. *Revista de Gerontología*, nº2.
- Leturia Arrazola F.J., Yanguas Lezaun J.J., Arriola Manchola E., Uriarte Méndez A. (2001). *La valoración de las personas mayores: Evaluar para conocer, conocer para intervenir*. Madrid, España: Editorial Caritas.
- Leturia Arrazola, F.J., Uriarte Méndez, A., Yanguas Lezaun, J.J. (directores) (2003). *Centros de Día: atención e intervención integral para personas mayores dependientes y con deterioro cognitivo*. Guipúzcoa: Diputación Foral de Guipúzcoa.
- Lewinsohn, P. M. y Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268.

- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R.R. Bootzin (dirs.), *Theoretical issues in behavior therapy*. Nueva York: Academic Press
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. y Seeley, J. R. (1995). Adolescent psychopathology: IV, Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1221-1229.
- Lewis, M. I. y Butler, R. N. (1974). Life review therapy: Putting memories to work in individual and group psychotherapy. *Geriatrics*, 29, 165-169.
- *Ley General de Educación y disposiciones complementarias* (1976). Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia. Ministerio de Educación y Ciencia y Boletín Oficial del Estado.
- *Ley Orgánica 1/1990, 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE)* (BOE, 4 de octubre de 1990).
- *Ley 6/1999, de Atención y Protección de las Personas Mayores de la Junta de Andalucía*. BOJA nº 89 de 29 de julio de 1999.
- *Ley Orgánica 6/2001 de 21 de diciembre de Universidades (LOU)* (BOE, 24 de diciembre de 2002).
- *Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación*. BOE nº 106 de 4 de mayo de 2006.
- *Ley 39 /2006 de 14 de diciembre de 2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas con dependencia*.
- López Doblas, J. (2000). *Estudio sociológico del envejecimiento de la población andaluza*. Granada, Biblioteca Universidad de Granada: CPS/T 34.
- Lorenzo, T. (2010). *Predictores de la percepción de salud en una población mayor de 65 años en España: Influencias sociodemográficas y del apoyo social*. La Coruña, Universidad de A Coruña.
- McMillan, J. y Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa*. Madrid: Pearson.
- Martín, I. (2011). El debate sobre el socorro a los pobres en España durante el siglo XVI. *Eseconomía*, VI(31), 91-110.
- Martínez, T. et al. (2000). *Centros de día para personas mayores con dependencias*. Consejería de Asuntos Sociales. Gobierno del Principado de Asturias. Oviedo.

- Martínez, M.P., Polo, M.L y Carrasco ,B. (2002). Visión Histórica del concepto de vejez desde la edad media. *Cultura de los cuidados*, 11, 40-46.
- Martínez T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Vitoria: Departamento de Empleo y Asuntos sociales. Gobierno del País Vasco-España.
- Maslow, A. (1991, 1ª ed. 1954). *Motivación y personalidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Mead, Margaret (1971). *Cultura y compromiso. Estudio sobre la ruptura generacional*. Buenos Aires: Granica.
- Merino, J. V. (1999). *Programas de animación sociocultural. Tres instrumentos para su diseño y evaluación*. Narcea. Madrid.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). *Libro Blanco de la Dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Mishara, B.L. y Riedel, R. G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Montalba, C. (2013). Aplicación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia en la Comunitat Valenciana: efectos sobre el ejercicio del derecho social. *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*, 20, 163-186.
- Montero, I. (2005). *El interés de las personas mayores por la Educación: qué educación*. Estudio de campo. Granada: Universidad de Granada.
- Montoro, I. (1999). *Intervención psicológica en la vejez*. Madrid: Síntesis.
- Moragas, R. (1994). *El Centro de Día para enfermos de Alzheimer*. Barcelona: UCB, Pharma.
- Moreno, B. y Ximénez C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En Buela Casal G, Caballo V E y Sierra J C (Dir.). *Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud*, Madrid: Siglo XXI.
- Moulinier, P. (1973). *Reflexions sur la formation des animateurs*. Strasbourg, Conseil d'Europe.
- Moya Bernal, A; Barbero Gutiérrez, J. (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: IMSERSO. (Colección Manuales y guías: Serie Personas Mayores).

- Newson, J.T. y Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11 (1), 34-44.
- Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades. Propuestas para el desarrollo humano*. Paidós Estado y Sociedad.
- OCDE (1993). *L'aide aux personnes âgées dépendantes. Chapitre de synthèse du rapport final (pro-jet)*, París, OCDE.
- ORDEN de 5 de noviembre de 2007. *Regulación del procedimiento y requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía* (BOJA 14-11-2007, núm. 224).
- Organización Mundial de la Salud (1974). *Planificación y organización de los Servicios Geriátricos*. Informe técnico nº 548. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2002a). *Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores*. Toronto. Canadá.
- Organización Mundial de la Salud (2002b). *Active Ageing*. Ginebra, OMS.
- OMS (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Documento: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- Organización Mundial de la Salud. *Repercusión mundial del envejecimiento en la Salud* [documento en línea]. 2006 [citado 9 de ene 2007].
- OPS (2001). *Programa especial de análisis de salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos*. 1998. Washington, DC, OPS/OMS
- Ortega Esteban, J. (coord.) (1999). *Pedagogía Social Especializada*. Barcelona: Ariel Educación.
- Pacolet et al. (1999). *La protection social des personnes agees dependantes dans les 15 pays de L'UE et en Norvege*. Commission europeenne.
- Pascual G., Barlés G., Laborda A., L. (1998). Cognición- ocupación: Un binomio unido en la vejez. *Revista Geriatrika*, 14(3): 57-60.
- Pascual Cabo A. (2000). *Hacia una sociología curricular en Educación de Personas Adultas*. Barcelona. Editorial Octaedro.
- Peiró i Gregòti S. (1993). Educación de adultos. Teoría y prácticas. *Actas del I Congreso Internacional de Educación de Adultos. Seminario de Pedagogía social y educación de adultos*. Granada: Universidad de Granada.

- Peña-Casanova, J. (1999). *Activemos la mente*. Barcelona: Fundación “La Caixa”.
- Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos, interrogantes y métodos*. España, La Muralla.
- Pérez Serrano, G. (2004a). Personas mayores y calidad de vida. En G. Pérez Serrano, *Calidad de vida en personas mayores* (págs. 20-27). Madrid: Dykinson.
- Pérez Serrano, G. (2004b). *Investigación cualitativa. Retos Interrogantes. Vol I. Métodos*. Madrid: La Muralla.
- Pérez, G. (2010). Acercamiento al sentido de la participación en las residencias públicas de personas mayores. *Educación y Futuro*, 22, 177-195.
- Petrus, A. (1989). La formación del pedagogo social, en F. Etxeberria Balerdi (dir.). *Pedagogía social y educación no escolar* (pp. 37-50) San Sebastián, Universidad del País Vasco,
- Pfeiffer E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*.
- Pollo, M. (1980). *Lo animazione culturelle. Teoría e método*. Torino, Elle Di Ci.
- Polo, M.I. y Martínez, M.P. (2001). Visión histórica del concepto de vejez en las sociedades antiguas. *Cultura de los cuidados*, 10, 15-20.
- Prieto, D. (2011). *Las dimensiones subjetivas del fenómeno de la dependencia. Trabajo de Investigación no publicado*. San Sebastián, INGEMA. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.
- Puig Picart, T. (1989). *Animación sociocultural. Cultura y territorio*. Madrid. Popular.
- Puig Alemán, A. (2001). *Un instrumento eficaz para prevenir el deterioro cognitivo de los ancianos institucionalizados: El Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP)*. (On Line) Disponible: http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2000_3/g-10-3-002.pdf., 2000. Puig Alemán, A. Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP). Un método para la prevención del deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados. Madrid, España: Editorial CCS, 2001.
- Puijalón, B. y Trincaz, J. (2000). *Le droit de vieillir*. Paris, Librairie Artheme Fayard.
- Querejeta, M. (2004a). Aportaciones de la CIF a la conceptualización de la dependencia. *Rehabilitación*, 38(6), 348-354.

- Querejeta, M. (2004b). *Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.
- Quintana, J. M. (1984). Los aspectos sociales de la educación. En A. Sanvisens: *Introducción a la Pedagogía* (pp. 141-170). Barcelona: Barcanova.
- Quintana, J.M. (1985). *Fundamentos de Animación Sociocultural*. Madrid. Narcea. (25-26)
- Quintana, J.M. (1993). *Los ámbitos profesionales de la animación*. Narcea, Madrid.
- Quintanar, F. (2000). *Atención a los ancianos en asilos y casas de hogar de la ciudad de México: ante el escenario de la tercera ola*. México: Plaza y Valdés.
- Rodríguez, P. (1999). La Residencia. Concepto, destinatarios y objetivos generales". En Pilar Rodríguez Rodríguez, *Residencias para personas mayores. Manual de orientación. 2ª Edición*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez, P. (2004). *Política social para la atención a las personas mayores*. Granada, Ed. Fundación Iberoamericana de Formación. Universidad de Granada.
- Rodríguez P (2006). *El sistema español de servicios sociales y la atención a las situaciones de dependencia*. Madrid, Fundación Alternativas. Documento de trabajo nº 87/2006 (www.falternativas.org).
- Rodríguez P. (2007). *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*. Madrid, Ed. Médica Panamericana.
- Rodríguez P. (2010a). La atención integral centrada en la persona. *Informes Portal Mayores*, nº 106. Madrid, CSIC.
- Rodríguez, P. (2010b). Intervenciones en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Hacia la definición de un modelo de calidad de vida basado en derechos y dignidad", *Revista Autonomía Personal*, nº 1, 42-55.
- Rodríguez, P. (2011). Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. *Actas de la Dependencia*, 3. Madrid: Fundación Caser.
- Rose, A. (1965). The subculture of aging: A framework for research in social gerontology. En A. Rose y W. Peterson (Eds.), *Older people and their social world* (pp. 3-16). Philadelphia: Davis.
- Rothe, P. (2000). *Undertaking Qualitative Research. Concepts and cases in injury, health and social life*. Edmonton, Canada: the University of Alberta Press.

- Rubio Carracedo, L. (1996). *Educación moral, postmodernidad y democracia*. Madrid: Trotta.
- Ruiz, M.A. y Baca E. (1993). *Design and validation of the «Quality of life Questionnaire» («Cuestionario de Calidad de Vida», CCV): a generic health-related perceived quality of life instrument Eur J Psychol Assess.*
- Salvarezza, L. (1991). *Psicogerontología: Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Sampson, E.E. (1981). Cognitive Psychology as ideology. *American Psychologists*, 36,730-743.
- Sancho M. y Rodríguez P. (2002). Envejecimiento y protección social a la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro. *Revista de intervención psicosocial*. Monográfico II Asamblea Mundial del envejecimiento. Madrid, Colegio de psicólogos.
- Sancho, M.T. (Ed.). (2002a). *Envejecer en España*. II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Madrid: IMSERSO.
- Sancho, M.T. (2002b). *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Madrid, IMSERSO.
- Sancho, M., Leturia M., Del Barrio E., Diaz Veiga P., Pérez Rojo G., Salazar J., (2011). *Cien propuestas para avanzar en el Bienestar y Buen Trato a las personas que envejecen. Bases para un plan de acción*, elaborado en 2011 a petición del Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno vasco.
- Sanvisens, A. (1992), 1ª ed. 1984). *Introducción a la Pedagogía*. Barcelona: Barcanova.
- Sarramona, J., Colom A.J. y Vázquez G. (1998). *Educación no formal*. Barcelona: Ariel.
- Schalock, R. L. (1996). *Quality of Life. Vol. 1: Its Conceptualization, Measurement and Use*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R.L. (2004). The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of intellectual Disability Research*, 48(3), 203-216.
- Schalock, R.L., Gardner, J.F. y Bradley, V.J. (2006). *Calidad de vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo. Aplicaciones para personas, organizaciones, comunidades y sistemas*. Madrid: IPACSA

- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2002/2003). *Quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation [traducido al castellano por M. A. Verdugo y C. Jenaro. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza].
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2006). Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. En M.A. Verdugo (Dir): *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp.29-41). Salamanca: Amaru.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2008). Quality of life: from concept to application in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31, 181-190.
- Schooler, C. y Mulatu, M. S. (2001). The Reciprocal Effects of Leisure Time Activities and Intellectual Functioning in Older People: A Longitudinal Analysis. *Psychology and Aging*, vol. 16, nº 3, 466-482.
- Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (2002). Plan *Internacional sobre el envejecimiento*. Madrid, Naciones Unidas.
- Serrano, J.P. (2002). *Entrenamiento en Memoria Autobiográfica sobre eventos positivos específicos en ancianos con síntomas depresivos*. Tesis Doctoral. Universidad de Castilla La- Mancha.
- Serrano, J.P., Latorre, J.M., Gatz, M., J.P., Montañés, (2004). Life Review Therapy Using Autobiographical Retrieval Practice for Older Adults with Depressive Symptomatology. *Psychology and Aging*, 19, 2, 272-277.
- Serrano, J. P.y Latorre, J. M. (2005). *La revisión de vida: un método psicoterapéutico en ancianos con depresión*. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 35.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M. y Gatz, M. (2007). Autobiographical memory in older adults with and without depressive symptoms. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 41-57.
- Steuer, J. L., Mintz, J., Hammen, C. L., Hill, M. A., Jarvik, L. F., McCarley, T., ... Rosen, R. (1984). Cognitivebehavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 180-189.
- Subdirección General del Plan Gerontológico y Programas para Mayores (2002). *Envejecer en España. II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento*. Madrid: IMSERSO.
- Subirats Hument, J. (2011). El reto de la nueva ciudadanía. Nuevos relatos y nuevas políticas para distintas personas mayores, en Causapié Lopesino, P.; Balbontín López-Cerón, A.; Porrás Muñoz, M y Mateo Echanagorría, A. (dir. y

coord.). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

- Tinsley, H.E.A. (2004). Beneficios del ocio. En *Boletín ADOZ. Revista de Estudios de Ocio*, 28, 55-58.

- Titmus C., Buttedahl. Y Lengrand, P. (1979). *Terminología de la Educación*. París, UNESCO.

- Touriñán, J. M. (1987). *Teoría de la Educación*. Madrid: Anaya.

- Treserra, M. A., et al. (1993). *Plan integral de la gent gran*. Barcelona, Departamento de Bienestar Social. Generalitat de Catalunya. Ed. Capítols.

- Trilla Bernet, J. (1992^a, 1^a ed. 1984). *La educación no formal*. En A. Sanvisens: *Introducción a la Pedagogía* (pp. 337-365). Barcelona: Barcanova.

- Trilla Bernet, J. (1993). *Otras educaciones. Animación sociocultural, formación de adultos y ciudad educativa*. Barcelona: Editorial Anthropos.

- Trilla Bernet, J. (Coord.) (2003). *La educación fuera de la escuela. Ámbitos no formales y educación social*. Barcelona: Ariel Educación.

- Van't Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. W., van Oppen, P., van Hout, H. P., van der Horst, H. E., Cuijpers, P., Beekman A. T. (2009). Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66, 297 – 304

- Vázquez, F. L. y Torres, A. (2005). Prevención del comienzo de la depresión. Estado actual y desafíos futuros. *Boletín de Psicología*, 83, 21-44.

- Vázquez, C. y Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial.

- Ventosa, V. J. (1989). *Niveles formativos en la C.E.E. correspondientes a las profesiones españolas en Educación Social*, Ponencia presentada al Congreso sobre la Educación Social en España, Madrid, 20-22 de septiembre.

- Verbeek, H., Van Rossum E., Zwakhlen, SMG.; Kempen, GIJM.; Hamers, JPH (2009). Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. *International Psychogeriatrics*, 21, 252-264.

- Verdugo, M.A. y Schalock, R. (2001). *Encuesta de Indicadores transculturales de calidad de vida: evaluación de su importancia y uso*. Salamanca: INICO, Universidad de Salamanca.

- Verdugo, M. A., Gómez, L. E. y Arias, B. (2007). La escala integral de calidad de vida: desarrollo y estudio preliminar de sus propiedades psicométricas. *Siglo Cero*, 38(4), 37-56.
- Verdugo, M. A., Schalock, R, Gómez L. E. y Arias, B. (2007). Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la escala Gencat. *Siglo Cero* 38(4), 57-72.
- Verdugo, M.A., Arias, B., Gómez L.E. y Schalock, R.L. (2008). *Formulari de l'Escala Gencat de Qualitat de vida. Manual d'aplicació de l'Escala Gencat de Qualitat de vida*. Barcelona, Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Generalitat de Cataluña.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., Arias, B. y Schalock, R. L. (2009). *La Escala Integral de Calidad de Vida*. Madrid: CEPE.
- Viciano Fernández, Francisco et al. (2003). *Longevidad y calidad de vida en Andalucía*. Sevilla: IEA.
- Vidal, F. (1987). El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid. *Revista de la Facultad de Geografía e Historia*, 1, 41-56.
- Vimort, Jean et al. (1984). Nuevos aspectos sociológicos de la tercera edad. *Texto de ponencias y comunicaciones. IV Jornadas Interdisciplinarias. La ancianidad nueva etapa creadora. Ámbito de Investigación y Difusión "María Corral"*. Barcelona. Edimurtra.
- Watkins, E., Teasdale, J. D. & Williams, R. M. (2000). Decentring and distraction reduce overgeneral autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 30, 911-920.
- Weber, E. (1976). *Estilos de educación*. Barcelona: Editorial Herder.
- Williams, J. M. y Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.
- Yanguas, J. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Madrid: IMSERSO.

Anexos

ANEXO 1

ENTREVISTA PARA PROFESIONALES QUE ESTÁN IMPLICADOS EN PROGRAMAS DE ACTIVIDADES CON MAYORES EN RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA

Estamos realizando un estudio para conocer el perfil del profesional que realiza actividades y talleres con los mayores en Residencias y Centros de Día, así como la participación y tipos de actividades que se suelen realizar. Tu opinión nos interesa mucho para poder tener información para proponer posibles mejoras en los programas de actividades en este ámbito.

Nombre del Centro:

Provincia:.....

Localidad:

Indicar si el centro es: De carácter público De carácter privado

Nº de plazas total:

Nº de plazas concertadas por la Junta de Andalucía (si las tiene):.....

1.- Sexo:

Hombre

Mujer

2. Edad:

3. Profesión:

- Psicólogo/a
- Pedagogo/a
- Educador/a social
- Terapeuta ocupacional
- Animador sociocultural
- Otra:

4. Tiempo de experiencia laboral:

- Acabo de empezar
- Menos de 6 meses
- Entre 6 y 12 meses
- Entre 12 y 18 meses
- Entre 18 y 24 meses
- Entre 24 y 36 meses
- Más de 3 años

5. Funciones principales que realiza en la empresa:

.....

.....

.....

.....

6. ¿A la hora de planificar las actividades qué criterios sigue?

7. ¿Dónde buscas ideas para las actividades?

8. ¿Tenéis una programación previa?

¿Quién o quiénes la realiza?

9. ¿Realizáis una memoria anual de actividades?

¿Quién o quiénes la realiza?

10. ¿Qué actividades se realizan en el centro?

11. ¿Con qué frecuencia?

12. ¿Cuáles son las de mayor participación? ¿Y las de menos?

13. ¿Por qué crees que son éstas las de mayor participación?

14. ¿Crees que los mayores están satisfechos con las actividades que se ofertan en el centro? ¿Por qué lo crees así?

15. ¿Cuál suele ser el perfil del mayor que suele participar más en las actividades? (sexo, edad, deterioro, vida anterior, formación,....)
16. ¿Qué dificultades encuentra a la hora de llevar a cabo los talleres y actividades?
17. ¿Qué posibles soluciones se te ocurren para paliar y mejorar estas dificultades?
18. ¿Qué profesionales forman parte del equipo interdisciplinar del centro?
19. De estos profesionales, ¿quiénes realizan actividades con los mayores o participan en la programación?.
20. ¿Alguna otra información que nos pueda ser útil y que quieras aportar?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO 2

ENTREVISTAS PARA PERSONAS MAYORES EN RESIDENCIAS Y CENTROS DE DÍA

Nombre del Centro:

Provincia:.....

Localidad:

Indicar si el centro es: De carácter público De carácter privado

Nº de plazas total:

Nº de plazas concertadas por la Junta de Andalucía (si las tiene):.....

1. Sexo:

- Hombre
- Mujer

2. Edad:

- Menos de 65 años.
- Entre 66 y 75 años.
- Entre 76 y 85 años.
- Entre 86 y 90 años.
- Más de 90 años.

3. ¿Cuál es su estado civil?

- Soltero/a
- Casado/a
- Viudo/a
- Separado/a

4. ¿Cuál ha sido su ocupación?.....

5. Nivel de estudios.

- Sin estudios
- Estudios primarios
- Estudios medios
- Estudios superiores.

6. ¿Cuánto tiempo lleva en el centro?

- Menos de 3 meses
- De 6 a 12 meses
- De 12 a 18 meses
- De 18 a 24 meses
- Más de 24 meses

7. ¿Cuál ha sido la causa de que viniera al centro?

- De manera voluntaria.
- Incapacidad física
- Incapacidad mental
- Otras:.....

8. Procedencia al ingreso o antes de acudir al Centro de Día:

- Domicilio
- Otra residencia
- Hospital
- Otros (especificar).

9. ¿Cómo se siente normalmente?

- Alegre
- Triste
- Solo/a
- Aburrido
- Tranquilo/a
- Otra

10. ¿Cómo se lleva con el personal de la residencia?

- Muy bien
- Bien
- Ni bien ni mal
- Regular
- Mal
- Muy mal

¿Por qué motivo?

.....

.....

.....

.....

.....

11. ¿Le gusta cómo es el centro?

- Sí
- No
- N/C

¿Por qué motivo?.....

12. ¿Cambiaría algo de la distribución del centro, localización, turnos de comidas...? ¿Cómo lo haría? ¿Por qué?

13. ¿Se siente cómodo y a gusto en el centro? ¿Por qué? ¿Qué cambiaría para estar mejor?

14. ¿Le gusta su habitación? ¿Qué cambiaría?

15. ¿Cómo es su relación con el resto de compañeros?

- Muy buena
- Buena
- Ni buena ni mala
- Regular
- Mala
- Muy mala

¿Por qué motivo?.....

16. ¿Cuántos amigos tiene en el centro?

¿Qué comparte con ellos, qué cosas hacéis juntos?

17. ¿Le parece bien cómo es atendido/a por el personal? ¿Qué no le gusta o cambiaría respecto a la atención que recibe?

18. ¿Ve o habla con su familia y amistades con frecuencia? (nº de visitas, llamadas telefónicas, ..).

¿Le parece suficiente?

19. ¿Cómo ocupaba su tiempo libre antes de venir a la residencia?

20. Justo antes de venir a la residencia, ¿Estaba más o menos activo que ahora? ¿Por qué?

21. ¿Echa de menos algo de lo que antes hacía que ahora no haga?

¿Qué?

22. ¿Qué actividades se llevan a cabo en el centro?

23. ¿Le agradan las actividades que se realizan?

¿Por qué?.....

24. ¿Participa en las actividades que se realizan?

25. ¿En cuáles participa?

¿Por qué?

26. ¿En cuáles no participa?

¿Por qué?

27. ¿Qué le agrada y qué no le agrada de las actividades que se llevan a cabo?

28. ¿Qué cambiaría de las actividades que se realizan para mejorarlas?

29. ¿Qué actividades le gustaría realizar?

- Ejercicio u otra actividad física.
- Distracciones o espectáculos dentro de la Residencia (por ejemplo: actuaciones de pianistas o cantantes).

- Grupos de discusión.
- Grupos de orientación sobre la vida diaria.
- Grupos de apoyo o autoayuda.
- Cine.
- Grupos de teatro, canto, rondalla u otro similares.
- Conferencias o cursillos.
- Bingos, juegos de cartas, otros juegos.
- Fiestas.
- Servicios religiosos.
- Talleres de cultura general.
- Trabajos manuales.
- Otras:.....
.....

30. ¿Qué cosas le habría gustado aprender y no ha podido antes?

31. ¿Cómo le gustaría pasar su tiempo libre? ¿Con qué actividades?

- Ver la televisión.
- Oír música.
- Leer un periódico o libro.
- Escribir (cartas, poemas, etc.).
- Coser o hacer punto.
- Jugar a las cartas, damas, ajedrez o dominó.
- Jugar al billar, bingo o similares.
- Dibujar o pintar.
- Aprender y culturizarme.
- Hacer fotografía, carpintería, cerámica o algún otro entretenimiento.
- Cuidar plantas, horticultura o jardinería.
- Visitas a otros residentes.
- Dar un paseo.

Otras.....

32. ¿Cómo prefiere que se realicen las actividades y talleres?

- De forma individual.
- En pequeños grupos (3 o 4 personas).
- Grupos grandes.
- En grupos muy numerosos.

34. ¿Dónde se realizan las actividades? ¿Le parece bien ese lugar?
¿Por qué?

35. ¿Cómo prefiere que sean los grupos para realizar los talleres?
(homogéneos, heterogéneos, ...).

36. ¿Qué es lo que más le preocupa?

- Ninguna
- Salud
- Muerte, soledad, incertidumbre hacia el futuro
- Futuro de la sociedad
- Situación económica
- Relación familiar
- Vida en la Residencia
- Otras

37. ¿Qué cosas le gustaría cambiar en su vida? ¿Por qué? ¿Cómo cree que
podría hacerlo? (objetivos vitales)

Otros datos que considere de interés (sobre su salud física, su deterioro
sensorial, medicación, etc.):.....

ANEXO 3

Nombre

Fecha

Unidad/Centro Nº Historia

**CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN
ESPAÑOLA-**

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

¿Qué día es hoy? -día, mes, año-

¿Qué día de la semana es hoy?

¿Dónde estamos ahora?

¿Cuál es su nº de teléfono?

¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-

¿Cuántos años tiene?

¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-

¿Quién es ahora el presidente del gobierno?

¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?

¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?

Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.

PUNTUACIÓN TOTAL



La vejez es la pérdida de la curiosidad (Azorín)