

# Envejecimiento A c t i v o



**TOLEDO, 21, 22 y 23  
de Junio de 2007**

***HORARIO:***

Jueves y Viernes: Mañanas de 09:00 h. a 14:00 h.  
Tardes de 16:00 h. a 19:00 h.  
Sábado: Mañana de 09:00 h. a 14:00 h.

***LUGAR DE CELEBRACIÓN:***

Centro Cultural de Caja Castilla-La Mancha  
Palacio de Benacazón. C/ Recoletos, 1  
45001 TOLEDO

***DOCENTE:***

**D. JUAN LUIS MORENO MILLÁN**  
DIPLOMADO EN TRABAJO SOCIAL

**COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL  
Y ASISTENTES SOCIALES DE CASTILLA-LA MANCHA**

# ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Se entiende por Envejecimiento Activo 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.

Llevar a cabo estrategias que impulsen el mayor desarrollo de actuaciones y programas en centros de mayores, residencias, entidades y asociaciones de personas mayores es un ámbito de actuación prioritaria, y así es permanentemente reclamado por profesionales y organismos.

Todo ello justifica la necesidad de emprender acciones formativas para dotar de conocimientos y de habilidades a los profesionales/as, así como para desarrollar programas y proyectos en la promoción del envejecimiento activo que sintonicen con la realidad concreta de Castilla-La Mancha.

## OBJETIVOS:

- 1º.- Aportar conocimientos sobre envejecimiento activo y los programas que se desarrollan en Castilla-La Mancha así como otros de carácter novedoso, incidiendo en la perspectiva de los nuevos estadios de participación y el fenómeno del envejecimiento activo y saludable.
- 2º.- Promover un enfoque renovado y positivo del envejecimiento como fase de la vida llena de posibilidades de realización personal y social.

### INSCRIPCIÓN:

Incluye Certificado de Asistencia y Material del Curso

### CURSO GRATUITO:

Se priorizará en profesionales cuyo ámbito laboral tenga una implicación directa con el curso (trabajadores/as de la red pública de servicios sociales, centros de mayores, residencias y otras entidades).



# Índice del Manual

## Curso: ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

<b>I. Módulo: EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO NORMAL.....</b>	<b>15</b>
<b>VISIÓN HISTÓRICA Y CULTURAL DE LA VEJEZ.....</b>	<b>16</b>
Introducción .....	16
Prehistoria.....	16
Grecia .....	16
Tradición hebreo - cristiana .....	16
Roma .....	17
Edad Media.....	17
Renacimiento.....	18
Oriente .....	18
Modernidad .....	18
Época Contemporánea.....	18
<b>EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO .....</b>	<b>19</b>
Concepto .....	19
Mitos Sobre La Vejez .....	19
Características del Proceso De Envejecimiento.....	19
Comportamientos De La Sociedad. Condicionantes .....	19
Condicionantes Personales: Diversos Patrones De Maduración.....	20
El Buen Madurar .....	20
Características Facilitadoras De Un Buen Envejecimiento.....	21
El Envejecimiento Se Frena .....	21
Elementos Bio-Psico-Sociales .....	21
Factores Que Influyen En La Longevidad .....	21
<b>CONCEPTO DE SALUD .....</b>	<b>22</b>
Introducción .....	22
Pero ¿Qué determina la salud?.....	23
<b>CONCEPTO DE SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA.....</b>	<b>24</b>
Salud Mental. ....	24
Enfermedad Psiquiátrica. ....	25
<b>ENVEJECIMIENTO NORMAL O ENFERMEDAD. ....</b>	<b>26</b>
Introducción .....	26
Significado De Envejecimiento Normal O Fisiológico.....	26
Envejecimiento Patológico Geriátrico.....	28
<b>PSICOPATOLOGIA EN EL MAYOR.....</b>	<b>29</b>
Introducción .....	29
Envejecimiento .....	30
<i>Cambios biológicos</i> .....	30
<i>Cambios psicológicos</i> . ....	32
<i>Cambios sociales</i> . ....	34
Particularidades De La Psicopatología En El Mayor .....	35
Algunas Alternativas Para Un Buen Envejecimiento .....	36
<b>II. Módulo: LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS MAYORES .....</b>	<b>40</b>
<b>LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA (INFORME 2000). ....</b>	<b>41</b>



Introducción ..... 41

Esperanza de vida por edad y sexo ..... 41

Distribución de la población mayor por Comunidades Autónomas ..... 42

    Proyecciones de futuro: De la pirámide de población al pilar de población..... 42

Familia y relaciones sociales ..... 43

Servicios Sociales para personas mayores ..... 43

*Plazas residenciales* ..... 43

*El servicio de Ayuda a Domicilio* ..... 44

*Otros Servicios*..... 44

*Cuidadores informales* ..... 44

PERSONAS MAYORES Y FAMILIA..... 45

    Introducción ..... 45

    La Familia: Definición, Funciones y Estructura..... 45

EL PAPEL DEL MAYOR ..... 46

    La transmisión de conocimientos y valores..... 46

    La relación de ayuda..... 47

    Las relaciones familiares y el abandono de su domicilio. .... 47

    Una situación frecuente: el abuelo golondrina..... 49

    Necesidades de la vejez en la familia. .... 49

*A. Fisiológicas* ..... 50

*B. Económicas*..... 50

*C. Psíquicas y Sociales*..... 50

LA SEXUALIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES ..... 51

LA JUBILACIÓN..... 52

    1. Jubilación Y Vejez. .... 52

    2. Problemas De La Jubilación. .... 53

*Cómo combatir el tedio y la soledad*..... 54

    3. La Actitud Frente A La Jubilación..... 55

    4. Preparación Para La Jubilación..... 56

    5. Etapas Del Proceso De Jubilación. .... 56

    6. El Rol Del Jubilado. .... 57

PROBLEMAS SOCIALES DE LAS PERSONAS MAYORES..... 58

    Factores de alto riesgo social ..... 58

    Problemas y Enfermedades ..... 58

    Necesidades Sociales..... 59

    Recursos En Servicios Sociales ..... 60

*Comunitarios:* ..... 60

*Especializados Para Personas Mayores:*..... 60

ATENCIÓN E INTERVENCIÓN CON PERSONAS MAYORES. .... 61

    I. Terminología Específica. .... 61

    II. Síntesis De La Evolución En El Tratamiento De Las Personas Mayores..... 61

    III. Necesidades Específicas De Las Personas Mayores. .... 62

        Respuestas actuales a necesidades específicas de las personas mayores. ... 63

    IV. Principios De Actuación ..... 64



IV.1 PRINCIPIOS RECTORES DE LAS ACTUACIONES: .....	64
IV. 2. OTROS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LOS SERVICIOS SOCIALES: .....	64
IV.3 SEGÚN LAS NACIONES UNIDAS: .....	66
<b>V. Principales Áreas De Actuación.....</b>	<b>66</b>
AREAS DE ACTUACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO: .....	66
<b>VI. SS.SS: Coordinación De Los Dos Niveles De Actuación. ....</b>	<b>67</b>
Actuaciones Generales:.....	67
Actuaciones Específicas: .....	67
La Jubilación:.....	67
Modos de atención social actual:.....	69
AYUDA A DOMICILIO (SAD): .....	70
TELEASISTENCIA DOMICILIARIA: .....	71
HOGARES Y CLUBES:.....	72
ESTANCIAS DIURNAS EN HOGARES Y RESIDENCIAS: .....	72
ESTANCIAS TEMPORALES EN RESIDENCIAS: .....	72
RESIDENCIAS:.....	72
ACOGIMIENTO FAMILIAR:.....	72
VIVIENDAS TUTELADAS:.....	72
PISOS TERAPÉUTICOS: .....	73
MINI- RESIDENCIAS:.....	73
VIVIENDA COMPARTIDA: .....	73
<b>ACTITUD ANTE LA PERSONA MAYOR.....</b>	<b>75</b>
<b>CON TRASTORNOS PSIQUICOS .....</b>	<b>75</b>
Introducción .....	75
El Mayor Depresivo .....	75
Actitud Ante El Mayor Depresivo.....	77
El Mayor Suicida.....	77
Actitud Ante La persona Suicida .....	78
El Mayor Con Ansiedad .....	78
Actitud Ante La persona Con Ansiedad.....	79
El Mayor Con Trastornos Del Sueño .....	80
Actitud Ante La Persona Insomne.....	80
El Mayor Con Ideas Delirantes .....	81
Actitud Ante La Persona Delirante .....	83
El Mayor Confuso .....	84
Actitud Ante La Persona Confusa .....	85
El Mayor Agitado.....	85
Actitud Ante La Persona Agitada .....	85
<b>EL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES .....</b>	<b>87</b>
1. Marco Y Situación Actual.....	87
2. Concepto .....	87
3. Epidemiología .....	88
4. Motivos del Maltrato. Causas .....	88
5. Falta De Detección. ¿Por Qué?.....	89
6. ¿Cómo Podemos Aumentar La Detección? .....	89
7. Intervención Ante El MPM.....	91



**LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL..... 94**

**EN LA RELACIÓN DE AYUDA ..... 94**

¿Qué Es La Comunicación?..... 94

Nos Comunicamos Con El Comportamiento..... 94

Obstáculos Y Facilitadores De La Comunicación Un Modo Y Estilo De Comunicarse:

La Autoafirmación Personal ..... 95

Un Modo Y Estilo De Comunicarse: La Autoafirmación Personal ..... 96

Los Estilos No Asertivo Y Agresivo En La Comunicación Personal. .... 96

Comunicándose En Situaciones De Estrés ..... 98

Estrés Y Afrontamiento ..... 98

*Atención – percepción y afrontamiento del estrés. .... 98*

*También el cuerpo es sensible al estrés..... 98*

*Guía para el autocontrol emocional..... 99*

*Desarrollando autocontrol emocional ..... 100*

**EL “MENÚ” DE HABILIDADES ..... 101**

Escuchar Activamente ..... 101

*¿Qué es?..... 101*

*¿Por qué y para qué?..... 101*

Resumir ..... 102

*¿Qué es?..... 102*

*¿Por qué y para qué?..... 102*

Hacer Preguntas..... 102

*¿Qué es?..... 102*

Ser Positivo Y Recompensante..... 103

*¿Qué es?..... 103*

*¿Por qué y para qué?..... 103*

Enviar “Mensajes Yo” ..... 104

*¿Qué es?..... 104*

*¿Por qué y para qué?..... 104*

Acuerdo Parcial Y Disco Rayado ..... 105

*¿Qué es?..... 105*

*¿Por qué y para qué?..... 105*

Dar Información Útil ..... 106

*¿Qué es?..... 106*

*¿Por qué y para qué?..... 106*

Ayudar A Pensar..... 106

*¿Qué es?..... 106*

*¿Por qué y para qué?..... 107*

Hacer Reir..... 107

*¿Qué es?..... 107*

*¿Por qué y para qué?..... 107*

Elegir El Lugar Y Momento Adecuado Y Preparar La Situación ..... 108

*¿Qué es?..... 108*

*¿Por qué y para qué?..... 108*

**COMO DECIR “NO” ..... 108**



Antes De Rechazar Una Petición Hay Que Asegurarse De Que Entendemos Lo Que Nos Piden. ....	108
Como Decir No: Recomendaciones Paso A Paso .....	109
Cómo No Rechazar Peticiones: .....	109
<b>COMO ANALIZAR EL TRABAJO SIN HERIR A LOS DEMÁS .....</b>	<b>109</b>
¿Para Qué Criticamos? .....	109
Cómo Realizar Una Crítica. Consideraciones Generales.....	110
Pasos A Seguir .....	111
<b>COMUNICACIÓN CON PERSONAS.....</b>	<b>112</b>
<b>CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER.....</b>	<b>112</b>
Tipos De Comunicacion: .....	112
Problemas En La Comunicación Verbal Con Pacientes Con Demencia....	112
Causas: .....	112
Consejos para hacerse entender. ....	113
Consejos para comprender.....	113
Comunicacion No Verbal .....	113
Consejos De Comunicación No Verbal:.....	113
<b>LAS PALABRAS MÁS IMPORTANTES EN LAS RELACIONES HUMANAS ...</b>	<b>115</b>
<b>LOS DIEZ MANDAMIENTOS DE LAS RELACIONES HUMANAS. ....</b>	<b>115</b>
<b>LA ENTREVISTA EN TRABAJO SOCIAL .....</b>	<b>116</b>
Tipos De Entrevista:.....	116
La Entrevista En Trabajo Social: .....	116
<i>La entrevista es una relación:</i> .....	116
<i>La entrevista es una técnica:</i> .....	117
<i>La entrevista es un proceso:</i> .....	118
Técnicas De Relación:.....	118
Conceptos En La Entrevista Para La Obtención De Información: .....	119
Estructura Y Organización De La Entrevista:.....	119
Técnicas De Intervención En La Entrevista: .....	120
<b>III. Módulo: LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES .....</b>	<b>122</b>
<b>LA PLANIFICACIÓN SOCIAL .....</b>	<b>123</b>
Conceptos .....	123
La Planificación Implica .....	123
<b>La Elaboración Y Desarrollo De Un Proyecto Tiene Tres Fases</b>	
Consecutivas .....	124
Tipos De Proyectos .....	124
En cuanto a su proyección temporal podemos clasificar en: .....	124
En cuanto a su territorialidad los proyectos pueden ser: .....	125
En cuanto a su ámbito de acción: .....	125
Pasos En La Elaboración De Un Proyecto.....	125
Finalidades En La Elaboración De Proyectos .....	125
Objetivos En La Elaboración De Proyectos .....	126
Formulación De Los Objetivos.....	126
Questiones A Tener En Cuenta A La Hora De Presentar Proyectos.....	126
Otras Técnicas De Planificación .....	127
Convocatoria De Subvenciones .....	127



Negociar, Defender El Proyecto .....	128
<b>PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PLANIFICACIÓN. ....</b>	<b>128</b>
Introducción .....	128
Concepto .....	128
<i>Principios básicos (7)</i> .....	129
<i>Dificultades inherentes a la tarea de planificar en sí (5):</i> .....	129
<i>Dificultades inherentes a elementos políticos, valores e intereses..</i>	129
<i>Dificultades propias de la organización y sus elementos (3):</i> .....	129
Proceso De Planificación (9) .....	130
<i>Estudio de la situación</i> .....	130
<i>Posibles criterios para priorizar</i> .....	130
<i>Selección de alternativas</i> .....	130
Las técnicas utilizadas son las siguientes:.....	131
<i>Determinación de metas</i> .....	131
Cómo transformar un objetivo en <i>indicador</i> :.....	132
<i>Determinar actividades y servicios</i> .....	132
<i>Determinación de los recursos</i> .....	132
<i>Corresponde Al PROGRAMA Y Debe Contener:</i> .....	132
<i>Determinar las responsabilidades</i> .....	133
<i>El trabajador social tiene tres grandes funciones</i> .....	133
<i>Papel del trabajador social en la planificación</i> .....	133
<b>LA GESTIÓN DE LA PLANIFICACIÓN.....</b>	<b>135</b>
Conceptos Claves.....	135
Pasos Fundamentales.....	135
Técnicas de Gestión.....	135
Organigrama .....	136
<i>Tipos de organigramas y participación</i> .....	136
Organigrama de rastrillo: .....	136
El organigrama jerárquico.....	136
El organigrama participativo.....	137
Programación.....	137
<i>Recursos</i> .....	137
Tipos de recursos.....	138
<i>La reunión</i> .....	138
Tipos de reuniones.....	138
Preparación de una reunión .....	138
El desarrollo de una reunión .....	138
Inicio de una reunión .....	138
Las tareas del coordinador/a en una reunión .....	139
La mecánica de las reuniones.....	139
<i>Presupuesto</i> .....	140
Riesgos de los presupuestos .....	140
Elementos a tener en cuenta en un presupuesto.....	140
<i>Sistemas de financiación</i> .....	140
<b>ORGANIZACION y PLANIFICACION EFICAZ DEL TIEMPO .....</b>	<b>141</b>
<b>1. PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DEL TIEMPO.....</b>	<b>141</b>

<i>Principio de Pareto</i> .....	142
<i>Ley de Parkinson</i> .....	143
<i>Tres leyes de Acosta</i> .....	143
<i>El valor económico del tiempo</i> .....	143
- <i>Planificar</i> .....	143
- <i>Reagrupar</i> .....	144
- <i>Simplificar</i> .....	144
- <i>Delegar</i> .....	144
- <i>Papeleo</i> .....	145
- <i>Crisis</i> .....	145
- <i>Asunción de tareas no propias</i> .....	145
- <i>Reuniones</i> .....	145
- <i>Falta de planificación y programación</i> .....	145
- <i>Tiempo controlado</i> .....	146
- <i>Tiempo no controlado</i> .....	146
- <i>Algunas tareas pueden ser delegadas</i> .....	147
- <i>Las llamadas telefónicas</i> .....	147
- <i>Las reuniones de trabajo</i> .....	147
<b>ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES</b> .....	149
1.1. <b>Planificación del tiempo</b> .....	150
1.2. <b>Programación</b> .....	151
2. <b>EL DESPACHO</b> .....	153
2.1. <b>Las interrupciones y las molestias</b> .....	155
<b>CONSTITUCIÓN Y GESTIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO</b> .....	158
<b>EL EQUIPO DE TRABAJO</b> .....	158
Elementos Para La Constitución Del Equipo.....	158
Características De Un Equipo De Trabajo.....	158
Los Miembros De Un Equipo. Características.....	159
Movimientos Del Equipo.....	159
Posibles Problemas En Los Equipos De Trabajo.....	159
Posibles Soluciones A Los Problemas.....	160
<b>ESTILOS DE LIDERAZGO</b> .....	160
Democrático-Participativo.....	161
<b>FORMAS DE ABORDAR EL CONFLICTO</b> .....	161
Posturas Ante El Conflicto.....	161
Resolución De Conflictos. La Negociación.....	161
Pasos en la negociación.....	162
<b>TRES TIPOS BASICOS DE DECISIONES</b> .....	162
La Toma De Decisiones.....	162
Pasos Para El Consenso.....	163
<b>LA EVALUACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN</b> .....	164
<b>CONCEPTO</b> .....	164
<b>CARACTERISTICAS</b> .....	164
<b>¿QUE VAMOS A EVALUAR?</b> .....	164
<b>PASOS PARA EVALUAR</b> .....	165
1. <i>Diseño de la evaluación</i> .....	165



2. <i>Recogida de Informaciones</i> .....	165
3. <i>Análisis de datos</i> .....	165
4. <i>Toma de decisiones</i> .....	165
<b>INDICADORES</b> .....	165
<i>Lista de posibles indicadores cualitativos</i> .....	166
¿ <b>COMO SE EVALUA?</b> .....	166
<i>Instrumentos para la evaluación</i> .....	167
<i>Los tiempos de la evaluación</i> .....	167
Antes de comenzar la actividad .....	168
Durante la actividad .....	168
Inmediatamente después de la actividad.....	168
Cierta tiempo después de que la actividad haya sido llevada a cabo .....	168
<i>Evaluación participativa</i> .....	168
<b>TÉCNICAS APLICADAS A LA EVALUACIÓN</b> .....	169
<i>Ficha del proceso de evaluación</i> .....	169
<i>Matriz Dafo</i> .....	169
<b>IV. Módulo: OTROS PROGRAMAS INOVADORES</b> .....	172
Introducción .....	173
Preparación Para La Jubilación:.....	173
<b>PROYECTOS INTERGENERACIONALES</b> .....	174
Ejemplos De Proyectos Intergeneracionales.....	174
Acogida Familiar: Estudiantes Y Personas Dependientes .....	176
1º <i>El acogimiento familiar de mayores a jóvenes universitarios</i> .....	176
2º <i>El acogimiento familiar a personas mayores en situación de soledad o dependencia</i> .....	177
Asociaciones Y Confederaciones. ONG's Nacionales E Internacionales	178
<b>PROGRAMA "ALOJAMIENTO DE ESTUDIANTES CON PERSONAS MAYORES Y/O DISCAPACITADAS"</b> .....	179
Objetivos .....	179
Prestaciones A Realizar Por El/La Estudiante.....	180
Requisitos Y Compromisos .....	180
Gratificaciones.....	181
Fecha De Realización Y Plazo De Solicitud .....	181
<b>PERSONAS MAYORES AYUDAN A OTRAS PERSONAS</b> .....	182
Voluntariado .....	182
Asociaciones .....	182
<b>EDUCACIÓN NO FORMAL</b> .....	183
¿ <b>QUÉ ES UN TALLER PARA ABUELOS DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD?</b> .	184
1. ¿ <i>Cuáles son las metas de los talleres de abuelos?</i> .....	184
2. ¿ <i>Qué sucede en un taller de abuelos?</i> .....	185
3. ¿ <i>Cuándo se reúne un taller de abuelos?</i> .....	185
4. ¿ <i>Con cuánta frecuencia se reúnen los talleres de abuelos?</i> .....	185
5. ¿ <i>Cuál es la agenda para los talleres de abuelos?</i> .....	186
6. ¿ <i>Deberíamos conducir un taller de abuelos?</i> .....	186
Co-facilitador profesional: .....	186
Abuelo co-facilitador .....	187

7. Qué son los talleres de abuelos: .....	187
<b>TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA PERSONA MAYOR. ....</b>	<b>188</b>
Medidas Generales.....	188
Técnicas Conductuales Específicas .....	188
A) <i>Pautas para el acortamiento de la latencia del sueño.</i> .....	188
B) <i>Pautas para disminución del número de despertares nocturnos.</i> ..	188
<b>PROCESO DE DUELO .....</b>	<b>189</b>
1. Concepto .....	189
¿Qué es?.....	189
¿Qué actitud se toma?.....	189
¿Qué situaciones lo agravan? .....	189
FASE I. <i>Impacto, perplejidad, shock.</i> .....	190
FASE II. <i>Rabia y Culpa.</i> .....	190
FASE III. <i>Desorganización del Mundo, Desesperación y Retraimiento.</i> .....	191
FASE IV. <i>Afirmación de la realidad y Recuperación.</i> .....	191
3. Síntomas Del Duelo. ....	191
4. Objetivos Que Persigue El Duelo.....	192
5. Duelo Normal. ....	192
6. Duelo Disfuncional O Patológico.....	192
1) <i>Duelo complicado o no resuelto.</i> .....	193
2) <i>Duelo psiquiátrico.</i> .....	193
7. Cómo Intervenir. Abordaje Terapéutico.....	193
A) <i>Enfoque proactivo:</i> .....	194
B) <i>Enfoque reactivo:</i> .....	194
8. Buenas Prácticas Para Las Organizaciones. ....	196
<b>SÍNDROME DEL CUIDADOR DE LA PERSONA MAYOR.....</b>	<b>197</b>
Definición De Cuidador Del Mayor. ....	197
Síndrome Del Cuidador. ....	197
1.- <i>Problemas físicos.</i> .....	198
2.- <i>Problemas psíquicos.</i> .....	198
3.- <i>Problemas de índole socio-familiar.</i> .....	199
Detección Del Síndrome Del Cuidador. ....	199
Abordaje E Intervención Con El Cuidador. ....	199
<i>Recomendaciones generales para prevenir el síndrome del cuidador</i> .....	200
Apoyo A Familias Cuidadoras. ....	200
<i>Servicios.</i> .....	200
<i>Recursos.</i> .....	201
<i>Información.</i> .....	201
<b>ESTRÉS EN EL PROFESIONAL .....</b>	<b>202</b>
El Agotamiento Profesional (Burn Out) .....	202
Proceso Del Burn Out .....	203
Síntomas Asociados .....	203
<i>Psicosomáticos</i> .....	203
<i>Conductuales.</i> .....	203
<i>Emocionales</i> .....	203



<i>Defensivos</i> .....	204
Soluciones Para El Burn Out.....	204
<i>Relacionados con el trabajo</i> .....	204
<i>Institucionales</i> .....	204
LA ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES .....	205
<i>Características De La Dieta (De La Persona Mayor)</i> .....	205
<i>Características De La Dieta (De La Persona Mayor)</i> .....	206
PROGRAMA PACIENTE EXPERTO .....	207
LOS MAYORES Y LAS DROGAS .....	209
LUDOPATIA Y REHABILITACIÓN .....	210
Definición.-.....	210
El ludópata.-.....	210
Rehabilitación de un ludópata.- .....	211
LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR .....	213
Introducción .....	213
Criterios de Selección .....	213
Características del Programa de actividad física.....	213
HUERTOS PARA PERSONAS MAYORES .....	215
¿En Qué Consiste? .....	215
¿A Quién Va Dirigido? .....	215
¿Cuáles Son Los Beneficios Del Programa?.....	215
LA RISOTERAPIA .....	216
¿Qué es la Risoterapia?.....	216
¿En qué se basa la Risoterapia? .....	216
¿En qué nos puede ayudar la Risoterapia?.....	216
Origen y evolución de la Risoterapia.....	217
LA AROMATERAPIA.....	218
El Sentido del Olfato y su Conexión con la Salud .....	218
Cómo Usar la Aromaterapia .....	218
MUSICOTERAPIA. UN PROYECTO .....	220
1. En La Historia .....	220
2. La Musicoterapia .....	220
3. Objetivos .....	221
4. Destinatarios .....	221
5. Metodología.....	222
6. Recursos .....	222
• <i>Materiales:</i> .....	222
• <i>Humanos:</i> .....	223
DOMÓTICA. TECNOLOGÍA EN EL HOGAR DE LOS MAYORES.....	224
MEJORA DEL MANEJO DE ELECTRODOMÉSTICOS POR MAYORES .....	225
LA TELEASISTENCIA INCORPORA LA TECNOLOGÍA GPS.....	225
LA TELEASISTENCIA INCORPORA LA VIDEOLLAMADA.....	226
El Proyecto Piloto.....	226



# I. Módulo: **EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO NORMAL**

---



## VISIÓN HISTÓRICA Y CULTURAL DE LA VEJEZ.

### Introducción

La concepción sobre la vejez ha ido cambiando en el transcurso de la historia. Según la época histórica y el lugar geográfico se atribuyen a la vejez rasgos y valoraciones incluso contrapuestos.

Dos perspectivas Históricas:

- La **vejez temida** porque significa **desgaste y muerte**
- El **viejo venerado**, como **historiador y sacerdote**, concepción positiva en antiguas culturas.

### Prehistoria

Sobre esta etapa se tiene poca información, pero sí se conoce que la longevidad es un orgullo para todas las tribus o clanes, y por ello, los individuos más longevos son los depositarios del saber y de la memoria colectiva, actúan como intermediarios entre las tribus o clanes y el más allá.

No es coincidencia por tanto, que los brujos y chamanes sean los más personas mayores, y a ellos se les atribuyera el poder de la sanación y el papel de jueces y educadores en esta etapa prehistórica.

### Grecia

La cultura griega era veneradora de la perfección y de la belleza, y para los griegos la vejez era considerada como una ofensa al espíritu y como un deterioro inevitable de todos los aspectos del individuo, incluso los viejos eran provocadores de la burla.

En la sociedad griega, Platón y Aristóteles son los máximos exponentes de la opinión opuesta que se suele tener de la ancianidad. Los dos van a los extremos, ya que Platón idealiza a los viejos por su sabiduría, madurez y cultura. Y Aristóteles los teme por la pérdida de fuerzas y habilidades que experimentan.

En esta civilización se crean las primeras instituciones de caridad dedicadas al cuidado de los personas mayores. En la ciudad de Esparta existía un senado llamado *Gerusia* constituido por 28 miembros, todos ellos mayores de 60 años, y eran los que tenían el poder político y social. En Atenas, el consejo de los personas mayores era meramente un órgano consultivo y eran los hombres jóvenes los que tomaban las decisiones importantes.

### Tradición hebreo - cristiana

La mayor información sobre este periodo histórico está recogida en el Antiguo Testamento, que abarca la historia desde el S. IX A.C. al S. I A.C.

Los personas mayores tenían un lugar privilegiado y existía un Consejo de Personas mayores con poderes religiosos y judiciales, puesto que la longevidad era entendida como una recompensa por una vida moralmente intachable.

Durante la etapa monárquica conviven el Consejo de Personas mayores y el Rey soberano hasta la muerte del Rey Salomón, al que sucede su hijo, que cambia la opinión sobre los personas mayores y comienza a despreciar incluso su imagen social.

Cuando comienza la etapa del exilio del pueblo israelita, los personas mayores vuelven a tomar relevancia social y llegan a ser la imagen de la fidelidad divina.

## Roma

En la época romana aparece un atisbo de lo que hoy es considerado Gerontología, puesto que se presta atención al mayor y se comienzan a estudiar los problemas relacionados con la vejez desde los aspectos políticos, sociales, psicológicos, demográficos y médicos.

Aparece en el Derecho Romano la figura del "*pater familia*" otorgándole a esta figura consistente en el hombre más mayor de la familia un poder total, incluso tiránico sobre el resto de los miembros familiares.

Durante la República, a partir del S. I. A. C., los personas mayores dirigían la política. Los personas mayores de Roma fueron poderosos hasta el siglo II A. C.

Con la Instauración del Cristianismo, a partir del S. III D.C. los hospitales cristianos se ocuparían del cuidado de los personas mayores.

## Edad Media

La Edad Media fue una época caracterizada por la brutalidad y el poder de la fuerza. En la baja edad Media los títulos nobiliarios fueron administrados por los personas mayores. Los personas mayores pobres eran débiles y desheredados y eran acogidos en hospitales y monasterios cristianos.

Es el Cristianismo el que "impone" cierta estabilidad familiar y la monogamia, esto supone que la familia sea un grupo compacto y protector de sus miembros mayores.

Curiosamente, la peste negra mató a un mayor número de niños y jóvenes que de personas mayores, lo que supuso que la población anciana se incrementara en los siglos XIV y XV, esto provocó una recuperación de la posición social, política y económica de la población mayor.

## Renacimiento

Surge durante el Renacimiento una "*resurrección*" de la cultura griega y se recuperan por tanto sus valores, vuelve una época negativa para la concepción de la vejez que consiste en una etapa de decrepitud, fealdad y desvaloración social, al mismo tiempo que la esperanza de vida comienza a aumentar.

## Oriente

La sociedad china, veneraba a sus personas mayores por su poder dentro de la estructura jerárquica.

## Modernidad

Con la Revolución Industrial entra el concepto de **capitalismo midiéndose a las personas por su productividad** y pasan a ser víctimas de los avances industriales, considerando al **viejo como un ser improductivo**.

Las revoluciones sociales y políticas que se dan en el S. XVIII, y la instauración del pensamiento liberal, de nuevo cambian la concepción sobre la vejez. Aparecen la Jubilación y los Seguros Sociales como recompensa a los trabajadores mayores de 50 años. Al mismo tiempo, la esperanza de vida continúa aumentando y la edad de la jubilación se va postergando paulatinamente.

## Época Contemporánea

Los seguros sociales y de vejez van ganando terreno y con el **Estado del Bienestar** llegan los **derechos sociales y sanitarios**.

Sin embargo en la sociedad actual, donde predominan los valores en alza de juventud, fuerza y belleza, el mayor soporta un concepto peyorativo vinculado al alejamiento del proceso productivo y de roles significativos para la sociedad.

Se dan tres factores que están cambiando positivamente la concepción actual sobre la vejez:

- Aumento de la esperanza de vida.
- Envejecimiento de la población.
- Descenso de la natalidad.

En la actualidad están apareciendo "nuevos mayores", autónomos, preocupados por su calidad de vida y que conservan cierto grado de actividad y creatividad adaptado a su edad.

## EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

### Concepto

Constituye un proceso de deterioro del organismo maduro como resultado de cambios ligados al tiempo, esencialmente irreversibles y comunes a todos los miembros de la especie. Son procesos entrelazados que se producen a distintos niveles/ biológico, psicológico, social/ dentro de las estructuras del organismo y de la personalidad.

### Mitos Sobre La Vejez

- Envejecimiento cronológico lejos de la juventud.
- La improductividad.
- Desvinculación y falta de compromiso.
- Demasiado viejos para aprender.
- Viejo verde unido a la inexistencia de apetito sexual.
- La serenidad.
- El deterioro de la inteligencia.
- Cascarrabias y resentimiento.
- Retorno a la infancia.

### Características del Proceso De Envejecimiento

- Reducción de autonomía.
- Desaparición de familiares y otras personas significativas.
- Conciencia de proximidad de la muerte.
- Exención de responsabilidades.
- Improductividad.

### Comportamientos De La Sociedad. Condicionantes

- Exclusión y marginación
  - Creación de espacios especiales bien acomodados separados de la población
  - Obligación de aceptar lo que se le ofrecía sin contar con sus necesidades
  - No se ha confiado en sus potencialidades y sabiduría; se ha trabajado para ellos pero sin ellos
  - El envejecimiento proceso natural y biológico
  - Persona, sujeto de derechos y deberes
- Se vive más años pero no mejor
  - Enorme laguna de necesidades.
  - Falta de coordinación entre los servicios Sanitarios y Sociales.
  - No se ve al mayor en su globalidad

- Los mayores y la política
  - Falta de participación social ante el engaño y la desconfianza.
  - Necesidad de confianza y poder fiarse
- Manipulados por la información
  - Desproporción en el lenguaje empleado y el método para informar a este sector.
  - Desconocimiento de sus derechos y de los recursos existentes.

### Condicionantes Personales: Diversos Patrones De Maduración

- Patrones de maduración y cultura:
  - Influencia del nivel económico
  - Mayor cultura mejor aprovechamiento de los recursos
- Diferencias por variaciones en la personalidad. Según su grado de madurez nos podemos encontrar:
  - **Maduro**= estable, constructiva y bien integrado, adaptación muy elevada
  - **Pasivo**= Inactivo, voluntariamente desvinculado, huir de responsabilidades
  - **Defensivo o blindado**= rígido, activo e individualista, adaptación moderada
  - **Colérico**= lucha contra el envejecimiento, resistencia a la frustración, y mala adaptación
  - **Autoagresivo**= Agresividad hacia el mismo, depresivo, aislamiento, bajo nivel de adaptabilidad
- Situaciones de desarraigo
  - Dificultades de integración en una vida asociativa.
- Falta de cultura de la solidaridad
  - Bloqueo fuera del mundo laboral. Una realidad social, laboral y cultural cambiante nos dará un tipo de mayores

### El Buen Madurar

Consiste en envejecer mejor, luchar por mantener un lugar bajo el sol, mantenerse activo. El sentimiento y la conciencia de integridad, la acrecentada seguridad de la persona en cuanto al sentido de su existencia y también de sus malogros y limitaciones, incluida la hora más cercana de la muerte del ciclo vital de cada uno, la resuelta disposición a defender hasta el último instante de dignidad del propio estilo de vida contra todo tipo de amenazas exteriores.

## Características Facilitadoras De Un Buen Envejecimiento

- Poder decidir sobre el propio cuerpo y la propia vida.
- Liberado de los condicionantes laborales.
- Adaptación a las nuevas condiciones, biológicas y sociales.
- Tener vínculos de intimidad, afecto y cariño
- Grado adecuado de organización y complejidad del comportamiento diario de una persona.
- Tener proyecto de vida
- Buscar nuevas metas, nuevos motivos de satisfacción y orgullo

## El Envejecimiento Se Frena

- Permaneciendo activo y haciendo actividades
- Estando informado y en formación permanente
- Promoviendo la convivencia y la integración social
- Participando activa, crítica y creativamente.

## Elementos Bio-Psico-Sociales

- **La inserción y la autorrealización:** Hacer esfuerzo para permanecer en la vida social activa, no excluido de los procesos considerados más importantes como la producción, la educación y la participación en la toma de decisiones. Autorrealización relacionada con la autoimagen.
- **La cultura y el ocio:** En las sociedades tradicionales, los/as mayores eran testigos orales de la historia. Hoy la proyección hacia el futuro y el consumo, en la era de las comunicaciones, tiene más importancia y no hay sitio para estos testigos, ni para la necesidad de dialogo intergeneracional.
- **La economía:** Pérdida de valor adquisitivo que influye en la vivienda, la alimentación, la salud, la vida familiar, el ocio y, en general, la participación en la sociedad. Los ingresos de los mayores son menores que las de las personas en activo. La situación de la mujer es peor que la del hombre. El dinero representa un factor muy importante de integración, discriminación y marginación de los/as mayores.
- **La salud:** (completo bienestar físico, psíquico y social) sufre un declive biológico y un deterioro físico, siguiendo leyes naturales. Mayor dependencia de otras personas.

## Factores Que Influyen En La Longevidad

- Actitud optimista ante la vida.
- Mantener un tipo de trabajo útil
- Mantener una permanente vida intelectual
- Evitar la vida sedentaria
- Evitar tensiones emocionales, las angustias y el estrés
- Evitar las radiaciones
- Evitar la obesidad
- Evitar el tabaco, las bebidas alcohólicas y las drogas.

## CONCEPTO DE SALUD

### Introducción

Históricamente se ha entendido la salud como "la ausencia de enfermedades e invalideces".

No es posible diferenciar siempre entre lo que es normal y lo que es patológico y, de lograrlo, el concepto de normalidad depende del lugar y el tiempo en el que se refieren, manteniéndose aún hoy en día una visión del nivel de salud de la comunidad desde la "pérdida de salud".

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), en su Carta Constitucional de 1946, la definió como "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad".

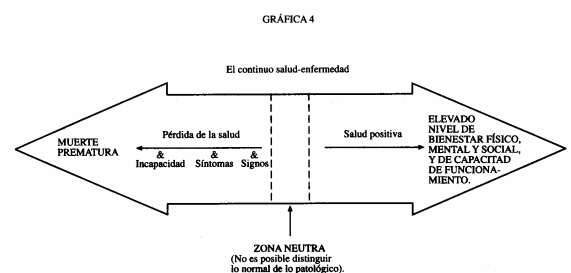
No obstante lo avanzada de tal definición para la época, falla en cuanto a que sentir bienestar no es siempre equiparable a tener salud (p.e., el caso de la adicción y consumo de drogas), por lo que se basa en percepciones y no en aspectos medibles y objetivables.

Tenis, en 1980, planteó una definición más dinámica como "un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia", incorporando un aspecto *subjetivo* de percepción de bienestar o malestar (no tener sufrimiento, sentirse bien...), y un aspecto *objetivo* como capacidad o incapacidad de funcionar (trabajar, estudiar, relacionarse con los demás...).

Wylie, en 1970, plantea la capacidad de adaptación del hombre al medio ambiente, y define la salud como "el ajuste perfecto, permanente, de un organismo a su medio ambiente", por lo que la enfermedad sería un ajuste imperfecto.

Se comienza a ver como un continuo **salud-enfermedad**, cuyos extremos son "el completo estado de bienestar" y la muerte. En el centro quedaría una zona neutra donde no podría distinguirse siempre lo normal de lo patológico.

Salleras, en 1985, propone sustituir los conceptos de salud y enfermedad por "elevado nivel de bienestar y capacidad de funcionar" y "muerte prematura". Así la representación dinámica del continuo **salud-enfermedad** se podría definir como...



"EL LOGRO DEL MÁXIMO NIVEL DE BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL, Y DE CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO QUE PERMITAN LOS FACTORES SOCIALES EN LOS QUE VIVE INMERSO EL INDIVIDUO Y LA COLECTIVIDAD".



## Pero ¿Qué determina la salud?

Podemos decir que los factores sociales del individuo y la comunidad son los DETERMINANTES DE LA SALUD, y su promoción y modificación son los objetivos de la Salud Pública.

Lalonde, en 1974, desarrolló el siguiente MODELO GLOBAL de SALUD, basado en cuatro agentes:

1. Endógenos: relacionados con la biología humana y ante los cuales se puede intervenir a nivel de prevención.
2. Medio Ambiente: relacionado con ...
  - a) Elementos biológicos (virus, bacterias, protozoos, hongos, artrópodos...)
  - b) Elementos físicos (ruido, radiaciones, humos, polvo, desechos, temperatura, etc.)
  - c) Elementos químicos (plomo, mercurio, plaguicidas, derivados nitrogenados, compuestos de azufre, etc.)
  - d) Elementos psico-social-culturales (competitividad, violencia, estrés, etc.)
3. Estilo de Vida: relacionados con las decisiones personales, pero condicionadas por la sociedad y la cultura, como los hábitos insanos (consumo de drogas, sedentarismo, sobreaporte dietético, automedicación, etc.)
4. Sistema de Atención Sanitaria: relacionado con su calidad, accesibilidad, gratuidad.

Influencia en la Salud	Agente Implicado	Nivel de Gasto Sanitario
15 %	Biología Humana	10 %
70 %	Medio Ambiente	5 %
	Estilo de Vida	
15 %	Asistencia Sanitaria	85 %

Lalonde (1974), Dever (1977) y Salleras (1980).

Esta desviación del gasto en salud es lo que ocasiona la actual medicalización del concepto de salud-enfermedad, siendo más adecuado centrarse en la prevención y el control de la enfermedad según su origen multicausal, más que sobre la curación.

La enfermedad diferencia a las personas entre enfermas y sanas, es fuente de dolor, incapacita para el funcionamiento, impide el pleno disfrute de la vida. Presenta diferencias de mortalidad y de esperanza de vida entre grupos sociales. La percepción o conciencia de enfermedad que provoca el uso de servicios médico-sanitarios, depende del reconocimiento de los síntomas y de la interpretación social que esos síntomas tengan en función de la información científica disponible y de la valoración de importancia que de ellos se haga.

Así podemos decir que la idea de salud dependería de tres factores:

1. Percepción del bienestar.
2. Capacidad del sujeto para funcionar adecuadamente.
3. Adaptación al medio ambiente.

La enfermedad sería el resultado de la continua lucha del hombre por la supervivencia y por el control de la naturaleza. Es la expresión de los significados que las personas dan a su relación con el medio-ambiente que les rodea.

## CONCEPTO DE SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

### Salud Mental.

La satisfacción está relacionada con el ajuste entre lo que es realmente y el modelo o imagen que tenemos de lo que es, o debería ser. Así, la satisfacción de las necesidades es lo que condiciona la calidad de vida y ésta es, a su vez, el fundamento del concepto de bienestar social. Este concepto tiene bases objetivas pero también fuertes connotaciones subjetivas en el sentido de las aspiraciones, por lo que no existe un criterio de bienestar social y mental que tenga validez en cualquier contexto sociocultural en que se aplique.

Salud mental no significa capacidad de adaptación a la sociedad actual caracterizada por:

1. Aumento de la esperanza de vida en la mayoría de los países.
2. Vivir en un medio físico y social de rápidos cambios que provoca estrés psicológico y social agudo y prolongado.
3. Desarraigo, desintegración familiar y aislamiento social por la pérdida de los mecanismos tradicionales de protección social.
4. Proliferación de hábitos de consumo de alcohol, drogas y medicamentos.

El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud sobre Salud Mental, en 1950, puntualizaba que *"no basta con carecer de defectos mentales ni tampoco ser capaz de adaptarse al medio"* para definir la salud mental. En 1962, la Federación Mundial de la Salud Mental hacía una definición ecológica al relacionar al individuo y su interacción con el medio ambiente, definiéndola como *"el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes, en la medida que apunte al despliegue óptimo de las capacidades del individuo (físicas, intelectuales, afectivas), teniendo en cuenta el contexto en que se halla"*.

La misma Organización Mundial de la Salud, en 1959 señalaba cómo la frontera entre lo normal y lo anormal se encuentra sujeta a grandes cambios y oscilaciones, y no debidas al propio "trastorno mental" en sí, sino a la reacción que la sociedad tiene ante el propio trastorno psicopatológico. El consenso social es el que marca la zona en la que se mueve la razón y la sinrazón (Bastide, 1965).

La definición de salud mental debería abordarse desde diferentes modos, según el problema a resolver, lo cual dependerá de:

- a) los valores de una sociedad determinada y en un momento determinado,
- b) el cambio del concepto de sano/insano según cambien las respuestas del ser humano a las circunstancias diversas de su medio.

### Enfermedad Psiquiátrica.

La enfermedad, así como la experiencia de la enfermedad (sentirse enfermo), está configurada por factores socioculturales y sociales-psicológicos, independientemente de sus bases genéticas, fisiológicas y de otras bases biológicas.

La enfermedad se establece como diferenciación de la salud en sus manifestaciones de:

1. Salud como norma...

TABLA 1.1. CONCEPTO GENERAL DE ENFERMEDAD DISTINGUIÉNDOLO DE OTRAS VARIANTES DE DESVIACIONES DE LAS NORMAS

Área de normas:	Salud.	Cultura.	Moral.	Ley.
Variantes:	Enfermedad.	Estilo de vida o ideologías desviados	Actuación inmoral mal carácter.	Criminalidad.
Reacción social:	Tratamiento apoyo social.	Tolerancia o desaprobación.	Aceptación o sanciones.	Castigo (sanciones institucionalizadas.)

Fuente: Háfner H: Determinanten psychischer Gesundheit und Krankheit. Fundamenta Psychiatrica, 1987;1(1): 4-14.

2. Desviaciones no patológicas de la norma y su delimitación legal: la ley requiere de los psiquiatras un diagnóstico sobre la presencia de enfermedad mental en los supuestos de responsabilidad respecto a intrusiones ilegales en los derechos de otro (responsabilidad criminal), y en cuanto a la capacidad para manejar los asuntos propios (principalmente económicos). Así son elementos legales la involuntariedad de la enfermedad, la incapacidad de la persona y el consentimiento. En esos casos se maneja el concepto de funciones parciales.
3. Sufrimiento humano común, como duelo, deformidades, incapacidades..., que limita las funciones vitales del individuo.

Se ha procurado definir la enfermedad mental por analogía con la enfermedad en medicina general, por lo cual la enfermedad mental presentaría: ausencia de salud, presencia de sufrimiento y proceso patológico (físico o psicológico).

Dado que los trastornos son estados que se presentan en las personas, y no son las personas en sí mismas, no debería hacerse referencia, por ejemplo, a un "esquizofrénico" o a un "depresivo", sino a una persona con esquizofrenia o alguien que tiene una depresión.

Por otro lado, el término "*trastorno mental*" supone una desafortunada distinción entre trastornos mentales y trastornos psíquicos. En la actualidad, numerosos estudios convincentes documentan que mucho es físico en los trastornos mentales y mucho es mental en los trastornos físicos. Y el DSM-IV propone reemplazar trastorno mental por trastorno psiquiátrico.

En una época caracterizada por la especialización, es importante que los profesionales adopten una perspectiva humana amplia para integrar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la intervención.

Se ha de concebir la enfermedad como un modelo de problema relacionado con el individuo y su entorno social. No podemos concebir la sociedad como sana o enferma, lo son los individuos que la integran.

Uno de los problemas de la definición de enfermedad o trastorno mental es resolver cómo se puede saber si una condición observada es una enfermedad si sus causas son desconocidas. La experiencia de la enfermedad es parte de un continuo proceso de adaptación en el que los esfuerzos del individuo por enfrentarse a la enfermedad se asocian de diversas formas con las dimensiones particulares de la amenaza, y ambos cambian a través del tiempo (Mechanic, 1986)

## ENVEJECIMIENTO NORMAL O ENFERMEDAD.

### Introducción

La O.M.S. en 1957 considera al individuo como un ser complejo y define la salud como un bienestar físico, psíquico y social que no lleva implícito la ausencia de dolencia o enfermedad.

Esta definición es ampliada, añadiendo el concepto DINAMICO de ajuste o respuesta adecuada del organismo para la función que esta demandado en un momento dado, incorporando variables como lugar, tiempo y persona, corresponsabilizando a muchas disciplinas y diferentes áreas a ser corresponsables en el mantenimiento de la salud tanto a nivel individual como colectivo. Así mismo el MEDIO AMBIENTE adquiere un protagonismo especial al ser la variable epidemiológica CAUSAL más evitable.

Este MARCO TEORICO fundamenta los principios de la gerontología y la geriatría, basadas sobre el trabajo en equipo, interdisciplinario e interactivo en todas las áreas del individuo, con la finalidad del mantenimiento y/o mejora de la calidad de vida de la población de edad.

No obstante, en EL MARCO PRACTICO no es posible establecer los límites entre un envejecimiento fisiológico y un envejecimiento patológico.

### Significado De Envejecimiento Normal O Fisiológico

El paso de los años se acompaña de cambios fisiológicos inevitables y que representan el envejecimiento normal, con sus connotaciones morfológicas,

fisiológicas y psicológicas, diferenciables de los efectos debidos a estados patológicos nuevos o/y acumulados a lo largo de la vida y que se manifiestan con mucha más frecuencia en edades tardías.

El resultado es una desorganización biológica donde los sistemas reparadores trabajan en condiciones adversas o de precariedad, pero en ningún caso es una SITUACION DE ENFERMEDAD.

La idea que tenemos del mayor, es la de una persona disminuida en sus facultades físicas y psíquicas, que padece de múltiples enfermedades, la mayoría degenerativas y progresivas, responsables de severas discapacidades que enmascaran el envejecimiento normal.

Características del proceso de envejecimiento:

#### 1. Fenómeno biológico MULTIFACTORIAL

Es un fenómeno complejo que, aunque se hace evidente en edades avanzadas, se inicia al final del crecimiento y en el que intervienen varios mecanismos del medio interno o/y externo que sumándose rompen las defensas (mecanismos de reparación y supervisión) que el individuo tiene para mantener su equilibrio homeostático.

#### 2. Dependencia del factor TIEMPO.

Se producen modificaciones irreversibles que tienen lugar con el paso del tiempo en los sistemas vivos, que a nivel del individuo suponen una pérdida de la capacidad de vivir para siempre aumentando la probabilidad de morir según se va haciendo más viejo.

#### 3. Proceso que indica CAMBIOS.

Modificaciones fisiológicas degradativas que predominan en ciertos órganos y tejidos, relacionadas con el tiempo.

#### 4. Atributo UNIVERSAL.

Alteraciones estructurales en todos los organismos multicelulares que pueden o no ser peculiares de cada especie.

#### 5. Supone PERDIDA DE ADAPTACION.

Disminución de las reservas funcionales acercando peligrosamente el nivel de función al de disfunción de los órganos, disminuyendo la capacidad de adaptación e incluso provocando la incapacidad para sobrevivir a las agresiones del medio externo.

#### 6. Carácter PROGRESIVO E IRREVERSIBLE.

El desarrollo y el envejecimiento son resultado de los mismos procesos celulares básicos de todos los miembros de una población. Los primeros son fenómenos tempranos que conducen a un perfeccionamiento de la función, los segundos son fenómenos tardíos que dan como resultado el deterioro de la función.

## 7. Fenómeno CONTINUO.

La pérdida de función es LINEAL, al aumentar los años se han acumulado los cambios y se han agotado las reservas emergiendo los signos propios de la vejez.

## 8. VARIABILIDAD.

No es predecible ni la intensidad, ni el momento de aparición, ni los órganos afectados, existiendo un marcado CARACTER INDIVIDUAL.

## 9. VULNERABILIDAD.

Claudio Bernard en 1859 fue el primero que describió el concepto de HOMEOSTASIS, que actualmente se entiende como la *capacidad de ajuste* ante cambios del medio interno o externo, para mantenerse dentro de los márgenes NO PATOLOGICOS o de SUFICIENCIA. En el individuo mayor los mecanismos homeostáticos se hacen menos sensibles, menos detallados, más lentos y con una respuesta más reducida. **Pierde adaptabilidad** y el individuo se hace más **vulnerable**.

## Envejecimiento Patológico Geriátrico

No todos los mayores enferman de igual manera ni con similares riesgos o secuelas, las situaciones más desfavorables se dan en una pequeña parte de la población mayor, su generalización supone un error y una afirmación con consecuencias muy negativas para el abordaje optimista que este grupo de población se merece.

### SITUACIONES DE ENFERMEDAD DEL MAYOR:

1. MAYOR ENFERMO: *Persona mayor* no aquejada de ningún tipo de enfermedad invalidante que sufre una enfermedad aguda: sin otras connotaciones en relación con la edad que las propias del curso y modo de presentación de la enfermedad en los mayores, como son:

- Mayor prevalencia de la patología médica y quirúrgica en estas edades.
- Conjunción de factores de riesgo, independientemente de su etiología con sensible aumento de la comorbilidad.
- Comienzo inespecífico, oligosintomatología, tendencia a la cronicidad y mayor riesgo de fracasos multiorgánicos.
- Morbilidad senil, como pérdida de actividad individual por disminución de las funciones somáticas e intelectuales asociadas a una serie de características de connotación sociocultural, económica y convivencial.

2. PACIENTE GERIATRICO: una persona mayor que presenta varias enfermedades de curso crónico que ya va envejeciendo con minusvalía, en la que un nuevo proceso tendrá gran repercusión vital y en términos de **invalidez o discapacidad**.

En este grupo de población existe un factor común, **la complejidad** con que se presentan de forma simultánea las pérdidas en las tres dimensiones que influyen en el estado de salud:



- LA SALUD FISICA, traducida como, número de enfermedades que padece, predominio de patología crónica o/y invalidante, déficits sensoriales y enlentecimiento en la velocidad de recuperación..
- EL ESTADO MENTAL enfocado en los aspectos cognitivos y emocionales.
- EL SOPORTE SOCIAL entendido en el ámbito familiar y comunitario, sufriendo una situación de aislamiento.

El resultado final de no evitarse es, una situación de enfermedad irreversible, con pérdida de autonomía general, puesto que la evolución de la enfermedad en estos supuestos se caracteriza por una mayor mortalidad, mayor repercusión a nivel funcional, tanto físico como cognitivo, mayor deterioro, más riesgo de yatrogenia y mayor necesidad de atención sanitaria, atención comunitaria y otros recursos sociosanitarios.

En resumen, la Atención Geriátrica Especializada va dirigida hacia este grupo de envejecimiento patológico, pues son los que tras VALORACION y TRATAMIENTO INTEGRAL, presentan mejor respuesta en relación coste/beneficio.

## **PSICOPATOLOGIA EN EL MAYOR.**

### **Introducción**

Actualmente se llega a la vejez en mejores condiciones y esto hace que socialmente esté mucho más presente que en épocas pasadas. La vejez empieza a ser considerada como una vejez que puede realizarse socialmente.

El concepto de vejez depende, entre otras cosas, de las costumbres, los mitos y de las imágenes sociales, así como de la propia percepción que de ella tiene el individuo. La apreciación de la propia vejez difiere mucho de unos mayores a otros. Algunos encuentran ventajas como el aumento del tiempo libre, la desaparición de un gran número de responsabilidades, la disminución de la competitividad, etc., pero la mayoría considera que es la etapa más difícil y dura de la vida con múltiples dolencias físicas, situaciones de soledad y aislamiento, escasez económica, pérdida de autonomía, etc.

Hay una tendencia a creer que el proceso de envejecimiento está ligado inevitablemente a patología como depresión, ansiedad, etc. Esto es absolutamente erróneo. El envejecimiento en sí no produce depresión y esta creencia está en parte condicionada por el sistema de valores de nuestra sociedad actual orientado hacia la juventud, la belleza, la productividad, la rentabilidad, etc., y en parte por la proyección de nuestra propia angustia ante el envejecimiento. El peligro de esta creencia es doble, ya que por un lado el mayor puede acabar identificándose con la imagen que la sociedad tiene de la vejez, y por otro lado el considerar la psicopatología como algo inherente al mayor lleva a ignorar las posibilidades terapéuticas.



La forma de afrontar la vejez depende en gran parte de la aceptación de la vida anterior. También del grado de madurez psicológica alcanzado, de la personalidad ("los viejos conservan las cualidades y los defectos de los hombres que siguen siendo"), de la biografía, del tipo de relaciones interpersonales, del desarrollo intelectual (cuanto más elevado es el desarrollo intelectual del individuo más ricas y variadas siguen siendo sus actividades y experiencias), etc. Según Ajuriaguerra, "se envejece como se ha vivido".

## Envejecimiento

El envejecer es un proceso adaptativo, lento y continuo que supone una serie de modificaciones a todos los niveles, con base genética e influencia del ambiente.

### Cambios biológicos.

**Cambios sensorio-perceptivos:** sobre todo los relacionados con la visión y la audición que van a dificultar la interacción entre el individuo y su entorno produciendo un claro aislamiento.

**Cambios en el aspecto externo:** modificaciones en la piel, en el sistema locomotor, etc., tienen una notoria repercusión en la auto imagen que puede ser vivida como una importante herida que se podrá provocar inseguridad y pérdida de autoestima, y va a hacer difícil asimilar tal cambio.

**Salud física pobre:** conduce frecuentemente a la soledad, a la pérdida significativa de capacidad para actuar y realizar tareas diarias, y a la depresión.

**Salud mental pobre,** a menudo reduce la actividad, la capacidad funcional, aumenta la confusión, y muy probablemente, disminuye la resistencia a los problemas físicos. La aparición de un síntoma cualquiera en el curso de la vejez, tiene un impacto psicológico importante y suscita la **idea del comienzo del fin**, es decir de la propia muerte, que provoca reacciones como:

- **Negligencia:** El deseo de negar esta perspectiva es responsable de que algunas personas de edad soporten una enfermedad importante y grave sin consultar a su médico.
- **Consultar rápidamente a su médico:** independientemente de la gravedad del síntoma.
- **Llamadas incesantes de atención:** representa un medio de comunicación, o coartada psicológica, con el objetivo inconsciente de una petición de ayuda, de apoyo contra la angustia. El deseo subyacente a estas llamadas incesantes, a la utilización de quejas ambiguas y al comportamiento regresivo, es finalmente, la esperanza de ser tomado en consideración, de beneficiarse de la protección del medio y no ser abandonado a la muerte. Esto no quiere decir que estas personas no estén realmente enfermas, la patogénesis sería similar a los modelos psicosomáticos convencionales.

**Envejecimiento cerebral:** ligado a la atrofia y disminución del número de neuronas. Todos estos cambios tienen una repercusión importante en las funciones cognitivas. No obstante, las investigaciones de los últimos años enfatizan la

importancia de la interacción funcional de diferentes sistemas de neurotransmisores (que crearían circuitos neuroquímicos específicos para funciones específicas) más que los cambios de neurotransmisores aislados.

**Funciones cognitivas:** como son además del C.I., la formación académica, el entorno estimulante, el entrenamiento profesional, el estado de salud, la biografía, la motivación, la clase social, la forma de vivir, etc. Algunos hablan de que hay un deterioro en la llamada inteligencia "fluida" o genética que sirve para buscar soluciones nuevas y complejas, mientras que se mantiene la inteligencia "cristalizada" que opera fundamentalmente con elementos que provienen del aprendizaje y la cultura. Sin embargo, la mayoría de los autores está de acuerdo en que las diferencias interindividuales son muy marcadas y de que al lado del declive por el acontecer biológico de la senescencia intervienen otros factores de tipo educativo, laboral, social, afectivo, generacional, etc. Se habla de la "plasticidad" de la inteligencia, es decir, por una parte de que ésta es modificable y por otra que hay elementos "de reserva" que pueden ser desarrollados en cualquier momento de la biografía del individuo. Esto se puede aplicar a todas las áreas del funcionamiento cognitivo, incluida la memoria.

**Memoria:** Hay un déficit en las "estrategias" o habilidades de memorización. Las personas mayores tienen también problemas en la metamemoria, es decir, en el conocimiento y el manejo de los procesos de la propia memoria y la capacidad de autoevaluar sus propios rendimientos de memoria.

En cuanto a los tipos de memoria, los mayores tienen menor rendimiento que los jóvenes en la memoria episódica (recuerdo de hechos concretos). Rinden igual o mejor en la semántica (conocimientos generales), excepto si se introduce la variable "velocidad". Obtienen peores resultados en el recuerdo de historias (por dificultades en la organización de los hechos), pero no en las pruebas de recuerdos de dígitos (que miden la memoria inmediata). Tienen así mismo problemas en las funciones de atención y en la velocidad de procesamiento, y no tienen problemas en los tests de reconocimiento (reconocimiento de caras o de figuras presentadas anteriormente).

**Sexualidad y envejecimiento:** La sexualidad en los mayores no sólo es posible sino necesaria. Frecuentemente es la sociedad quien la niega, y al negarse a reconocer la sexualidad de las personas de edad, los jóvenes y los adultos se niegan a reconocerse a sí mismos en los viejos que serán, en sus deseos y en sus posibilidades.

No hay ninguna causa para que una persona en un estado razonable de salud, no pueda continuar experimentando deseos sexuales y ejercitando su función genital hasta estadios de edad muy avanzados. La posibilidad de que esto ocurra así está en relación directa con la actitud que el sujeto haya tenido para con su sexualidad a lo largo de su vida. Las modificaciones fisiológicas que la vejez impone, en general, permiten la actividad sexual aunque son lo suficientemente importantes para provocar trastornos funcionales si el sujeto no cuenta con un adecuado desarrollo psicológico que le permita sobreponerse a este déficit. No se debe tomar comparativamente como medida de normalidad la actividad sexual de la juventud, frente a una sexualidad basada en el modelo joven, se propone un modelo de

sexualidad basada en el placer. No se debe recurrir a medidas coitocéntricas como única forma de expresividad sexual en el mayor ni reducir la sexualidad a la genitalidad, es necesario resaltar emociones y sentimientos y, en general, todas aquellas conductas que sirvan al individuo para expresarse sexualmente.

### **Cambios psicológicos.**

El envejecimiento psicológico propiamente dicho, reside esencialmente en la capacidad de adaptación a estos cambios. Esto va a depender en parte de la personalidad, y de las dificultades a las que cada individuo se enfrenta.

- **Las pérdidas:** es en esta etapa de la vida cuando más ocurren. Pérdidas que no tienen que ser reales, sino fantaseadas o simbólicas como por ejemplo una forma de ser, un modo de existir, un tipo de relación con otra persona, un ideal. Las situaciones de pérdida son innumerables, algunas son más típicas de esta edad y van a tener una influencia etiopatogénica en muchos de los cuadros psicopatológicos de las personas de edad como por ejemplo:
  - La **jubilación**, que conlleva una pérdida de posición social, de solvencia económica, de seguridad, de actividad, etc.
  - El **deterioro físico**, la aparición de molestias, dolores, la disminución de atractivo y de potencia sexual, etc. (un paso más sería el de las enfermedades establecidas o crónicas en las que además se produce una pérdida de independencia y plantean la cercanía de la muerte).
  - **Desarraigo**, como el traslado al domicilio de los hijos o a una residencia, que va ligado a una pérdida de intimidad.
  - **Duelos** de forma muy continuada y cercana como las producidas por la muerte de cónyuge, hermanos, amigos, coetáneos.

Ferrey y Le Gouès señalan tres tipos de pérdidas en el mayor:

- La **pérdida de objeto** como puede ser la pérdida de un ser querido.
- La **pérdida de función** que significa la renuncia a una serie de capacidades que forzosamente disminuyen con la edad (esto lleva a reactivar el complejo de castración).
- La **pérdida de sí mismo** que puede entenderse como la incapacidad de reconocer y abordar mentalmente la propia muerte.

**Duelo normal:** Estas pérdidas desencadenan un proceso que sería similar al proceso de duelo descrito por Freud en "Duelo y melancolía" que se realiza en tres etapas sucesivas: una **fase de negación** que es un primer paso disociativo, a continuación una **fase de aceptación** donde aparece la sintomatología depresiva, y finalmente la etapa de **resolución** con progresiva desvinculación del objeto perdido y **reestablecimiento del interés** por nuevos objetos.

**Duelo patológico:** donde la readaptación fracasa. En los mayores por la suma de duelos acumulados y la disminución progresiva de posibilidades para establecer nuevos contactos, el duelo puede estancarse en la fase depresiva.

No obstante, parece que estas pérdidas no son suficientes para explicar los trastornos psicopatológicos en los mayores ya que muchas personas que sufren estas pérdidas son capaces de integrarlas en su psiquismo sin descompensarse.

- **El yo.**

Reajustes del yo ante el envejecimiento: rigidez, regresión o debilitamiento, y flexibilidad. La rigidez y la flexibilidad están más vinculadas a la organización mental anterior (juventud) que a la edad.

- **Los mecanismos de defensa.**

Una persona con un buen bagaje psicoafectivo estará mejor preparada para adaptarse a los cambios traumáticos sin tener que recurrir a la intensificación extrema de sus rasgos de carácter, que empobrecen el yo disminuyendo las posibilidades creativas del sujeto. Cuando estos procesos se realizan de una forma más flexible y menos rígida, se puede mantener un buen nivel de mentalización y adaptación al medio, como es el caso de un gran número de mayores que consiguen continuar y desarrollar su creatividad hasta edades muy avanzadas y pueden asumir de una forma serena el paso del tiempo con sus cambios y sus limitaciones.

Los mecanismos de defensa más adaptativos que hemos ido utilizando a lo largo de nuestra vida pueden debilitarse o fracasar y dejar paso a otros mecanismos más rígidos y menos adaptativos como son la regresión, la negación y la renegación.

- La **regresión** sería una huída del presente poco gratificante a etapas anteriores del desarrollo libidinal menos frustrantes que permiten al sujeto un mejor equilibrio transitorio: las conductas dependientes y actitudes "infantilizadas" que vemos en los mayores; pero pueden tener un componente positivo actuando al servicio de una buena adaptación.
- La **negación** consiste en no reconocer pensamientos, deseos o sentimientos propios que éste es incapaz de formular. Es como una amputación del pensamiento, una negación de la realidad interna (por ejemplo negación de la muerte).
- La **renegación** consiste en la negativa a reconocer la realidad de una percepción: una negación o amputación de la realidad externa, casi siempre con respecto al cuerpo, y ante la pérdida de funciones o actitudes (por ejemplo como si no estuviese sordo y seguir conduciendo su coche a pesar de los peligros que conlleva).

- **La personalidad previa.**

Las personalidades frágiles, se van a descompensar más fácilmente ante estas situaciones de pérdida.

Las personalidades de **tipo narcisista**, muy pendientes de sí mismos, necesitan continuos aportes del exterior y toleran mal las frustraciones, y las pérdidas que el envejecimiento les depara. Si no consigue adecuarse a su ideal de sí mismo, aunque sea en un solo aspecto, se desmorona por completo su autoestima.

Las personalidades **hiperadaptadas**, de caracteres obsesivos, adoptan actitud depresiva, somatización y síntomas paranoides cuando fallan los soportes de su hipernormalidad o hiperadaptación. La jubilación es un alto riesgo ya que ven en el trabajo una vía de realización personal, descuidando otros campos vitales.

Las personalidades de carácter **depresivo**, con tendencia permanente a la tristeza y al pesimismo, pudieron estar compensadas gracias a su pareja, a logros sociales, laborales y económicos, pero ante pérdidas en la vejez pueden desmoronarse, porque los mecanismos de defensa disminuyan o porque se desplieguen excesivamente rígidos y carentes de plasticidad para adaptarse a nuevas situaciones.

En general las personalidades con rasgos de **inseguridad y rigidez**, o con rasgos **histericoansiosos**, así como personalidades de tipo **dependiente**, van a tener también una mayor predisposición a las descompensaciones.

### **Cambios sociales.**

**Situación de los cuidados de los mayores.** Los cambios que durante este siglo se han producido en la estructura familiar y la incorporación de la mujer al mundo laboral, han modificado los cuidados sobre todo en las últimas épocas de la vida.

**La jubilación.** Lo mismo ocurre con el trabajo, donde la brusquedad en el cese de la actividad laboral no permite al sujeto una adaptación interna progresiva. Las medidas encaminadas hacia la flexibilización en la reducción progresiva de jornadas laborales y de la edad de jubilación, pueden facilitar la adaptación.

**Un mundo con continuos cambios** exige al mayor algo difícil como es adaptarse con rapidez, adquirir hábitos nuevos, comprender los cambios y olvidarse de su experiencia.

**La falta de autonomía** es uno de los problemas principales y para algunos el más humillante que debe asumir el mayor. Puede llegar un momento en que el mayor necesite vivir acompañado.

Y esto puede generar **desarraigo**, viéndose obligado a abandonar el domicilio para vivir en residencias o con familiares, con la consiguiente pérdida del entorno más próximo, de amigos y vecinos, costumbres y rutinas que suponen un esfuerzo de adaptación para el que no todos los mayores están preparados.

Las situaciones de **aislamiento, soledad, falta de interés, desinserción sociofamiliar, o depresión**, hacen que se produzcan estados de **desaferentación** (entendida como pobreza de estímulos, intelectuales y afectivos) lo que da como resultado un **inmovilismo psico intelectual y motor** que tiende a mantener y amplificar las causas que lo han provocado, acelerando el proceso de envejecimiento.

Es conocido el papel tan importante de las **redes de apoyo social y ambiental** definidas como las transacciones de ayuda, afecto o afirmación entre un individuo y su entorno. Con la edad frecuentemente, el soporte social disminuye, se produce cierta **marginación social**. Hay un efecto de género, las mujeres en general están inmersas en una red más amplia y los hombres están más aislados, reciben menos

apoyo de los hijos, de los amigos y parientes, pero tienen habitualmente el apoyo de sus esposas.

Si las **relaciones familiares** se mantienen estrechas y cálidas, y si las **actividades sustitutivas y de ocio** son efectivas, la aparición de algún tipo de deterioro se tolerará mucho mejor. Muchos utilizan el **ser abuelo** para desarrollar determinados aspectos de su personalidad que anteriormente no habían tenido oportunidad o capacidad de desarrollar, lo que produce un enriquecimiento mutuo.

### Particularidades De La Psicopatología En El Mayor

Aunque no existe una especificidad en la psicopatología de los mayores y se dan los mismos trastornos que en las personas de edad adulta, sí se observan una serie de características como las expuestas a continuación:

- **Polimorfismo clínico.** Variada expresión clínica de los cuadros depresivos y de ansiedad en el mayor:
  - Los trastornos depresivos pueden confundirse con cuadros de deterioro cognitivo, enfermedades orgánicas, etc.
  - No es fácil distinguir cuadros demenciales en sus inicios con cuadros depresivos. Hay demencias que se presentan como depresión y depresiones que se presentan como demencia.
  - La sintomatología ansiosa por preocupaciones como la salud, la situación económica, la criminalidad y la familia.

**Somatizaciones:** quejas somáticas y preocupaciones hipocondríacas que pueden originarse en la utilización del lenguaje corporal en sustitución del lenguaje relacional; o puede ser también el resultado de las pulsiones de muerte actuando en detrimento de las pulsiones de vida; o de las dificultades para expresar conflictos emocionales, quizás considerados como un signo de debilidad o algo inaceptable; o incluso también la propia organización del sistema sanitario, donde la puerta de entrada a través del médico condiciona que "no se puede ir al médico si no se tienen molestias somáticas".

**Déficit cognitivo:** quejas subjetivas de pérdida de memoria, de falta de concentración, etc. que pueden ser interpretadas como un proceso de demenciación. Cuando el deterioro es debido a un cuadro depresivo es lo que se llama pseudodemencia depresiva. A veces es difícil distinguir entre la llamada pseudodemencia depresiva y las verdaderas demencias, especialmente en ciertas depresiones inhibidas. El tema se complica por la frecuente incidencia de la depresión entre quienes padecen demencia. La alta prevalencia de los trastornos depresivos, así como la posibilidad de reversibilidad con tratamiento hacen que este cuadro tenga una gran importancia diagnóstica.

- **Alteraciones del sueño.** Entre el 20-30% de los mayores presenta, al menos ocasionalmente, trastornos del sueño. Muchas causas están implicadas en este problema, desde los cambios fisiológicos del sueño relacionados con el envejecimiento, hasta la existencia de patología psiquiátrica, enfermedades



orgánicas, y problemas socioambientales. Las quejas más comunes son las **dificultades para conciliar** el sueño, los **despertares frecuentes** durante la noche, el **despertar matutino precoz**, y la **sensación de no haber descansado**. Esto lleva al consumo y en ocasiones abuso de sedantes e hipnóticos.

Tanto los cuadros depresivos como los trastornos de ansiedad e incluso las descompensaciones psicóticas, pueden hacer su debut con insomnio.

- **Riesgo de suicidio.** Las tasas de suicidio son mayores en los mayores que en cualquier otro grupo de edad. Además, los mayores, comunican con menos frecuencia sus intenciones suicidas por lo que se debe evaluar siempre el riesgo suicida y tener en cuenta la existencia de factores predisponentes como los intentos autolíticos previos, las enfermedades físicas significativas, las situaciones de aislamiento, de duelo reciente, la existencia de un trastorno psiquiátrico, y el ser varón, ya que el suicidio es 2-3 veces más frecuente en los hombres.
- **Comorbilidad** frecuente, tanto con patología orgánica, como en otros trastornos psiquiátricos. Algunas enfermedades orgánicas entre las que destacan las cardiovasculares (hipertensión, infarto, arritmias, etc.), endocrinometabólicas (hiperglucemia, hipertiroidismo, diabetes, enfermedad de Cushing, etc.), neurológicas (demencias, enfermedad de Parkinson, accidente cerebrovascular, síndromes postraumáticos, etc.), déficits vitamínicos, enfermedades infecciosas, fractura de cadera, neoplasias, ingresos hospitalarios y **en general todas las enfermedades crónicas, se asocian a problemas psíquicos, fundamentalmente depresión.** Muchas de estas enfermedades, junto con otras como el feocromocitoma, la epilepsia, la hipoglucemia, etc., se relacionan más habitualmente con los trastornos de **ansiedad**.

La coexistencia de cuadros de ansiedad y depresión es frecuente en los mayores, al igual que la demencia y la depresión concomitante.

- Por todas estas particularidades, los trastornos psíquicos en los mayores muchas veces son **cuadros infradiagnosticados** y cuando se diagnostican generalmente se agrupan solamente en dos categorías como son la depresión y la demencia sin tener en cuenta la existencia de otros posibles desórdenes psicopatológicos.

## Algunas Alternativas Para Un Buen Envejecimiento

Los objetivos principales a perseguir en esta fase de la vida son de dos tipos:

- Por una parte, **sustituir las pérdidas y defectos** en la medida de lo posible, estableciendo nuevas relaciones, iniciando nuevas actividades, elaborando nuevos proyectos, etc., y
- por otra parte, **acomodarse lo mejor posible** a las carencias, disminuciones y limitaciones que por unas y otras razones se acumulan con los años.



Para esto se aconseja mantener la actividad física, intelectual, afectiva y social; saber disfrutar del ocio, y revisar la propia identidad. Cuando uno reconoce y acepta que lo que es pasado es realmente pasado, el presente y el futuro pueden afrontarse de una manera más realista. Pueden tener lugar nuevos investimentos, el amor, y las sublimaciones, tanto como la capacidad de afrontar los desafíos desagradables.

En un estudio sobre la creatividad y el envejecimiento, los autores encuentran una relación significativa entre el nivel de conducta creativa y el nivel de salud mental, de tal forma que a mayor nivel de conducta creativa menos probabilidad de malestar psíquico. Esto coincide con otros estudios donde se investiga la creatividad como indicador de la salud y factor positivo de afrontamiento de los problemas y cambios vitales. Los autores proponen un **envejecimiento creativo**, en el que el hombre continúe su línea de desarrollo y crecimiento personal, en oposición a un envejecimiento o una vida agotada, gastada, sin posibilidad de crecimiento ni generación de nada nuevo, de creación; lo que facultará al individuo para el afrontamiento de los cambios y crisis de esta nueva época de la vida.

Otros autores creen que no es exacta esa visión de la creatividad en la vejez y consideran que lo que se produce es un "seguimiento" una repetición o mantenimiento de la actividad en el sentido literal de la palabra. Skinner cita una frase de Borges "¡Qué puedo hacer a los setenta y un años excepto plagiarme!". Para López Aranguren, lo que caracteriza la vejez, es la reflexión "volver la vista de la inteligencia hacia atrás" y "dedicarse principalmente a la memoria, a recordar el pasado".

Una forma de adaptación psicológica que puede ocurrir en la vejez es la sabiduría. Los atributos esenciales que forman parte de este concepto son por un lado la comprensión y la capacidad de juicio (como por ejemplo utilizar el sentido común, haber aprendido de la experiencia, ver las cosas desde una amplia perspectiva, etc.) y por otro la comunicación y empatía (por ejemplo aconsejar, reflexionar antes de decidir, comprender). Sin embargo, no todos los mayores por el hecho de serlo, presentan los atributos de un sabio. La sabiduría es el resultado de la capacidad de integración personal de factores afectivos, intelectuales y experienciales.

La participación en la sociedad, por ejemplo a través de las actividades de **voluntariado social** como forma solidaria de entender la vejez, puede ser una vía de enganche a través de la cual conseguir importantes gratificaciones y realizar una tarea de gran utilidad humanitaria.

Cultivar el **sentido del humor** puede aliviar muchas situaciones. Mientras nos quejamos, las cosas siguen yendo mal, pero el humor del absurdo hace que el mal día tenga un final agradable.

Es recomendable realizar tareas de **estimulación cognitiva** y desarrollar la capacidad intelectual en todas sus facetas. Los beneficios de la estimulación están siendo puestos de manifiesto por los programas de prevención de los trastornos cognitivos a través del entrenamiento en habilidades de memoria. Hay que considerar y respetar los estados de motivación y de interés (la estimulación no será

eficaz si se realiza pasivamente). Además no hay que olvidar otras necesidades de los mayores como los **aspectos afectivos y relacionales**.

Lo decisivo es mantener actitudes abiertas que permitan seguir aprendiendo a vivir, continuar alerta a las novedades, siempre posibles, y acercarse a una identidad propia definitiva que unifique con sentido el recuerdo y la esperanza.

Por último, en el caso de que se presenten descompensaciones psicopatológicas en el curso del envejecimiento, hay que tener en cuenta la posibilidad de enfoques y **técnicas psicoterapéuticas** que puedan ser de gran ayuda. Analizar con el paciente, hasta donde se pueda, el resultado de su vida con sus aspectos positivos y negativos, sus creaciones y sus fracasos, los vínculos familiares, etc., producirá un resultado tanto en los pacientes como en nosotros mismos. La completa resolución de la psicopatología no siempre es posible, sin embargo, la mejor calidad del funcionamiento, el aumento del bienestar, y una mayor capacidad para tratar el presente y el futuro, sí es posible y digno del investimento terapéutico del paciente y del terapeuta.

El trabajo con la vejez y con los mayores puede resultar muy enriquecedor, y a la vez que es posible ayudar a este grupo de personas, se recibe ayuda para el propio proceso de envejecimiento.



## **II. Módulo: LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS MAYORES**

---

## LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA (INFORME 2000).

(Extractado del Informe 2000 sobre "Las personas mayores en España" publicado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas publicados en marzo de 2001.)

### Introducción

España seguirá envejeciendo durante el siglo XXI, después de experimentar uno de los procesos más rápidos de envejecimiento del mundo, durante las últimas décadas del siglo XX.

El siglo XIX y anteriores se caracterizó demográficamente por la mortalidad catastrófica y el derroche de vida (muchos nacimientos y una cifra muy alta de defunciones, sobre todo infantiles). El siglo XX se ha caracterizado por el proceso de envejecimiento. *El siglo XXI será el siglo del cambio de la pirámide al pilar de población.*

La sociedad española tal y como está configurada hoy no podrá hacer frente a todas las necesidades y problemas que conlleva el envejecimiento de la población. Desde el ámbito familiar, económico, sanitario, cultural y político hay que plantarse alternativas de acción.

En el año 1999 había en España 40.202.160 habitantes, de los que un 16,2% eran personas de 65 y más años, algo más de seis millones y medio. Alrededor de 36.000 personas al mes sobrepasan ese umbral de edad.

En un siglo, la población española ha duplicado sus efectivos, pero el número de personas de edad ha crecido casi siete veces (6,7) y los octogenarios se han multiplicado por 13.

El envejecimiento en España puede resumirse en el siguiente principio: *hay más personas mayores porque llegan más supervivientes a la edad de 65 años (como consecuencia de un notable descenso de las tasas de mortalidad infantil y general) y hay más envejecimiento porque hay menos jóvenes (consecuencia de la fuerte caída de la fecundidad), lo que hace subir el peso proporcional de los mayores en el conjunto de la población.*

### Esperanza de vida por edad y sexo

En España se ha vivido una auténtica revolución de la longevidad. La mejora de la sanidad pública, los avances de la tecnología médica y mejores condiciones de vida han provocado un fuerte incremento de la esperanza de vida a todas las edades.

La notable reducción de la mortalidad infantil y de la mortalidad general provoca que mayores contingentes de cada cohorte alcancen la vejez. A principio de siglo sólo un 26% de los nacidos llegaba a viejo; hoy lo consiguen el 85%.

La esperanza de vida para quien alcance los 65 años se sitúa en 16 y 19,8 años más por vivir, para hombres y mujeres, respectivamente. Las mujeres de edad han ganado más años que los varones a lo largo del siglo pasado, pero no se espera que siga aumentando ese diferencial.

Actualmente hay más de un millón de mujeres de edad que varones (3.780.000 y 2.723.000), debido a la mayor mortalidad masculina por razones laborales, de hábitos no saludables (alcohol, tabaco) o violentos.

La mujer española tiene asegurada una "viudedad" media de 4-7 años, como consecuencia de su menor mortalidad y de un efecto cultural: la costumbre social de separación de varios años con el varón al casarse.

### **Distribución de la población mayor por Comunidades Autónomas**

Cataluña, Andalucía y Madrid son las Comunidades con mayor número de personas de edad debido a su tamaño general, aunque el mayor porcentaje de población envejecida corresponde a las provincias del interior.

En un futuro próximo algunas CCAA superarán el 20% de población envejecida, como son Aragón, Asturias, Castilla y León y Galicia.

El mayor número de personas de edad vive en las ciudades. Son "urbanas" más de 4,2 millones y menos de 2 millones son rurales. En los seis municipios más grandes de España residen más personas mayores que en los 6.000 municipios más pequeños.

El problema del envejecimiento se acentúa en los municipios de menos de 2.000 habitantes: 5.500 alcaldes tienen más del 25% de la población de su municipio con 65 o más años, y esperan respuestas adecuadas a sus necesidades de asistencia, toda vez que las escalas de atención y prestación de servicios difieren notablemente de las de los núcleos grandes, donde se consigue mayor eficacia y donde la iniciativa privada actúa con una "red de seguridad" en el ámbito de la atención y los cuidados.

### **Proyecciones de futuro: De la pirámide de población al pilar de población**

Aunque el envejecimiento presiona sobre los sistemas de protección social (pensiones y gasto sanitario), durante los próximos años España experimentará un alivio de esa presión demográfica, dado que están pasando por la edad de jubilación las llamadas "clases huecas", nacidas con menos efectivos durante el período de la Guerra Civil.

Con el actual ritmo de nacimientos y defunciones, España empezaría a perder población en torno al 2010, si los comportamientos reproductores no se modifican o no crece el aporte demográfico por inmigración.

Hacia el año 2020 empezarán a llegar a las edades de jubilación las generaciones del "baby-boom" español, los nacidos entre 1957 y 1977, con una media de diez años de retraso con el mismo fenómeno en Europa y Estados Unidos. Será el momento de máxima presión sobre los sistemas de protección social, en especial sobre las pensiones. El número de personas en edad laboral se habrá reducido y el tamaño de las generaciones de mayores será anualmente creciente. Esto obliga a conocer ya en 2001 el marco de protección de 2020, para que las personas puedan tomar decisiones sobre su capacidad de ahorro.

En el año 2040 se presenta otra fecha clave: los abultados efectivos de la generación del "baby-boom" han alcanzado la jubilación. Además, los octogenarios

superan en número a la generación de mujeres de edad intermedia (45-60 años), en las que tradicionalmente recae la asistencia familiar: los potenciales dependientes y las potenciales cuidadoras. El modelo de prestación de cuidados no puede recaer en la misma franja de población, que reparte esfuerzos en asistencia a los mayores, atención a los miembros de la familia y trabajo remunerado fuera del hogar.

## **Familia y relaciones sociales**

Los mayores viven fundamentalmente en familia, en los hogares que ellos fundaron, en compañía del cónyuge y en menor medida con hijos y otros familiares. Sólo uno de cada diez vive en casa de hijos u otros familiares y entre el 14 y 16% viven solos. Esto supone más de un millón de mayores viviendo solos.

Los contactos con los hijos son frecuentes y satisfactorios. También lo son con nietos y otros familiares. Probablemente nos encontramos con que los mayores son poco exigentes en sus relaciones sociales o han comprendido las transformaciones familiares de los últimos años, unas relaciones más libres, en las que nadie tiene una posición conquistada a priori; es posible también que se sientan agradecidos por lo que reciben, especialmente de sus hijos.

El que las circunstancias obligan a la vida en solitario queda apoyado por el hecho de que, entre los que viven solos, el 30% no tiene hijos, frente al 13% de los que viven en compañía.

Con independencia de la vida en solitario, los mayores no se sienten particularmente solos, aunque la proporción aumenta con la edad y con el género femenino. De los que no viven solos, un 7,5% dice sentirse muy o bastante solo, frente al 38,1% de los que sí viven en soledad.

## **Servicios Sociales para personas mayores**

### ***Plazas residenciales***

En enero de 1999 se contabilizaban en España 198.358 plazas residenciales, lo que supone un índice de cobertura de 3,20 % sobre la población mayor de 65 años. De ellas algo más de 78.000 son públicas. El resto, aproximadamente un 65%, pertenecen al ámbito estrictamente privado. Esta puntualización ofrece una perspectiva realista del esfuerzo personal y familiar de las personas mayores que, necesitadas de este recurso, deben costárselo con sus propios medios.

Los datos disponibles sobre las características de estas plazas residenciales nos indican que es necesaria la realización de un esfuerzo importante en los próximos años para que la mayoría de ellas sean accesibles a las personas en situación de dependencia, muy especialmente a las personas que padecen deterioro cognitivo. El grado de implantación de este servicios en las CCAA es desigual. El desarrollo de servicios de sistemas alternativos de alojamiento empieza a tener una presencia significativa en la mayoría de las Comunidades Autónomas. Así, disponemos de unas 1.700 plazas de estancias temporales y 3.052 de viviendas públicas tuteladas.

### ***El servicio de Ayuda a Domicilio***

El Servicio de Ayuda a Domicilio alcanzó en estas mismas fechas un índice de cobertura de un 1,82%, lo que supone la existencia de 112.797 usuarios. La información facilitada por las diferentes CCAA y Diputaciones Forales Vascas nos indican que algunas localidades no estarían incluidas en esta cuantificación. La desigualdad interautonómica parece una característica común de todos los servicios: en su grado de implantación y desarrollo, costes, soporte normativo y otras características específicas, como la intensidad o los contenidos del SAD. Algunas CCAA centran este servicio en las tareas domésticas, mientras que otras dedican la mayor parte de su esfuerzo presupuestario a los cuidados personales. En definitiva estamos ante una oferta de Servicios Sociales que ofrece diferencias significativas entre sus CCAA.

### ***Otros Servicios***

A pesar de que el grado de implantación y desarrollo de los servicios sociales en España es aún insuficiente, por debajo de las ratios europeas, este sector ha experimentado un notable avance en la década de los 90. Algunos recursos, como los Centros de Día o la Teleasistencia, eran prácticamente desconocidos a principios de los 80. Actualmente podemos contabilizar mas de 7.000 plazas para personas dependientes en estos centros y 50.000 usuarios de teleasistencia, disponible en la mayoría de nuestros municipios.

### ***Cuidadores informales***

Las cifras de personas mayores que necesitan ayuda varían sensiblemente en función de su gravedad. En términos generales, y desde una cuantificación muy amplia, el 28% de los mayores de 65 años declaran necesitar algún tipo de ayuda o cuidados especiales. Los que reciben ayuda son fundamentalmente mujeres (69,3%). La viudedad es la característica predominante en el sector cuidados. Es conocido que nuestro país dispone de un sólido sistema de apoyo informal, en su mayoría familiar, en el que las mujeres, y sobre todo las hijas, realizan las tareas de cuidado, en la mayoría de los casos a diario. El perfil de la cuidadora (82%) es una mujer adulta (45-64 años) en doble proporción que en el resto de las edades, con escaso nivel de instrucción y dedicada a las actividades domésticas. Situación que cambiará en los próximos años de forma radical. El desafío futuro para los cuidados de los adultos de hoy debería obligar a una mejor integración y coordinación de los servicios formales y de la ayuda informal que garantice un nivel de atención digna y equilibrada para todos, personas dependientes y cuidadores.



## PERSONAS MAYORES Y FAMILIA

### Introducción

Los conceptos de mayor y de estructuras familiares, así como el reparto de roles dentro de las familias han variado de forma considerable.

La mayor esperanza de vida y de años de vida en buenas condiciones (aunque también en malas), acceso casi generalizado a pensiones y asistencia sanitaria, alargamiento de las etapas formativas en la juventud con el consiguiente retraso en la entrada al mundo laboral de los jóvenes, incorporación al mismo de forma masiva de la mujer, reducción del tamaño familiar, mejoras en las comunicaciones y el consiguiente desplazamiento del centro de gravedad demográfico hacia las zonas urbanas en detrimento de las zonas rurales, las sucesivas crisis económicas, etc., han sido algunos de los responsables de este fenómeno.

### La Familia: Definición, Funciones y Estructura

La familia tiene entre sus funciones la transmisión de conocimientos, habilidades, valores y creencias, en la que el abuelo jugaba un papel fundamental. También da protección y apoyo a sus miembros. Y es la responsable de la adquisición del sentido de identidad y el equilibrio emocional.

No existe un único tipo de familia, pudiendo cumplir todos ellos sus funciones en mayor o menor medida. Entre las más habituales están:

- Familia extensa: varias generaciones de la misma familia conviven en el mismo domicilio.
- Familia nuclear: formada por la pareja y los hijos. Esta puede ser nuclear sola o con agregado (habitualmente un abuelo) y completa o incompleta (con un solo padre/madre).
- Otros tipos: personas solteras o sin familia, equivalentes familiares, etc.

La sociedad industrial ha impulsado el cambio de las formas de vida. Antes habitualmente se vivía en la zona rural y la principal fuente de ingresos era la que provenía del campo, o de oficios que se trabajaban en familia y que se enseñaban de padres a hijos, había una unidad de trabajo familiar siendo más frecuentes las familias extensas en las que varias generaciones habitaban un mismo hogar. En la actualidad la población vive en la ciudad y en lo que se llama una familia nuclear (compuesta por los padres y los hijos).

La mayoría de los derechos, obligaciones y necesidades básicas de las personas se satisfacen en la familia extensa de tres generaciones. Los familiares se distribuyen en un número de hogares enlazados por lazos emocionales y afectivos y también por servicios y actividades comunes entre ellos. Existe una reciprocidad de intereses, relaciones y servicios, que conforman la solidaridad intergeneracional, con lazos estrechos y una "intimidad a distancia".

Se puede identificar un ciclo vital familiar. Siguiendo el modelo de la OMS que lo distribuye en 6 etapas, sería:

- Formación (matrimonio)
- Extensión (desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último hijo)
- Extensión completa (desde que nace el último hijo hasta que el primer hijo se va de casa)
- Contracción (desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último)
- Contracción completa (desde que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte de un cónyuge)
- Disolución

El mayor estaría englobado en las últimas etapas del ciclo vital familiar: de la cuarta a la sexta.

La cuarta etapa, la de contracción, los hijos abandonan muy tarde el domicilio familiar y no es raro encontrar familias en las que los padres tienen 70 años y todavía tienen hijos en el domicilio que todavía no han abandonado el hogar familiar por motivos de trabajo u otros.

La quinta etapa es la de la jubilación: en ella los hijos ya han abandonado el hogar y puede ser que se encuentren con mucho tiempo juntos y sin nada que decirse o compartir. No obstante parece que la mayoría de las personas mayores se adaptan bien a su jubilación. En esta etapa son elementos a fomentar la relación con la pareja, con los hijos y con los nietos si los hay.

La sexta y última etapa es la que se inicia con la muerte de uno de los cónyuges, siendo importante el sentimiento de soledad. Esta es una de las pérdidas más importantes del mayor y que más debilita su red social y familiar, en especial cuando es la mujer la que muere, con el consabido aumento de mortalidad del cónyuge en los siguientes 6 meses, si no logra implicarse nuevamente con sus familiares.

## EL PAPEL DEL MAYOR

### La transmisión de conocimientos y valores.

La figura del abuelo como factor de integración de la familia y principal educador/entretenedor se mantiene vigente.

El valor de los mayores se basa en la complementariedad respecto a la figura de los padres. De hecho los abuelos constituyen la parte agradable de la educación de los nietos junto a la imagen de la tradición y la metáfora de la vida.

El mayor actúa como un elemento de estabilidad en el interior de la familia y también como nexo de unión y reflexión entre generaciones.

## La relación de ayuda.

Tras la desaparición de la familia extensa tradicional, la familia extensa modificada sigue siendo el principal soporte social del mayor.

Para la persona mayor lo más importante es la familia, dejando de tener tanta importancia el resto del entramado social.

En España, la mayoría de los mayores viven en sus propios domicilios. Cuando se encuentran enfermos o tienen necesidad de ayuda acuden a su familia y en general reciben apoyo unas veces en su propio hogar y otras en el de los hijos/as. El apoyo puede ser personal o mediante la búsqueda de las informaciones o de los recursos necesarios.

Habitualmente el cuidador más inmediato suele ser el cónyuge y en un segundo lugar los hijos, principalmente hijas o nueras, ocupando un lugar menos importante otros familiares o personas allegadas.

También los hijos/as se suelen beneficiar de que los abuelos cuiden a los nietos.

En España un 80% de los mayores tienen hijos/as residentes en el mismo municipio. Estudios del INSERSO han encontrado, que las interacciones familiares son frecuentes, y se estima que el 40% de los mayores dicen hablar diariamente con sus hijos. La relación con los hijos y los nietos es alta, no viéndose diferencias por capas sociales, edad, sexo y estilo de vida. Son las mujeres, las que mantienen con mayor intensidad y frecuencia los contactos familiares especialmente entre madres e hijas.

Estas relaciones sociales juegan un papel primordial en el mayor y en su bienestar psicológico, ya que les ayuda a mantener la salud y la autoestima, disminuyendo el sentimiento de soledad. La asunción de tareas en la familia va a disminuir también el sentimiento de inutilidad.

Un problema que se puede plantear es que se excluya al mayor de decisiones que tienen que ver con su patrimonio, con su salud o con su futuro por la impresión de que no esté capacitado para tomar sus decisiones, lo que para la familia puede ocasionar problemas importantes.

## Las relaciones familiares y el abandono de su domicilio.

La edad, la enfermedad, la soledad y las condiciones económicas condicionan que muchos mayores abandonen la vida en su propio domicilio.

El sexo parece ser también un factor condicionante en esta situación, de forma que los varones, probablemente por su falta de competencia en las tareas domésticas diarias, cuando enviudan suelen pasar a vivir con sus descendientes, habitualmente una hija. Esta situación se da menos entre las mujeres que viven solas más tiempo, aunque precisen ayuda ocasional para tareas pesadas. El número de mujeres mayores que viven solas es proporcionalmente muy superior, aspecto que también se puede ver condicionado por su mayor longevidad y el hecho de que se suelen casar con hombres de mayor edad.

En España en la mayoría de los casos los cuidados al mayor provienen de la familia, aunque cada día aumenta la importancia del apoyo formal en lo relativo al apoyo material. El apoyo psicoafectivo o emocional sigue desempeñándolo la familia. No obstante se pueden prever algunas modificaciones debido al aumento de la esperanza de vida (cada vez los mayores viven más años, y además lo que ha aumentado son los años de dependencia), la disminución de la natalidad (cada vez hay menos cuidadores), y la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo. ¿Quién cuidará al mayor?

La pervivencia de la tendencia a cuidar a la persona mayor en casa y por la familia se ve favorecida por motivaciones individuales entre las que se pueden apuntar: el sentimiento de corresponder de forma recíproca, la creencia de que los cuidados que se ofrecen en la familia son los mejores y también el sentimiento de tener que responder a las demandas sociales, y cumplir con sus deberes.

En este intercambio de "servicios" cuando el mayor pasa a convivir con sus hijos la calidad y cantidad de "prestaciones" no es la misma para el varón que para la mujer. El primero puede verse más como una carga, aunque su nivel económico sea superior, mientras que en la mujer mayor (habitualmente perceptora de bajas pensiones de viudedad o no contributivas) puede verse una ayuda en las tareas domésticas, crianza de los niños, etc.

Tradicionalmente la familia como proveedora de bienestar era especialmente importante en el mantenimiento de la renta de las personas mayores, aspecto que en la actualidad parece invertirse. Las crisis económicas y las dificultades de los hijos por conseguir un empleo provoca un incremento de hogares cuyo sustentador principal ronda la edad de la jubilación.

Cuando el mayor se traslada a vivir al domicilio de su hijo aporta los problemas correspondientes a su ciclo vital personal y familiar (enfermedades, pérdidas,...) a los de la familia del hijo que lo acoge, que a su vez puede estar viviendo crisis familiares (hijos adolescentes, salida de los hijos del hogar...) o individuales (paro, jubilación, menopausia, vejez, pérdidas...).

Cuando la familia incorpora un nuevo miembro éste debe adaptarse a las reglas, pero además el antiguo sistema debe reorganizarse para incluir al nuevo miembro y en ocasiones modificar alguna de sus normas. Existe una tendencia a mantener las antiguas pautas lo cual puede crear estrés en el mayor, sobre todo si tenemos en cuenta la dificultad para el cambio del mayor y el miedo a realizarlo. Es un acontecimiento vital estresante tanto para el mayor, como para la familia que lo acoge. Independientemente de que esta incorporación pueda ser o no voluntaria, y aún siéndolo puede no ser unánimemente deseada por todos los miembros de la familia. De la adaptabilidad de esta familia y de como resuelvan esta situación dependerá que la nueva incorporación contribuya a su crecimiento y el de sus componentes o genere una inadaptación que desemboque en conflictos y quizás en enfermedad.

Una incorporación no sólo ocasiona cambios en las reglas, sino que también pueden aparecer nuevos subsistemas: alianzas entre el abuelo y los nietos o entre abuelo y padre o madre, perturbando el sistema parental.

Tenemos que pensar que el mayor no sólo se incorpora a una nueva familia (aunque sea la suya), sino que para ello ha tenido que abandonar su hogar, y en ocasiones su pueblo, trasladándose a una ciudad, desconocida en parte, y con unas formas de vida muy distintas de las suyas.

Cuando este cuidado se da a una persona dependiente, y en especial cuando sufre una demencia se pueden presentar problemas adicionales como dificultades en la vivienda, actualmente pequeña, (y el abuelo generalmente llega a un hogar con hijos adolescentes o jóvenes con necesidad de "su" espacio), y no están adaptadas a las necesidades de un mayor dependiente (camas, baños, puertas, etc.); cambios en los hábitos de vida, inseguridades en el cuidado, alteraciones en la comunicación entre los miembros de la familia, agotamiento, autoculpabilización en los cuidadores, cambio en los roles familiares, responsabilidades, desigualdades en la atención, reducción de los contactos sociales de los cuidadores. Cuando el mayor requiere muchos cuidados su atención llega a convertirse en el elemento central de la vida del cuidador (habitualmente cuidadora) y lo supedita al resto de sus facetas personales.

De esta manera compatibilizar los papeles de hija, trabajadora, madre y esposa se convierte para muchas mujeres en una situación difícilmente sostenible y generadora de crisis personales y familiares de gran intensidad e inductora de enfermedad. Se da la paradoja de que para mantener la integración social del mayor se puede producir la exclusión de las cuidadoras. En nuestras manos está intentar prevenir que esta situación se produzca y haciéndolas consciente de ella y ayudándolas en la búsqueda de los apoyos necesarios tanto dentro de la familia como en la sociedad.

A medida que la red familiar es más débil, el riesgo de institucionalización aumenta especialmente con la edad y la enfermedad. En nuestra sociedad el porcentaje de mayores residentes en instituciones es reducido (alrededor del 10%), sin duda condicionado por la fortaleza de las relaciones familiares.

### **Una situación frecuente: el abuelo golondrina.**

En ocasiones el mayor no se traslada al domicilio de un hijo sino a todos los domicilios de forma rotatoria, convirtiéndose en el abuelo maleta o abuelo golondrina. Cada familia puede tomar esta iniciativa por distintos motivos, siendo en ocasiones inevitable. Esto puede dificultar la adaptación tanto del mayor como de sus familiares ocasionando un estrés continuo, por el continuo cambio, que en ocasiones puede agravar una demencia ya existente. El abuelo tiene que adaptarse a una nueva casa, a un nuevo barrio, a un nuevo centro de salud y en ocasiones a una nueva ciudad, que le va a impedir o dificultar el crear una red social más amplia que la de su familia.

### **Necesidades de la vejez en la familia.**

La familia satisface una serie de necesidades para sus componentes: físicas (alimentación, vivienda, cuidado en la enfermedad), psíquica (autoestima, afecto,

amor, equilibrio psíquico) y sociales (identificación, relación, comunicación, pertenencia al grupo). La satisfacción de estas necesidades ha variado profundamente en las últimas décadas, muchas de ellas las cubren organizaciones ajenas a la familia, pero bastantes decisiones fundamentales se siguen tomando en el seno de la misma. Veamos detenidamente cada una de estas necesidades:

### **A. Fisiológicas**

A.1.- *Comida*. En la vejez las necesidades fisiológicas de alimentación son muy importantes, manteniendo la calidad de la dieta que con frecuencia falta cuando se vive solo.

A.2.- *Vivienda*. El alojamiento constituye una necesidad fisiológica de defensa frente al medio ambiente en cualquier edad. Familia y vivienda están estrechamente relacionadas en la vejez, muchos padres acabarán viviendo en la residencia de sus hijos o en una vivienda cercana, posibilitando la relación inmediata en caso de necesidad.

A.3.- *Salud*. La salud resulta con frecuencia el punto más débil del mayor. La familia constituye un intermediario útil en la búsqueda de cuidados sanitarios en la vejez debido a la propia debilidad del sujeto afectado y a la complejidad de los sistemas modernos de atención sanitaria, difíciles de comprender para el mayor.

### **B. Económicas**

La familia y concretamente los hijos constituyen, en caso de necesidad, la mayor fuente de ayuda económica para los mayores. La responsabilidad de los hijos por las necesidades económicas de los padres se satisface de muy diversas formas: ayuda económica directa por uno o varios hijos, alojamiento periódico o permanente en el domicilio de alguno de los hijos, etc.

### **C. Psíquicas y Sociales**

El envejecimiento de los padres junto a sus hijos, les reporta a aquellos grandes ventajas:

- a) El *afecto* que los hijos y demás familiares proporcionan a los padres que conviven con ellos es uno de los factores psicológicos más importantes que ayudan al bienestar psicológico de los mayores. De hecho, las personas mayores que viven solas son las que más alteraciones psíquicas sufren y las que más expuestas están a la enfermedad, a la depresión y a los síntomas neuróticos. La autoestima del mayor se afirma cuando los miembros de las generaciones jóvenes reconocen la importancia del abuelo o bisabuelo.
- b) Está probado que a medida que uno va haciéndose mayor, se va encerrando más en sí mismo y perdiendo por consiguiente, todo interés por la gente y los sucesos cotidianos de la vida. Pues bien, cuando llega ese momento parece que lo que más atrae la atención de los mayores es lo que está relacionado con su familia; y es precisamente a través de esta



relación afectiva e interesada de los mayores con sus familiares como pueden ellos llegar a interesarse por el mundo que los rodea, al menos por aquellas cosas que están más ligadas con los suyos. Es decir, que una persona mayor viviendo con su familia, está más estimulada, es más alegre y dinámica que aquella otra que vive sola o está internada en una residencia o asilo.

- c) El envejecer dentro de un contexto familiar es una forma de vida mucho más personalizada y flexible que hacerlo dentro de una organización pública. Los familiares son capaces de responder inmediatamente a las necesidades de sus miembros, no se extrañan de sus cambios de humor, de sus rarezas, e incluso de sus impertinencias. El mayor cuando reside en casa siente una atención personalizada, sabe que se comprenden sus rarezas, que se tiene en cuenta su carácter, preferencias y caprichos, matices que provienen de una biografía que sólo la propia familia sabe interpretar.

## LA SEXUALIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES

Las personas pueden tener una sexualidad activa en la vejez. Aquí se describen los cambios por envejecimiento que influyen sobre el sexo.

En el hombre hay una disminución de la libido y de la rigidez del pene, aumento del estímulo peneano directo para alcanzar la erección, disminuye la fuerza expulsiva eyaculatoria, y se prolonga el período refractario. Sin embargo, la urgencia eyaculatoria disminuye, lo que protege de eyaculación precoz y facilita un coito prolongado. El exceso de alcohol y las enfermedades como hipertensión, diabetes y déficit de vitamina B12 afectan la sensibilidad peneana. La enfermedad vascular es la primera causa de disfunción eréctil, e incluye la enfermedad arterial oclusiva y el escape venoso peneano.

En la mujer la libido disminuye por factores múltiples; si no hay reemplazo hormonal la menopausia produce cambios involutivos en los órganos urogenitales, como atrofia vaginal y disminución de la lubricación, esto es menor en las mujeres sexualmente activas. La capacidad sexual y la sensación en el clítoris permanecen intactas; el orgasmo permanece hasta edad muy avanzada pero es menos explosivo.

El mito que "los ancianos ni están interesados ni son capaces de comprometerse en actividad sexual" cambia gradualmente. No obstante, aún está lejano el día por alcanzarse un conocimiento completo de la sexualidad geriátrica.

Hasta hace poco, se creía generalmente que el contacto sexual era de esperarse en los adultos jóvenes, pero era "anormal" cuando aun fuera deseado por los ancianos. Los hombres ancianos que expresaban interés en el sexo se catalogaban como

"viejos sucios o verdes," y las mujeres ancianas que exigían ser sexualmente activas no tenían la posibilidad de expresarlo.

En la actualidad, las oportunidades para una discusión franca, la educación, y la investigación en envejecimiento sexual normal se vuelven rápidamente una realidad.

## LA JUBILACIÓN

La jubilación es un fenómeno creado por la sociedad industrial moderna. Antiguamente, las personas mayores seguían trabajando mientras sus fuerzas se lo permitían, aunque a veces y a medida que los años iban avanzando, se veían obligadas a tener que ocuparse de trabajos subsidiarios. Cuando una persona, a causa de su enfermedad o invalidez, no podía seguir trabajando se quedaba sin pensión alguna y a expensas sólo de la ayuda que sus familiares pudieran prestarle, o de la asistencia social voluntaria, o dependiendo de las limosnas callejeras.

En los países menos desarrollados, todavía hoy el concepto de jubilación carece de todo significado. No existe la jubilación. La norma predominante es que las personas trabajen durante toda la vida mientras puedan, y cuando ya no puedan hacerlo - porque sus fuerzas y su salud se lo impidan - permanezcan en la misma vivienda para posibilitar que sus hijos puedan salir a realizar sus faenas, al igual que antes se hacía en los países que actualmente están industrializados.

Actualmente, la jubilación sólo afecta a los asalariados y a los funcionarios públicos. Los trabajadores independientes deciden por sí mismos cuando y cómo cesarán en su actividad lucrativa. Las amas de casa, que son consideradas como sin profesión remunerada y sin actividad lucrativa, no tienen jubilación, al menos por ahora. Tampoco la tienen las que se dedican a algunas profesiones liberales no encuadradas en la administración pública (médicos, abogados, etc.); ni tampoco los políticos, que pueden permanecer en sus cargos mientras los ciudadanos les sigan prestando su confianza o ellos mismos quieran seguir.

### 1. Jubilación Y Vejez.

La jubilación se ha convertido modernamente, por ley en sinónimo de vejez. Es un símbolo social de transición o paso a la vejez. Ésta comienza oficialmente el día en que uno se jubila, es decir, el día en que pasa a ser considerado improductivo, innecesario, inútil.

MORAGAS distingue varias modalidades de jubilación:

- *Por la libertad del sujeto.* Si nos atenemos a la libertad del sujeto pueden darse dos clases de jubilaciones: la *voluntaria* y la *forzosa o involuntaria*. La jubilación voluntaria tiene lugar cuando la misma persona es quien decide el momento de su jubilación. Se llama jubilación forzosa o involuntaria aquella que se le impone al sujeto por haber cumplido la edad reglamentaria.



- Por el *tiempo*. Por razón del tiempo o edad, la jubilación puede ser *normal, anticipada o retrasada*. La jubilación es normal cuando según nuestro sistema de seguridad social el trabajador alcanza la edad de 65 años. La jubilación anticipada tiene lugar antes de dicha edad y por varias causas: incapacidad física, situación especial del colectivo o decisión del individuo. La jubilación retrasada es un caso atípico, y tiene lugar cuando el sujeto o la organización dilatan el momento de la jubilación por intereses mutuos.
- La jubilación puede ser también *parcial o completa*. Es parcial cuando se van disminuyendo paulatinamente las horas de trabajo, y es total cuando existe el cese completo del trabajo.

## 2. Problemas De La Jubilación.

La jubilación en cualquiera de sus formas implica una nueva situación en la vida de quienes la soportan. No es sólo el que se jubila el que se ve directamente afectado por ella, sino también todas aquellas personas que con él conviven, especialmente su cónyuge.

Tratando de especificar con más detalle los problemas que se le presentan a los jubilados podemos destacar:

- *Problemas económicos*. La jubilación implica una disminución de ingresos económicos, que tiene su reflejo en el nivel de vida posterior. En principio podemos pensar que los gastos que sufren las personas mayores son inferiores a los que puede experimentar los jóvenes. Pero el problema económico se agravará cuando las personas mayores tenga que depender de cuidados externos por no poder valerse por sí mismos.
- *Problemas sociales*. La jubilación crea también problemas sociales, pues no sólo supone la pérdida de un puesto de trabajo, sino también la disminución de las relaciones sociales, principalmente con los compañeros de trabajo. A partir de ahora, el jubilado tendrá que reorganizar sus roles cotidianos y buscar nuevas personas con las que compartir sus ratos libres.
- *Problemas físicos*. La jubilación produce también problemas físicos en el jubilado. La falta de actividad, lleva consigo falta de ejercicio y como consecuencia de ello deterioro físico. Por otro lado, existe una idea generalizada de que la memoria se pierde a medida que pasan los años. Esto suele ser rechazado por los psicólogos, quienes afirman que si la persona mayor se mantiene intelectualmente activa, lo normal es que durante toda su vida disfrute de una excelente salud mental, con independencia de los años que tenga.
- *Problemas familiares*. La jubilación repercute de diferentes maneras en las relaciones familiares, especialmente en la vida de pareja. Por un lado, los jubilados encontrarán ahora en su grupo familiar el grupo social por excelencia para poder relacionarse y suplir la ausencia de las amistades laborales ocasionadas por el cese del trabajo. Por otro lado, tendrán que ajustarse a las nuevas formas de vida, a convivir las 24 horas del día con su

pareja, compartiendo las tareas del hogar sin "estorbarse" el uno al otro.

- *Problemas psicológicos.* La jubilación puede ocasionar - aunque no siempre ni en todos los jubilados por igual- problemas psicológicos. En ocasiones, la jubilación ocasiona lo que algunos autores denominan *síndrome de la muerte civil* o *síndrome de la jubilación* o *neurosis del domingo*, así llamado por el vacío ocupacional que acarrea en los que la padecen. Esta crisis afecta mayormente a aquellas personas que han trabajado la mayor parte de sus vida fuera de casa, como sucede con la inmensa mayoría de los varones, y en menor proporción con las mujeres, aún cuando éstas se están equiparando a los hombres a marcha forzada. Consiste en sensaciones de inutilidad, de estar de más, de molestar o estorbar y de no servir ya para nada. Estos efectos se producen entre los tres o seis primeros meses posteriores a la jubilación o entre un año y 18 meses después.
- *Problemas de soledad.* El jubilado en el momento del cese del trabajo nota un vacío y aislamiento paulatino de aquellas personas con las que antes compartía su trabajo y su vida, y de las cuales ahora se va viendo alejado. La soledad no consiste en estar solo, sino en sentirse solo. Uno puede encontrarse en medio de una gran multitud y notar, sin embargo, un profundo sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad supone un empobrecimiento en la calidad de las relaciones sociales, sobre todo con aquellos mismos con los que en otros tiempos formaba una comunidad de experiencias vitales. La sensación de sentirse solo aumenta con la edad. Y esto parece hasta lógico ya que mientras uno puede valerse por sí mismo no tiene dificultad para entrar y salir de casa, pudiendo relacionarse fácilmente con sus allegados y amigos; pero a medida que se va haciendo mayor irá notando que sus fuerzas físicas comienzan a flaquearle impidiéndole salir de casa, incrementándose así su sentimiento de soledad.
- *El problema del tedio.* El tedio supone carencia de estímulos, y hay personas mayores que no le encuentran aliciente alguno a sus vidas; tienen la impresión de que están de más, de que estorban, de que no hacen nada, y en caso de que hagan algo, piensan que no vale la pena hacerlo; ven como las horas y los días transcurren lentamente para ellos.

### ***Cómo combatir el tedio y la soledad.***

Para combatir tanto el tedio como la soledad no hay receta mejor que la de estar "interesado" por algo. El interés por cuanto sucede en su entorno es un elemento vital para las personas mayores. Se puede decir que mientras hay interés por algo, mientras hay actividad, hay vida. Las mismas actividades sustitutorias que los mayores practican han de tener un sentido para ellos. Ya se trate de juegos, paseos, lecturas, charlas, prácticas de algún voluntariado social, participación en los hogares o clubs para los mayores, etc., lo verdaderamente importante es que dichas actividades tengan estímulos para ellos. Es importante que las actividades que uno realiza las haga con gusto y con verdadera ilusión, que le hagan tomar conciencia de su pertenencia a un grupo social. Estar preocupado por algo es interesarse por lo que ocurre a su alrededor, es mostrar preocupación por los asuntos que atañen a

sus familiares y conocidos; es acercarse a los problemas de su ciudad o barrio. Estar interesado por algo es en definitiva sentirse partícipe por la marcha de la sociedad.

Cuando alguien pierde la curiosidad por interesarse por los asuntos que le rodean deja de situarse en su propio mundo para vivir en otro mundo lejano, extraño. De ahí que él mismo se esté autoexcluyendo de la sociedad.

La edad o la incapacidad física parcial o total no es impedimento para que tales personas dejen de interesarse por todo aquello que le rodea. Como afirma *Ramón y Cajal* "se es verdaderamente anciano, psicológica y físicamente cuando se pierde la curiosidad intelectual".

Puede ser que muchas de las actividades que se han programado para los mayores - tales como Aula de la Experiencia o Aulas para mayores -, no sean muy rentables para la sociedad, ya que no se podrá esperar mucho de la profesionalidad de tales alumnos, pero serán muy útiles para que las personas que la frecuentan conserven su ilusión o interés, pues les darán una oportunidad para poder ampliar y profundizar sus conocimientos sobre muchos sectores de la vida y de la sociedad; les ayudarán a integrarse en nuevos grupos de pertenencia, a convivir con personas que antes no se relacionaban, etc. Su finalidad, pues, no es la productividad en sentido económico, sino el propósito de mejorar la calidad de vida de los que han cesado ya en su trabajo ordinario y desean adaptarse al nuevo entorno social.

### 3. La Actitud Frente A La Jubilación.

La actitud frente a la jubilación es ambivalente y estará en función del trabajo que cada cual haya desempeñado y de la satisfacción que en él haya alcanzado.

Muchos trabajadores esperan con ansiedad el momento de la jubilación para poder disfrutar con tranquilidad de la vida. Son, generalmente, los que durante su vida laboral se han dedicado a trabajos físicos, los que han trabajado en grandes fábricas, los que han visto únicamente su tarea como un medio para ganarse la vida, los que no han trabajado en lo que constituía su verdadera vocación, los que han ejercido un trabajo meramente rutinario. Todos éstos pueden fácilmente abandonar su trabajo sin ninguna nostalgia con tal de que la pensión que les quede sea suficiente para su manutención y la de su familia.

En cambio, existen otros trabajadores que han estado trabajando en lo que a ellos les ha gustado y que constituía su auténtica vocación. Éstos han encontrado en el trabajo un modo de realizarse personalmente; se han unido tan estrechamente a su tarea que no sólo han vivido de ella, sino para ella. El trabajo que han realizado les ha proporcionado un cierto prestigio y un determinado número de contactos y relaciones sociales. En esta situación tener que abandonar el trabajo viene a constituir un divorcio entre el trabajo y la tarea, objeto de su modo de vida y de su personalidad. La jubilación crea en éstos últimos una situación que aminora su personalidad, ya que lleva a una pérdida de prestigio y a un debilitamiento de las relaciones con los colegas de profesión o trabajo; en definitiva lleva a que uno se sienta inútil frente al grupo y la sociedad.

Es normal que a este segundo grupo de trabajadores le sea más difícil renunciar a su trabajo. Quisieran seguir trabajando aún después de haber cumplido los 65 años. Por lo general entran en este grupo todos aquellos que se dedican a profesiones libres, a tareas artesanales, los que alcanzan la satisfacción profesional en el trabajo y aquellos que lo hacen por vocación.

#### **4. Preparación Para La Jubilación.**

Todos los grandes eventos de la vida necesitan de una preparación previa. Sólo la jubilación que es una etapa clave en la vida del ser humano, carece de ella. Y esto no debe ser así, la jubilación se puede y se debe programar a fin de poder vivirla con gozo y alegría cuando llegue, sintiéndose aún útil a la sociedad.

La jubilación va a significar un cambio radical de vida para el individuo, ya que el tiempo libre del que va a poder disponer es total. Ahora bien, el saber aprovechar ese tiempo libre para poder vivirlo en su plenitud no es nada fácil: requiere una educación y una preparación, que ha de comenzar muy pronto.

#### **5. Etapas Del Proceso De Jubilación.**

La jubilación no es un acto único, aunque legalmente tiene una fecha de inicio. Los autores la contemplan como un proceso continuo que pasa por una serie de etapas. R.C. Atchley distingue seis etapas dentro del proceso de jubilación :

- 1) La fase de la pre-jubilación o del pre-retiro que se caracteriza porque el individuo se orienta hacia sí mismo, hacia la idea de que algún día va a tener que jubilarse. La jubilación, en sí misma, puede dar lugar a una serie de expectativas más o menos fantasiosas que luego no van a poder cumplirse por ser irreales.
- 2) La fase de la luna de miel, que es cuando propiamente empieza la jubilación. Se caracteriza porque las personas intentan hacer todo lo que desearon haber hecho antes de haberse jubilado y no pudieron hacerlo debido a la falta de tiempo o a su escasa formación. Esta fase es un periodo eufórico en la que el jubilado desea resarcirse de todo lo que echó en falta antes; desea descansar, dormir muchas horas, viajar, practicar sus deportes favoritos, pasar largos ratos con su familia, etc.
- 3) Después de la fase de luna de miel, algunas personas pasan por una tercera etapa llamada de desencanto y depresión. Esta fase tiene lugar cuando el individuo percibe que las grandes expectativas que se habían formado sobre la jubilación no se cumplen. Los problemas económicos, la falta de salud, y, sobre todo el no saber usar de su libertad y del tiempo libre que le queda, pueden dar lugar a un gran desencanto, aun sentirse fallido y frustrado.
- 4) La reorientación. Algunas personas pueden sucumbir como consecuencia de la depresión sufrida en la fase anterior. Otras, sin embargo logran sobreponerse al estado de depresión que pudieron haber sufrido y procuran ser más realistas; llegan a comprender que la jubilación no es lo mismo que unas

vacaciones largas . Se percatan de que la jubilación es un nuevo modo de vida, con unos roles nuevos y distintos a los que hay que ir amoldándose poco a poco.

- 5) En quinto lugar, muchas personas desarrollan un estilo de vida rutinario posterior a la jubilación, que es lo que se conoce con el nombre de la fase de la estabilidad. Se logra mantener el ajuste entre las expectativas que uno se ha formado y las posibilidades reales; se generan medios para afrontar rutinariamente los cambios que se han producido como consecuencia de la jubilación. Algunos pasan directamente de la fase de luna de miel a la de la estabilidad, superando la crisis de las falsas expectativas; otros, en cambio, nunca llegaron a concluir este proceso.
- 6) Llega, por último, la fase final del proceso de la jubilación. Para algunos, el rol del jubilado no tiene vigencia, porque han encontrado algún trabajo en el que ocuparse, y siguen, por consiguiente, en activo. Para algunos otros, tampoco tiene vigencia el rol del jubilado, debido a una enfermedad o a una incapacidad. En este último caso, se produce un cambio de rol de jubilado al de enfermo o incapacitado.

## 6. El Rol Del Jubilado.

La jubilación presupone evidentemente un cambio de roles en la persona jubilada. Si cuando el individuo está trabajando tenía un rol – o muchos roles - que cumplir, un papel que desempeñar y por el que era reconocido dentro de la sociedad, ahora, al llegar al tiempo de la jubilación, se producirá en él un cambio de roles. Dicho rol puede adoptar diversas formas, dando lugar a distintas teorías:

- a) En primer lugar, está la *teoría de la desvinculación*. Se caracteriza esta teoría porque sostiene que el jubilado se va alejando paulatinamente de sus roles previos dentro de la sociedad, y ésta a su vez, se va alejando del jubilado, de tal forma que poco a poco lo va marginando. El jubilado va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y psíquicas, y va perdiendo sobre todo, sus contactos y relaciones sociales con los demás miembros de la sociedad.
- b) La *teoría de la actividad*. El polo opuesto a la teoría de la desvinculación es la de la actividad. Esta teoría sostiene que cuánto más activas se mantengan las personas mayores después de su jubilación, tanto más satisfactoriamente envejecerán, ya que se considerarán aún útiles a la sociedad.

Actualmente se considera que es más saludable mantenerse activos y sustituir unas actividades por otras, que desvincularse progresivamente.

## PROBLEMAS SOCIALES DE LAS PERSONAS MAYORES.

### Factores de alto riesgo social

Desde el punto de vista social, se considera persona mayor de riesgo a aquel que cumple alguno de los siguientes criterios:

- Alta hospitalaria reciente.
- Persona mayor con limitación física y/o encamado.
- Persona mayor con deterioro mental.
- Persona mayor de edad elevada (mayor de 75 años).
- Persona mayor que viva solo.
- Persona mayor con ausencia de familia próxima.
- Persona mayor recluido en su domicilio.
- Persona mayor en el que exista sospecha de malos tratos.
- Situaciones que presenten riesgo de institucionalización de la persona mayor de forma prematura o inadecuada.
- Persona mayor con problemas económicos.

### Problemas y Enfermedades

- √ En el sistema osteomuscular
- √ Circulatorios, tumores y digestivos
- √ Enfermedades crónicas degenerativas
- √ Defectos de visión y audición (sentidos)
- √ Baja actividad física (sedentarismo)
- √ Mala alimentación
- √ Reducción de la sensibilidad en la piel, desecamiento y arrugas.
- √ Menor eficacia inmunológica
- √ Disminución de masa ósea (aceleramiento)
- √ Dolores reumáticos, gota, tendinitis,...
- √ Variaciones en la sexualidad y la libido
- √ Menopausia, andropausia
- √ Dificultades de movilidad para las AVD
- √ Incontinencia (3 tipos)
- √ Enfermedades neurológicas degenerativas (Confusión, Depresión, Parkinson, Demencia, Alzheimer,...)
- √ Escasez de atención especializada
- √ Atención familiar en el hogar
- √ Alteraciones en la vida del cuidador y fragilidad familiar (vida diaria, relaciones interpersonales, situación económica,...)
- √ Soledad y aislamiento
- √ Baja autoestima y dependencia.

## Necesidades Sociales

La intervención social en la persona mayor va encaminada tanto a aumentar la calidad de vida de ésta como, en su caso, de la familia por medio de:

1. La atención, mediante actuaciones dirigidas a apoyar, asesorar y movilizar recursos.
2. La valoración de aspectos cuantitativos y cualitativos del plan de actuación que recoja la evaluación profesional y las proyecciones de futuro con respecto a la actuación de la persona mayor.
3. La prevención, mediante actividades de orientación anticipada.

La intervención se realizará mediante distintas acciones según el área:

### 1. Económica y administrativa:

- Adecuar recursos personales y familiares a las necesidades.
- Asesorar e informar sobre recursos sociales.
- Asesorar sobre aspectos jurídicos: derechos, testamentos...

### 2. Vivienda:

- Asesorar sobre: eliminación de barreras arquitectónicas, adecuación de la vivienda, etc.
- Promover los recursos disponibles.

### 3. Relaciones sociales:

Con el objetivo de evitar la desvinculación social y cultural del persona mayor es imprescindible intervenir en la línea de mantener y promover la integración de éste en su medio social, teniendo en cuenta la situación individual de cada uno, realizando acciones dirigidas a persona mayores independientes y dependientes.

### 4. Según el grado de dependencia y el apoyo social:

- Potenciar sus capacidades personales.
- Apoyar a la familia para evitar riesgos de sobrecarga: servicio de ayuda a domicilio, comedores, teleasistencia, voluntariado, acogimiento de estudiantes, atención domiciliaria de salud, hospitalización a domicilio, centros de día o clubes municipales, etc.

### 5. La persona mayor en proceso de incapacitación física y/o psíquica:

- Información y gestión de prestaciones ortoprotésicas, ejercicio físico...



## Recursos En Servicios Sociales

### *Comunitarios:*

1. Servicio de Información, Valoración y Asesoramiento (SIVA, SIVO)
2. Servicio de Ayuda a Domicilio
3. Servicio de Cooperación Social
4. Servicio de Reinserción Social
5. Prestaciones Complementarias.

### *Especializados Para Personas Mayores:*

- Centros de Día
- Club de Convivencia o Club Social
- Centros Residenciales
  - Titularidad plazas:
    - Públicos.
    - Concertados.
    - Privados:
      - Con Ánimo de Lucro (empresa)
      - Sin Ánimo de Lucro (asociación, O.N.G., fundación...)
  - Autonomía de los usuarios:
    - De Válidos
    - De Asistidos
    - Mixtos
- Servicio de Estancias Diurnas

## ATENCIÓN E INTERVENCIÓN CON PERSONAS MAYORES.

### I. Terminología Específica.

•**Envejecimiento**: conjunto de modificaciones que el paso del tiempo ocasiona de forma reversible en los seres vivos. Proceso natural, progresivo, universal e individualizado. Puede ser por factores extrínsecos o intrínsecos.

Envejecimiento físico: modificaciones morfológicas y funcionales que el paso del tiempo ocasiona en el organismo.

Envejecimiento psicológico: depende del propio envejecimiento y también de mecanismos adaptativos (envejecimiento poblacional; características físicas, años que tienen una persona).

•**Gerontología** (OMS): ciencia que estudia los aspectos del envejecimiento sanitario, sociológico, económico, relativo al comportamiento, ambiental y otros.

•**Geriatria**: rama de la gerontología que trata la salud de las personas de edad avanzada en todos sus aspectos: preventivo, clínico, terapéutico, de rehabilitación, etc...

•**Viejo**: persona, generalmente mayor de 65 años, que tiene una o más enfermedades que tienden hacia la invalidez y cuya evolución está condicionada por factores psíquicos y sociales.

Distinguimos según:

Dependencia	Salud	Edad
Válidos	Independientes	3ª edad (60 a 75)
No válidos	Dependientes	4ª edad (+ de 75)

### II. Síntesis De La Evolución En El Tratamiento De Las Personas Mayores.

Antes, las sociedades concedían a las personas mayores el máximo prestigio y respeto.

En las sociedades modernas, la posición del mayor se ha alterado. Debido a varias cosas:

- La principal fuente de prestigio reside en el trabajo y los mayores están excluidos debido a la jubilación.
- Mitificación de la juventud.
- Ha aumentado el número de personas mayores.
- Nuevos problemas: soledad y aislamiento social, bienestar psicológico, ocio.
- En 4ª edad, la salud y la dependencia.

### \* Protección del mayor:

Antes: medidas centradas en la cobertura de las necesidades básicas y en proporcionar ayudas económicas para la supervivencia.

Hoy: - Constitución de 1978 establece que los poderes públicos deben promover el bienestar de los mayores. - Plan de Viena: su objetivo era proponer y estimular políticas y programas.

Grupos de riesgo: mayores de 80 años, los que viven solos, enfermos terminales y los que están en situación de riesgo o conflicto social.

### III. Necesidades Específicas De Las Personas Mayores.

- Necesidades básicas: alimentación, higiene, vivienda, seguridad física y/ o emocional,...
- Salud: aparición de enfermedades relacionadas con la edad.
- Autoestima: jubilación, pérdida de la ocupación positiva, no sentirse "útiles", deterioro de la imagen social, ocupación del tiempo libre, participación en actividades sociales,...
- Autonomía: pérdida progresiva de autonomía, disminución de capacidades, situaciones que generan dependencia,...
- Compañía: problemas de soledad, pérdida (física o no) de familiares, reducción de la red social,...
- Añadir necesidades que se suman o pertenecen a otros grupos:
  - Enfermedades crónicas / enfermedades mentales.
  - Discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales.
  - Personas sin hogar, transeúntes.

Los tres problemas básicos que deben afrontar las políticas sociales y sanitarias respecto a las personas mayores se resumen en un triple pilar: invalidez, dependencia y marginación.

La O.M.S. alerta hacia los nuevos desafíos que plantea el envejecimiento de la población. Hemos de tener en cuenta las posibles necesidades que pueden surgir debido a una mayor esperanza de vida en la población en general.

Con los mayores de 75 años debemos considerar cuáles pueden ser sus posibles demandas, puesto que el envejecimiento supone más probabilidades de discapacidad (pérdida de autonomía).

La imagen de la vejez en la sociedad es la de una etapa en la que no se aporta ninguna utilidad, y esta imagen llega a ser asumida con frecuencia por la propia persona mayor. Si esa persona precisa de los cuidados de otros para su desarrollo cotidiano, la imagen negativa se consolida aún más y se refuerza en ella.

En cuanto a la persona mayor dependiente, no puede realizar de forma autónoma los actos esenciales de la vida diaria puesto que sus funciones físicas o

mentales están deterioradas, por lo que precisa ayuda permanente para tareas cotidianas como vestirse, alimentarse, etc... y / o en los desplazamientos (dentro o fuera del hogar).

El continuo dependencia-independencia puede variar muy rápidamente, por lo que hay que estar evaluando constantemente las necesidades, ya que hay que diseñar nuevas respuestas ante cada situación. Para valorar las necesidades de estas personas es necesaria la intervención de un equipo multidisciplinar, que debe incluir la aportación de la familia y de la propia persona.

La vejez requiere la atención de familiares y personal sanitario, que deben intentar hacer que la persona mayor acepte mejor su situación. Además, también es muy importante el apoyo de amigos (grupo de iguales) puesto que este apoyo reduce la ansiedad ante el envejecimiento; reafirman la autoestima y sienten que juegan un rol social valioso; comparten intereses comunes y, por supuesto, la autoayuda.

Por otro lado, el cuidado de los mayores tradicionalmente se ha asignado a las mujeres, lo que conlleva que éstas sufran una sobrecarga de tareas a realizar. Actualmente muchas mujeres se han incorporado al mundo laboral, por lo que se ven obligadas a desarrollar el trabajo fuera del hogar y la atención a sus mayores, lo cual crea una gran angustia y stress. Pero no sólo supone un problema para la mujer, sino para la familia en general, puesto que esta necesita desarrollarse y la atención a una persona mayor incapacitada puede impedir o alterar este proceso, es decir, que la excesiva dedicación a esta persona altera la organización de la familia..

Dentro de la familia se pueden generar situaciones de malos tratos (definiendo éstos como falta de cuidados adecuados) con la peculiaridad de que también pueden ser maltratadores. Un factor importante que puede generar esa falta de cuidado es el stress que causa ese cuidado en las personas que atienden al mayor.

En cuanto a las posibilidades de maltrato, ocurren en todos los grupos sociales y suelen concurrir variables como dependencia, confusión mental y demencia (aunque estos factores también son determinantes en el perfil del posible maltratador).

Lo más importante para la persona mayor es el apoyo de la familia que debería contar con recursos para ocuparse de sus mayores. Sin embargo, si no hay conciencia de la existencia de estas necesidades, jamás habrá recursos.

No debe importarnos tanto el alargar la vida de los mayores con los avances tecnológicos como, que esos años que vivan, tengan calidad de vida.

Respuestas actuales a necesidades específicas de las personas mayores.

Los objetivos de los Estados han de dirigirse a conseguir:

- Conservar y aumentar la calidad de vida de las personas mayores.
- Favorecer su mantenimiento en su medio natural.
- Coordinar y planificar la acción sanitaria destinada a la cuarta edad.

Los objetivos de la oficina regional de la O.M.S. en Europa, en lo que se refiere a la propuesta de "Envejecer con Salud", son:

- Reducir las diferencias (sociales, geográficas y de género).
- Aumentar los años de autonomía de los mayores de 65 años. Calidad de vida.
- Fomentar participación plena de los mayores en la vida comunitaria.
- Prolongar el envejecimiento con salud (modos de vida y apoyo).
- Proporcionar servicios / asistencia a mayores dependientes.

Siempre se ha considerado que el núcleo familiar es el más apropiado para atender a los mayores, y sólo cuando no existe o no es posible, debe recurrirse a una institución. Sin embargo, las personas que se encuentran en esta situación consideran que es el Estado quien debe ocuparse. Ambas afirmaciones son razonables, puesto que la familia es el lugar idóneo para satisfacer las necesidades afectivas y sociales, pero la familia por sí sola no puede responder a todas las necesidades.

Por lo tanto, puesto que la mejor alternativa es mantener a los mayores dentro del hogar familiar, deberían existir más recursos que facilitasen a la familia el cuidado de sus mayores.

#### IV. Principios De Actuación

##### IV.1 PRINCIPIOS RECTORES DE LAS ACTUACIONES:

- Coordinación: entre las áreas de salud y los servicios sociales. También es importante la relación entre el área social y laboral.
- Normalización: Mantener a la persona mayor en su comunidad. Pisos tutelados, etc. La institucionalización se realizaría como último recurso y decidido por la persona mayor. En este caso se facilitará el acceso a instituciones de carácter general, salvo cuando se requiera una atención especial.
- Descentralización: que las competencias de los Servicios Sociales se desplacen al ámbito territorial para que los mayores tengan los servicios más cerca.
- Prevención: preparación a la vejez, mentalización que se lleva a cabo antes de la jubilación.
- Igualdad de oportunidades: promovidas por los poderes públicos.
- Participación: en el diseño de las políticas sociales y en la vida social.

##### IV. 2. OTROS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LOS SERVICIOS SOCIALES:

La accesibilidad a los servicios públicos de cualquier índole como expresión de la aspiración a la normalización e integración social de los mayores, la facilidad de

medios de transporte para las personas de edad avanzada con movilidad reducida, y la asistencia en su propio hogar, son algunos de los principios de mayor importancia.

Otros principios inspiradores de numerosas recomendaciones de Política Social para mayores son:

- Necesidad de elaborar estrategias basadas en una concepción global del Bienestar Social de las personas de edad, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores: físicos, mentales, sociales y ambientales.
- Esfuerzos en materia de salud y bienestar social para que los mayores puedan llevar una vida independiente en la comunidad durante el mayor tiempo posible.
- Coordinación más estrecha entre los servicios de Protección Social y los de atención sanitaria tanto en el ámbito nacional, como de comunidad o atención primaria y residencial.
- Apoyo e intensificación de los servicios de atención domiciliaria, sanitaria y sociales para que las personas mayores puedan permanecer en su medio habitual de convivencia y evitar el recurso a la institucionalización.
- Uno de los principios más importantes que conforman hoy la nueva política para la tercera edad es el de la mejora de la calidad de vida de las personas y la promoción y el diseño de servicios que posibiliten que ellas mismas puedan controlar su propia vida, pero teniendo siempre presente que el objetivo no es otro que el de mantener a los mayores el mayor tiempo posible en sus propios domicilios.
- La Promoción del Bienestar de la tercera edad no puede dejar de tener presente la necesidad de integrar al mayor en su familia.

**OBJETIVOS:** Distinguimos según las áreas de actuación:

Salud: prevención, detección precoz

Funcional: mantenimiento de las actividades básicas de la vida diaria.

Psíquica: mantenimiento del contacto intelectual con otros

Social: en esta área el objetivo es facilitar la integración del mayor en el medio social, previniendo situaciones de soledad y logrando que mantenga sus roles sociales. Para ello se utilizan los recursos sociales existentes y se prestan ayudas técnicas dirigidas al mantenimiento de actividades básicas de la vida diaria.

- Evitar la dependencia del mayor en otras personas en la medida de lo posible.
- Garantizar apoyo económico (pensiones de jubilación, sistemas complementarios, ayudas, etc)
- Permanencia en su domicilio, seguro y adaptado.

- Facilitar el transporte y la eliminación de barreras arquitectónicas.
- Fomentar la participación social y asociacionismo, así como el voluntariado.
- Facilitar el acceso a la cultura, actividades de ocio.
- Formación específica en geriatría y gerontología de los profesionales que los traten.

#### IV.3 SEGÚN LAS NACIONES UNIDAS:

Según las Naciones Unidas en la Asamblea Mundial del Plan de Envejecimiento de Viena (1982), se acordó lo siguiente:

Objetivo: dar más vida a los años que restan de vida. Mejora de la calidad de vida: para ello se fomentará:

- Independencia
- Participación
- Cuidados
- Autorrealización: desarrollo personal, educación, cultura, etc.
- Dignidad: seguridad personal.

#### V. Principales Áreas De Actuación.

##### AREAS DE ACTUACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO:

Nos encontramos con un término importante, que es el de filosofía, o sea, una concepción global del bienestar social (interdependencia de todas las áreas: factores físicos, sociales, mentales y ambientales). O sea, mejorar la calidad de vida y el diseño de servicios que les permitan permanecer en el hogar.

CLÍNICA: prevención/ detección precoz.

- FUNCIONAL: mantenimiento de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- PSÍQUICA: mantenimiento. Contacto intelectual con otros.
- SOCIAL:
  - ✻ Mantenimiento de la integración al medio.
  - ✻ Mantenimiento de solidaridad intergeneracional.
  - ✻ Cobertura económica.
  - ✻ Prevención de soledad.
  - ✻ Mantenimiento de los roles.
  - ✻ Utilización de los recursos sociales.
  - ✻ Ayudas técnicas
    - Actividades básicas de la vida diaria
    - Actividades instrumentales de la vida diaria.



## VI. SS.SS: Coordinación De Los Dos Niveles De Actuación.

### Actuación de la atención primaria/ secundaria:

#### Actuaciones Generales:

Son varias:

- 1) Garantizar apoyo económico (pensiones de jubilación, vejez, sistemas complementarios de pensiones).
- 2) Permanencia en domicilio seguro y adaptado.
- 3) Medicina preventiva
- 4) Transporte y eliminación de barreras.
- 5) Participación social y asociacionismo.
- 6) Voluntariado para y de mayores.
- 7) Acceso a la cultura, la ciencia, el ocio, el deporte...
- 8) Respeto y trato digno: familiar/ social.
- 9) Formación de geriatría y gerontología a profesionales de medicina, enfermería, trabajo social...

#### Actuaciones Específicas:

TERCERA EDAD	CUARTA EDAD
Formulas de empleo	Apoyo a la familia (económicas, técnicas y de afecto).
Preparación para la jubilación	Atención preferente a mayores solos (SAD, voluntariado social).
Jubilación flexible o parcial	Coordinación medicina primaria con SAD y centros geriátricos y gerontológicos.
Compatibilizar la pensión con el trabajo parcial o autónomo	Ampliar la red de servicios de residencias y centros de día.
Vínculos entre jubilados y las empresas de transición	Servicios geriátricos de larga estancia.
	Atención a enfermos terminales.
	Servicio de prevención y atención de malos tratos.

#### La Jubilación:

Esta incide poderosamente en la personalidad del mayor, ya que puede crear numerosas situaciones. Ejemplos claros son: soledad de la pareja, dificultades de adaptación, escasez de medios económicos, insatisfacción personal, excesivo tiempo libre, etc.

Las medidas de protección en este ámbito van a enfocarse:

- 1) hacia la preparación y formación para la vejez; y
- 2) al establecimiento de sistemas de jubilación flexibles.

1) Preparación para la jubilación: estos programas van dirigidos a dar respuesta a las necesidades de información y asesoramiento en distintas materias, tales como salud, vivienda, pensiones, cultura, ocio. Su función principal consiste en preparar a los trabajadores para que comiencen la jubilación con un "enfoque positivo" que les permita el máximo bienestar individual y social en esta nueva etapa vital.

Sus objetivos fundamentales son: la superación de la ansiedad y el stress o depresiones de los pre-jubilados mediante la toma de conciencia de la problemática social que afecta al mayor, la enseñanza del autocuidado, la mejora de los hábitos (nutricionales y de higiene), la preparación para nuevas actividades, aficiones y empleo del tiempo libre, así como el asesoramiento e información sobre prestaciones, servicios y ayudas de los sistemas públicos de salud y servicios sociales y la animación para la participación, el asociacionismo y el voluntariado.

Los grupos que más se pueden beneficiar de ésta son: obreros sin cualificar, las mujeres y personas que viven solas o que se jubilan anticipadamente por motivos de salud.

Cabe destacar que la importancia de estos programas de preparación a la jubilación es mínima, puesto que es un muy bajo porcentaje de trabajadores los que reciben tal preparación.

2) La jubilación flexible: consiste en la libre elección de los trabajadores asalariados para que puedan beneficiarse de su pensión de jubilación. Como ya he explicado anteriormente, esta incide en la personalidad del mayor y es causa de muchos problemas (soledad, escasez de medios económicos, etc.). Por lo que, las medidas de protección a la vejez han de orientadas tanto a la preparación a la vejez (punto 1) y hacia el establecimiento de sistemas de jubilación flexibles, con la implementación de distintas modalidades (como por ejemplo el trabajo parcial, la jubilación anticipada o progresiva) que garantizarán la suficiencia económica.

Los principios que han de inspirar la implantación progresiva de la jubilación son:

- Derecho del trabajador asalariado a escoger libremente la edad a partir de la cual podría beneficiarse de su pensión de jubilación.
- Derecho del trabajador a una pensión de vejez.
- Reducción progresiva de la duración del trabajo durante los años precedentes a su jubilación.
- Exclusión del sistema de jubilación flexible de la jubilación anticipada a los trabajadores en edad avanzada a causa de incentivos financieros introducidos por un periodo temporal y en razón de circunstancias económicas excepcionales.
- Derecho de los trabajadores a cualquier otra forma de actividad remunerada.

- Organización de programas de preparación a la jubilación durante los años que de vida profesional le precedan.

**Modos de atención social actual:**

1) Prestaciones económicas:

- Alimentos
- Adaptación vivienda
- Pensiones contributivas/ no contributivas
- Ayudas individuales
- Ayudas a instituciones

2) Prestaciones técnicas:

- Información (recursos existentes, coordinación de sistemas de salud- social) orientación y asesoramiento.

- Convivencia

Centros sociales o comunitarios

Centros de día (generales o especializados)

Transporte

Vacaciones de tercera edad

- Prevención

Informar sobre su nueva situación psíquica, física, familiar, social...  
aparición de nuevas enfermedades

- Preparación a la jubilación

- Sensibilización social

- Cooperación social

Promoción de actividades de interés social

Asociacionismo

Ayuda mutua

Voluntariado

- Alojamiento

a) En el domicilio: encontramos la ayuda domiciliaria (SAD); el servicio de comedor a domicilio; y la teleasistencia/ Telealarma. Pero además de esto, tendríamos que adaptar las viviendas.

b) Alojamiento temporal: en residencias de corta estancia o acogimiento familiar.

c) Otras alternativas de alojamiento (permanente): encontramos por ejemplo, el acogimiento familiar permanente; vivienda compartida; vivienda tutelada

(de las que hay diversos tipos); mini- residencias de válidos; y residencias asistidas.

A continuación explicaremos estos modos de atención social actual, haciendo especial hincapié en los relativos al alojamiento.

### **AYUDA A DOMICILIO (SAD):**

Es un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial, familiar y relaciones con el entorno. Se presta en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado.

No debe ser concebido como una prestación estándar, sino como un programa que planifica individualmente cada caso y se adapta a las características individuales, sociales y familiares.

La ayuda a domicilio, por un lado, intenta prevenir situaciones carenciales que incrementen el riesgo de pérdida de independencia (crear hábitos saludables de higiene/ alimentación, prevenir caídas o accidentes en el hogar mediante acondicionamientos en la viviendas y con la utilización de ayudas técnicas, reforzar los vínculos sociales y familiares). Por otra parte, se pretenden recuperar capacidades funcionales perdidas, mediante el entrenamiento de habilidades para actividades de la vida diaria, tales como vestirse, andar, asearse, realizar las tareas domésticas, comer, etc.

En el programa de atención domiciliaria se conjugan tanto servicios como técnicas de intervención específicas de diferentes tipos de profesionales. No se trata solo de proveer determinadas prestaciones o servicios que vienen a aliviar insuficiencias o carencias, sino que también es necesario utilizar técnicas de intervención adecuadas para lograr reinstaurar la dependencia que se haya detectado.

En concreto, la intervención del profesional del Trabajo Social versará principalmente sobre:

- Planificación, coordinación y evaluación.
- Intervenciones concretas, como coordinación con la familia, visitas a domicilio, entrevistas con esa persona.
- Realizar tareas de apoyo a otros profesionales.

Las intervenciones, en general, de la ayuda a domicilio consisten en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno.

- La atención personal se desarrolla en actividades de compañía (conversación, escucha, paseos), asistencia en las actividades cotidianas (aseo, alimentación) y cuidados especiales (como por ejemplo, cambios posturales, movilizaciones, etc).
- La atención doméstica consiste en tareas tales como: limpieza del hogar, compra de alimentos, cocinar, lavar, planchar...

- Las actividades de apoyo psicosocial consisten en practicar la escucha activa con la persona mayor, estimularla para que permanezca activa, que se relacione. Su objetivo es el fomento de la autoestima.
- El apoyo familiar significa reforzar la cohesión familiar, por ejemplo, ofrecer servicios de respiro a los cuidadores.
- Las relaciones de las personas mayores con su entorno deben estimular los contactos externos.

El objetivo básico del SAD es incrementar la **autonomía personal** en el medio habitual de la persona, pero también encontramos otros objetivos más generales como son:

- Conseguir cambios conductuales en la persona mayor tendentes a mejorar su calidad de vida.
- Facilitar la realización de tareas y actividades que no puedan realizar por sí solas.
- Fomentar el desarrollo de hábitos saludables.
- Adecuar la vivienda a las necesidades de la persona atendida (mediante reparaciones, adaptaciones y/ o instalación de ayudas técnicas.
- Potenciar el desarrollo de actividades en la propia casa y en el entorno comunitario.
- Aumentar la seguridad personal.
- Potenciar las relaciones sociales.
- Mejorar el equilibrio personal y familiar mediante reforzamiento de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.
- Favorecer la prevalencia de sentimientos positivos.

### **TELEASISTENCIA DOMICILIARIA:**

Es un servicio que permite a los mayores, a través de la línea telefónica, entrar en contacto verbal con una central atendida por profesionales que están preparados para dar una respuesta ante situaciones de emergencia. Este servicio está en funcionamiento las 24 horas del día, los 365 días del año. Puede ser de diversos tipos: 1) pasivo: la activa el usuario; 2) semiactivo: la central se pone en contacto con el usuario; y 3) activo.

Este servicio puede complementarse con otros elementos de protección personal o doméstica para situaciones, por ejemplo, de intrusismo, incendio, fuga de gas, etc. Los servicios son: alarma médica, conversación, recogida de avisos, reparaciones, etc.

La Teleasistencia puede contribuir a paliar el aislamiento y soledad de los mayores.

Normalmente, se han de dar una serie de requisitos para poder beneficiarse de esta. Estos son: vivir solos, carecer de familia o no poder ser atendidos por ella, padecer una minusvalía...

Es una prestación gratuita o semigratuita.

### **HOGARES Y CLUBES:**

Son establecimientos (centros de día) que promueven la convivencia y la integración de las personas mayores de una zona. Tienen diversas prestaciones y servicios, tales como: información acerca de la oferta de SS.SS y asistenciales, ayuda a domicilio, ayudas económicas, bibliotecas, cafetería, peluquería, podología, etc.

### **ESTANCIAS DIURNAS EN HOGARES Y RESIDENCIAS:**

Servicio dirigido a personas mayores que no puedan valerse por sí solas, les ayuda a mantener sus relaciones sociales y también realizan programas individualizados de rehabilitación y terapia ocupacional.

Permite a las familias tener un desahogo durante el día para realizar sus actividades.

### **ESTANCIAS TEMPORALES EN RESIDENCIAS:**

Servicio pensado para aquellas familias que se están haciendo cargo de sus mayores y desean disfrutar de un periodo de descanso o "respiro".

### **RESIDENCIAS:**

Son centros que ofrecen acción integral y vivienda permanente a personas con más de 60 años que debido a su problemática familiar, social y/ o económica no pueden ser atendidas en su propio domicilio y necesitan de estos servicios. Pueden estar destinados tanto para los mayores dependientes, como para los que no lo son. Disponen de personal especializado como auxiliares, enfermeros, médico, psicólogo, trabajador social, etc... Pueden estar gestionadas por organismos públicos o por instituciones privadas con o sin ánimo de lucro (la oferta privada es muy amplia).

### **ACOGIMIENTO FAMILIAR:**

Es un recurso que puede ser permanente o temporal. Este supone la integración de la persona mayor en una familia a cambio de una contraprestación económica, con el fin de conseguir que el mayor sea como un miembro más de la familia.

### **VIVIENDAS TUTELADAS:**

Viviendas adaptadas para las necesidades de las personas mayores. Pueden vivir en régimen de 4 a 6 usuarios en habitaciones individuales o dobles bajo la asistencia y tutela de los SS.SS.

Los beneficiarios son las personas mayores válidas con problemas de alojamiento y soledad.

El objetivo fundamental es crear experiencias alternativas a las macroresidencias, y también potenciar las capacidades del mayor integrándolo en

las tareas domésticas y estimulándolo a establecer relaciones sociales fuera del hogar.

### **PISOS TERAPÉUTICOS:**

Unidades convivenciales cuyo fin es evitar la permanencia de media o larga estancia en hospitales, como se da en el caso de enfermos mentales o personas mayores con alto grado de dependencia.

### **MINI- RESIDENCIAS:**

Alojamiento institucional de ámbito comarcal o local, con un número de plazas alrededor de 15 a 25 plazas. Estas facilitan la integración del mayor en la vida comunitaria, la atención personalizada, el respeto a la independencia, la privacidad y la ayuda mutua.

### **VIVIENDA COMPARTIDA:**

Consiste en compartir la vivienda entre varias personas mayores, sin ser parientes, debido al elevado coste de las viviendas y el alquiler, la soledad, etc...

En referencia a este tema que nos ocupa de las personas mayores, en nuestro país nos encontramos con la oferta de otros servicios complementarios de los cuales se pueden beneficiar. Los más importantes a citar son:

- *Servicio de termalismo social:* que tienen por objeto facilitar la asistencia que se presta a las personas de la tercera edad, que mediante prescripción facultativa precisen. En estos lugares reciben tratamientos para afecciones como reumatismo, artrosis, bronquitis, faringitis, asma, vías urinarias, riñón. Se requieren una serie de condiciones para participar en él, como por ejemplo: ser mayores de 60 años, no padecer trastornos mentales graves, poder valerse por sí mismo, precisar los tratamientos que se ofertan y carecer de contraindicación médica, etc. Este servicio incluye, Alojamiento en pensión completa, tratamientos termales, actividades culturales, etc.
- *Turismo social para la tercera edad:* este surge en 1985, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores y favorecer la creación y mantenimiento del empleo del sector turístico en temporada baja. Estos viajes suelen tener una duración de unos 15 días e incluyen servicios tales como: transporte, alojamiento en pensión completa, actividades de ocio y tiempo libre, excursiones, seguro de viaje, etc.
- *Cartilla sanitaria para la tercera edad:* documento que recoge, de forma voluntaria, la situación sanitaria y social de su titular. Permite: identificar al usuario, mejorar la asistencia sanitaria, mejor y más fácil acceso a las prestaciones sociales vigentes.
- *Ayudas económicas para la tercera edad:*
  - ♣ Pensiones contributivas
  - ♣ Pensiones no contributivas
  - ♣ Ayudas individuales
  - ♣ Ayudas a instituciones





## ACTITUD ANTE LA PERSONA MAYOR CON TRASTORNOS PSIQUICOS

### Introducción

Muchos «mayores» no se consideran «viejos». Cuando llega el momento de la jubilación, se produce un choque entre su manera de verse a sí mismos y la imagen que la sociedad les devuelve.

Por otra parte, en nuestra sociedad se exalta cada vez más el período de juventud y los valores ligados a la misma, cayendo en desvalorización aquellos otros relacionados con la madurez y la experiencia.

Los trastornos mentales en el mayor se van a ver influidos por estos factores, siendo la enfermedad el punto de confluencia de distintos elementos biológicos, psicológicos y sociales. Cada etapa crítica de la vida se acompaña de vivencias, emociones, experiencias, impulsos y conductas que son respuestas adaptativas, o bien se convierten en fuente de conflictos psicológicos y sociales.

Esta etapa supone un período de pérdidas, de despedirse de los amigos que fallecen, o de algún familiar o del cónyuge, tan difícil de afrontar. El declive de la actividad física, intelectual, sexual y social, es también experimentado como una pérdida.

Vejez no es sinónimo de rigidez, imposibilidad de cambio o mal carácter. Plantearse uno mismo cómo se sentirá en esta época y cómo le gustaría ser tratado entonces, ayudará a acercarse y atender mejor a estas personas.

### El Mayor Depresivo

Podemos distinguir entre emociones y estados de ánimo. Las emociones son afectos bruscos y agudos como el miedo, la cólera y la angustia. El estado de ánimo es un tipo de afecto de instauración más lenta y progresiva que las emociones. Los estados de ánimo más típicos son los que oscilan en el eje alegría-tristeza. Las alteraciones del estado de ánimo constituyen los trastornos afectivos, y nos referimos a ellos con los nombres de manía y depresión. La depresión es mucho más frecuente que la manía en todas las edades, constituyendo la patología psiquiátrica más frecuente en los mayores.

La depresión no es una característica de la vejez. La tristeza es la principal característica de la depresión, puede expresarse a través del llanto. El depresivo pierde su propia estima, tiene sentimientos de incapacidad e inutilidad. Se siente inseguro, incapaz de hacer frente a los problemas cotidianos. Disminuye la capacidad de mantener sus actividades. Disminuye su actividad psíquica y tiene dificultad para concentrarse, le falla la memoria, pudiendo confundirse la

depresión con una demencia (lo que se llama pseudodemencia depresiva, a veces difícil de diferenciar, porque la depresión también puede ser la manifestación inicial de una demencia). El depresivo pierde el interés por las cosas que antes le entretenían; pierde el interés por la gente, y no tiene capacidad para disfrutar como antes. La ansiedad casi siempre está presente y puede ser intensa. Son típicos los trastornos del sueño, sobre todo el insomnio, despertando varias horas antes de lo habitual. Pierden el gusto por la comida y el apetito, lo cual puede llevar a un adelgazamiento importante. Con mucha frecuencia las quejas somáticas constituyen la manifestación principal de la depresión: dolor de cabeza, otros dolores, mareos, molestias digestivas, etc. Estas molestias en su cuerpo pueden hacerle pensar que padece una enfermedad orgánica grave. En los mayores, la depresión supone un riesgo muy elevado de suicidio.

#### Síntomas de la depresión:

- \* Tristeza.
- \* Pérdida de interés por las actividades habituales.
- \* Incapacidad para disfrutar.
- \* Ansiedad, miedo, preocupaciones.
- \* Irritabilidad.
- \* Enlentecimiento del pensamiento y las acciones.
- \* Dificultad para concentrarse.
- \* Desesperanza.
- \* Ideas de muerte, suicidio.
- \* Ideas de culpa, ruina o hipocondría.
- \* Insomnio.
- \* Pérdida del apetito, adelgazamiento.
- \* Pérdida del impulso sexual.
- \* Molestias somáticas (cefaleas, otros dolores, mareos...).

Es importante distinguir entre la tristeza normal y la tristeza patológica. La tristeza normal está provocada por un motivo, tiene una duración e intensidad adecuadas al desencadenante, y no afecta significativamente al rendimiento de la persona. Cuando se ha perdido a un ser querido, o se ha recibido el diagnóstico de una enfermedad incurable, es lógico estar triste. A medida que hay una aceptación de esas nuevas circunstancias, y que el individuo se va adaptando a ellas, mejora el estado de ánimo. Se puede ayudar a las personas que pasan por esas circunstancias escuchándolas y permitiéndoles expresar sus sentimientos. Cuando los síntomas son de mayor intensidad, se mantienen más tiempo del esperado, o afectan de forma importante a los rendimientos del individuo, se produce una depresión que va a requerir tratamiento.



## Actitud Ante El Mayor Depresivo

- \* Necesitan muchos cuidados, aceptación y atención. Son muy sensibles al rechazo, fácilmente se sienten defraudados y despreciados por los demás.
- \* Son personas con sentimientos de desamparo, que establecen fácilmente una relación de dependencia que no se debe fomentar.
- \* Su sufrimiento puede transmitirse a los demás, provocando en quienes les cuidan sentimientos de tristeza.
- \* Hay que mantener con ellos una actitud de paciencia y comprensión.
- \* Pueden provocar reacciones de excesiva protección, otras veces de impaciencia ante su lentitud e indecisión.
- \* Iniciar la conversación y mantenerla aunque no recibamos respuesta. Hablar pausadamente.
- \* No utilizar expresiones críticas o de menosprecio.
- \* Permitir que manifiesten libremente sentimientos dolorosos, dejarles llorar.
- \* No darles consejos que no puedan cumplir («tiene que poner de su parte», «lo que tiene que hacer es animarse y salir»). La depresión consiste precisamente en esa incapacidad para estar bien de ánimo y hacer frente a los acontecimientos cotidianos, y el no poder hacer lo que se les aconseja, puede aumentar sus sentimientos de minusvalía y culpabilidad.
- \* Evaluar sus capacidades y programar actividades graduales. Darles tiempo para que lleven a cabo las actividades que realicen. Cuando empiecen a mejorar, estimularles a ocuparse en algo, y resaltar los logros.
- \* Ayudar al paciente a mantener su higiene, y no permitir que tenga un aspecto descuidado.
- \* Tener en cuenta que los depresivos tienen un riesgo de suicidio elevado.

## El Mayor Suicida

El suicidio es una expresión de agresividad dirigida hacia uno mismo: autoagresividad. El suicidio es un acto ambivalente, en el que se desea morir y vivir, agredir a los otros y a uno mismo, pedir ayuda y rechazarla. Los mayores no son tan ambivalentes ante la muerte como una solución, y llegan al suicidio consumado con más frecuencia que en otras edades. Utilizan métodos más letales.

En todos los países occidentales, el número de suicidios aumenta con la edad, siendo más frecuente a cualquier edad en hombres que en mujeres.

Las enfermedades psiquiátricas, sobre todo la depresión, las enfermedades somáticas, la soledad, la muerte de la pareja, son factores que pueden contribuir al suicidio en estas edades.

Hay que tomar en cuenta la comunicación de ideas suicidas por parte del mayor. No es cierta la idea extendida de que el que habla de suicidio no llega a hacerlo. Al contrario, las personas que han consumado el suicidio, con frecuencia, habían comentado previamente sus intenciones a otras personas de su entorno.

El suicidio puede representar una llamada (de ayuda) a los demás, cuando cualquier otro medio de comunicación se considera imposible por la razón que sea.

El suicidio produce un fuerte impacto emocional entre los allegados al suicida. También los cuidadores y todos los profesionales que han participado en la atención a la persona, pueden reaccionar con sentimientos de culpabilidad y enfado. Cuando se produce un suicidio, y muchas veces a pesar de todos nuestros esfuerzos no se puede evitar, es conveniente hablar abiertamente de lo ocurrido, apoyarse mutuamente para superar los sentimientos provocados, y no proyectar la culpa sobre los otros profesionales, o los familiares de la persona.

### **Actitud Ante La persona Suicida**

- \* Comunicar las intenciones suicidas de un paciente al resto del equipo.
- \* Tomarse en serio al paciente. Atención a toda comunicación de ideas de suicidio.
- \* Prestar atención a los sentimientos que el hecho del suicidio despierta en nosotros.
- \* No adoptar una actitud crítica ni moralista, ni utilizar comentarios del tipo: «no le da vergüenza pensar eso», «matarse es cosa de cobardes».
- \* Eliminar riesgos, en la medida de lo posible.
- \* No intentar convencer al paciente con comentarios que banalicen su sufrimiento, como: «la vida es muy bonita, es una tontería matarse». Con ellos aumentaríamos sus sentimientos de minusvalía y de ser rechazado.
- \* Estimularle a expresar y hablar sobre sus sentimientos.
- \* Atención a cambios en el estado de ánimo, comentarios o comportamientos (reacción a las visitas, llamadas).
- \* Contactos frecuentes con la persona, no dejarle aislado.

### **El Mayor Con Ansiedad**

La ansiedad es uno de los problemas más frecuentes en la población general. Se caracteriza por un temor hacia algo desconocido, o temor «irracional» o desproporcionado a un objeto o situación. Se describe como: tensión, nerviosismo, preocupación etc. Es frecuente que las personas manifiesten sensación de catástrofe o de muerte inminente: «me va a estallar la cabeza», «algo malo va a suceder». Otras veces, la ansiedad se fija al cuerpo en forma de síntomas físicos («un nudo en el estómago», opresión en el pecho, palpitaciones o sudoración).

Un cierto grado de ansiedad ante situaciones nuevas puede ser favorable o adaptativo. La ansiedad se vuelve patológica cuando es muy intensa, llegando a bloquear las respuestas adaptativas y limitando así las funciones del sujeto. Sería como estar permanentemente en estado de alerta, con el gasto de energía física y psíquica que ello conlleva.

Para la persona mayor, por las limitaciones físicas, psíquicas o sociales que puede presentar, la ansiedad forma parte de muchos de los sucesos vitales que tiene que afrontar. La soledad, apuros económicos, un cambio de domicilio, una nueva enfermedad e incluso una emoción intensa, aún siendo positiva, pueden desencadenar un cuadro de ansiedad.

Con frecuencia, la ansiedad en el mayor va ligada a otros síntomas como sensaciones físicas, agitación o ideas hipocondríacas. Por ejemplo, ante un dolor abdominal o estreñimiento pertinaz, la persona cree tener cáncer, estará pendiente en exceso de sus reacciones fisiológicas y creará notar síntomas que le confirmen su diagnóstico. Otras veces se presenta en forma de mareos, vértigos, respiración suspirosa o insomnio. Hay que reconocer los signos de ansiedad más evidentes como son el temblor, habla rápida y precipitada, retorcimiento de manos, llamadas continuas al timbre, preguntas repetitivas, dificultades para centrar su atención en temas que no sean los de su estado de salud, etc.

No hay que olvidar que muchos síndromes ansiosos pueden ser secundarios a patología orgánica, a fármacos, u otra patología psiquiátrica como la depresión.

### **Actitud Ante La persona Con Ansiedad**

- \* La persona ansioso es un paciente «difícil», que reclama gran atención y al que nunca le parecen suficientes o adecuados los cuidados que se le dispensan. Es fácil que esto pueda provocar una reacción de ansiedad también en el cuidador, que si no se tiene en cuenta, va a traducirse en respuestas inapropiadas.
- \* Tener en cuenta los sentimientos de rechazo o de cólera ante un paciente que requiere sin cesar nuestros cuidados. Pedir ayuda a un compañero para aliviar nuestra tensión y poder pensar en la manera de hacer frente a la situación sin enfadarnos con la persona.
- \* No dejarse llevar por la pena, la conmiseración, o los sentimientos de frustración que este tipo de personas despiertan. La persona sospechará entonces que no constituimos un buen apoyo y que podría hundirnos con él en su propia angustia.
- \* Es un error pedirle al enfermo ansioso que se controle o exigirle en demasía. La persona se siente indefenso, vulnerable y es presa del desconcierto, por lo que le resulta imposible responder adecuadamente a las demandas de su entorno. Tan solo la presencia de una persona comprensiva que, sin intentar dar respuesta a todas las incógnitas que plantean las personas, asegure a éstos su acompañamiento con una actitud de calma y neutralidad capaz de transmitir seguridad.

- \* No intentar tranquilizar al paciente dando explicaciones obvias o con una falsa actitud optimista. Frases como «eso no es nada... no tiene que preocuparse... enseguida estará bien», etc. sólo sirven para aislar, aún más, al paciente en su propia angustia. Es más adecuado manifestarle nuestra preocupación y el interés por mejorar su estado sin negar la situación de sufrimiento en que se encuentra, ni las dificultades que tendrá que afrontar hasta su recuperación.
- \* Evitar entrar en polémica con la persona sobre lo erróneo de sus apreciaciones con respecto a su estado de salud. Limitarse a señalar aquellas áreas de mejor funcionamiento y esperar que sea el mismo paciente quien gradualmente vaya corrigiendo estas ideas sobrevaloradas de indefensión, a medida que va disminuyendo su ansiedad. De esta manera ayudamos al paciente a recuperar la confianza en sus propios recursos.

### **El Mayor Con Trastornos Del Sueño**

Acompañando a cuadros de ansiedad, depresión u otras enfermedades orgánicas, y también como efecto secundario de diversos fármacos, se encuentra, con mucha frecuencia, el problema del insomnio. Pero, en el mayor no es necesario presentar otras dolencias para que el sueño sufra alteraciones. A partir de los 50-60 años se duerme menos y el sueño es de peor calidad, con despertares frecuentes y la sensación de no haber descansado suficiente o con la profundidad necesaria. También el patrón de sueño se ve alterado, con tendencia a dormir durante el día y estar desvelado por la noche.

Muchas veces, detrás de la queja de insomnio hay una problemática determinada: cualquier cambio en la rutina, preocupaciones por la salud, el temor a que sobrevenga la muerte durante el sueño, etc. Escuchar al paciente, dándole la oportunidad de comentar estas preocupaciones, será el mejor somnífero que podamos administrarle.

### **Actitud Ante La Persona Insomne**

Hay que supervisar el cumplimiento de medidas generales que faciliten el descanso nocturno:

- \* Evitar las siestas y «cabezadas» durante el día.
- \* Mantener alguna actividad (ejercicio, paseos...).
- \* Habituarse a un horario regular para levantarse y acostarse.
- \* Reducir o suprimir el consumo de café, té y alcohol.
- \* Cena ligera, al menos dos horas antes de acostarse.
- \* Explicar la menor necesidad de sueño con la edad.
- \* Asegurar unas buenas condiciones higiénicas en el dormitorio: temperatura, nivel de ruido, ropas limpias y secas, etc.
- \* Una infusión, o un vaso de leche caliente antes de irse a la cama, con una frase amable que demuestre nuestro interés en cuidar al paciente, es más efectivo que un fármaco, en aquellos casos en que el insomnio no es secundario a otro problema importante.



## El Mayor Con Ideas Delirantes

A lo largo de la historia, la patología delirante ha sido identificada con la «locura»; algo incomprensible y temible que se nutre de los temores más profundos que alberga el ser humano.

Las reacciones ante la «locura» han sido y son aún de rechazo, temor y distanciamiento. Por eso antes de atender a un paciente de estas características, debemos preguntarnos qué prejuicios o ideas sobrevaloradas tenemos sobre ello que puedan dificultar el acercamiento a este tipo de personas.

La vulgarización de términos psiquiátricos como «delirante...alucinante», etc., ha hecho que pierdan su sentido original, contribuyendo así a una mayor confusión.

Pasaremos, en primer término, a definir algunos conceptos fundamentales.

**Delirio:** Está formado por un conjunto de ideas que se caracterizan por ser:

- Falsas creencias.
- No basadas en datos suficientes de la realidad.
- Que se apartan de las creencias del grupo sociocultural de referencia y
- Que son irreductibles a la argumentación lógica.

Con frecuencia, se basa en percepciones correctas que son interpretadas de forma delirante. Por ejemplo: «sé que me persigue la mafia porque todos los días aparca el mismo coche en mi calle». Otras veces el delirio se nutre de intuiciones o revelaciones internas «he sido designado por Dios para salvar al Mundo...lo sé».

Los temas delirantes más frecuentes serían:

- Delirio de Influencia: de ser controlado por fuerzas externas (Rayos X, telepatía, corrientes, ondas etc.). Es característico de la esquizofrenia.
- Delirio de grandeza o megalomaniaco: creen tener poderes especiales o grandes riquezas.
- Delirio de persecución: La creencia de que alguna persona, grupo u organización persigue al sujeto con intenciones dañinas.
- Delirio de referencia: las personas, e incluso los medios de comunicación, están pendientes de él, hablan de él, le observan.
- Delirio centrado en aspectos corporales: cambio de partes del cuerpo, ausencia de órganos («no tengo intestinos»). Se da con frecuencia en depresiones graves. En el mayor se afectan de forma preponderante las funciones de nutrición y digestión. Aparecen preocupaciones centradas en el estreñimiento o ideas de estar «taponado» o achicado el tubo digestivo, que se vuelve incapaz de digerir, por lo que no es extraño que la persona se niega a comer o que niegue haber defecado.
- Delirio de celos: basado en la creencia irrefutable de la infidelidad de la pareja, obtenida por datos absurdos. Frecuente en alcohólicos.

**Alucinaciones:** Son falsas percepciones, o percepciones sin objeto, como escuchar voces de personas que no están presentes, o ver objetos que no ven los demás. Pueden afectar a todos los sentidos, pero las alucinaciones auditivas y visuales son las más frecuentes.

No hay que olvidar que la frecuencia de algún grado de pérdida sensorial en los mayores (disminución de agudeza visual, sordera) así como el aislamiento social, favorece o agrava la actividad delirante y alucinatoria. En estos casos, las medidas más adecuadas son las de suplir en lo posible los déficits sensoriales: elevar el tono de voz, evitar cuchicheos, acompañamiento de las personas, etc.

Las enfermedades psiquiátricas en las que con más frecuencia aparecen ideas delirantes son las psicosis (como la esquizofrenia, la paranoia y las maniaco-depresivas).

**Esquizofrenia:** Suele iniciarse en la adolescencia o adultos jóvenes, pero por tratarse de un proceso crónico, se manifiesta también en la vejez.

Esquizofrenia significa «mente dividida». En estas personas existe una disociación de la vida psíquica, que se traduce en fenómenos psicopatológicos que afectan el campo de la afectividad, el pensamiento, el lenguaje y la conducta.

El lenguaje se vuelve incoherente, con frases o palabras desconectadas entre sí («ensalada de palabras»).

La conducta es extravagante. Con frecuencia aparecen movimientos peculiares o extraños.

Pueden querer y odiar al mismo tiempo, ya que los sentimientos contradictorios coexisten al mismo tiempo en virtud de esta escisión. Sus afectos pueden ser discordantes o inadecuados a la situación. Otras veces predomina la frialdad afectiva; la persona se repliega dentro de sí mismo (Autismo), recreando en su interior un mundo propio, inaccesible para los demás.

Se sienten muy vulnerables, ya que los límites de su «yo» no están claros, por lo que se puede creer invadido por los demás. No es capaz de distinguir lo que acontece en el exterior de sus propias representaciones y emociones. Sus pensamientos los viven como ajenos a su voluntad, al igual que las sensaciones corporales o los afectos (delirio de influencia). La persona puede pensar que su úlcera de estómago está producida por una lanza u otro instrumento manejado por una voluntad externa.

Son frecuentes las alucinaciones auditivas: voces que hablan de la persona, comentan sus actos o lo insultan, y que se localizan «dentro de la cabeza». También alucinaciones corporales, en las que la persona se cree «torturado» o «poseído» por fuerzas externas.

**Paranoia:** La personalidad paranoica viene definida por los siguientes elementos:

- Orgullo.
- Rigidez.
- Falsedad de juicio.
- Susceptibilidad.

Son personas que sospechan de todos porque temen ser manipulados o perjudicados, están siempre con «la mosca detrás de la oreja». Estos rasgos se agravan en situaciones de estrés, como un ingreso o enfermedad coadyuvante, produciéndose una descompensación.

La persona paranoica se cree el centro de la malevolencia ajena; existen conspiraciones contra él o una persona u organización los persigue. Se sienten atacados por todo el mundo e interpretan cualquier señal como peligrosa o como prueba que confirma sus sospechas. Se sienten heridos con palabras o actos inofensivos que estiman alusivos a su persona y temen ser engañados o rechazados. Proyectan estos sentimientos en el exterior: es la sociedad quien es injusta o son los demás los que no le valoran en su justa medida.

Le resulta muy difícil ponerse en el lugar del otro o entender otro tipo de razonamiento que no sea el suyo. Toda su vida gira en torno a esta situación de «acoso» y de injusticia, resultándole muy difícil ocuparse de otros asuntos.

El delirio paranoico puede empezar en edades avanzadas, potenciado por los trastornos sensoriales o por el aislamiento social. Comienza por la vivencia de algo amenazante, que poco a poco va tomando cuerpo, y centrándose en las personas más cercanas (vecinos y familiares) en las que el mayor ve la causa de todos sus males. Interpreta sus dolencias o desgracias como producto del daño producido por otros a través de métodos más o menos extraños (corrientes eléctricas, ondas, conspiración para arrebatarse sus bienes, etc.). Con frecuencia la actitud del mayor es beligerante, reivindicativa, acude a los tribunales para denunciar a sus vecinos o se encierra en su casa huyendo de sus perseguidores.

### **Actitud Ante La Persona Delirante**

- \* Es preciso transmitir al paciente que estamos en disposición de escucharlo y hacer un esfuerzo por comprender sus vivencias, por muy extrañas que nos resulten.
- \* Mantener una actitud de respeto, reconociéndole su necesidad de privacidad y distancia. Señalar los aspectos más adecuados de su conducta.
- \* No entrar a discutir o rebatir las ideas delirantes con comentarios descalificadores. Reconocer que esas vivencias producen al paciente sufrimiento, e indicarle que las aceptamos, aunque no las compartimos. No responderle «eso es mentira». Simplemente decirle que no vemos las cosas como él las está viendo.
- \* Presentarse al paciente por el nombre y el rol profesional. Dejar claro nuestras funciones y explicitar lo que puede esperar del profesional y lo que no podemos ofrecerle.
- \* Facilitar un conocimiento apropiado del entorno y de las actividades en las que la persona debe colaborar, anticipándonos a sus dudas o suspicacias.



- \* Nunca seguirle la corriente. No hacer declaraciones engañosas para ganarnos su confianza. Debemos ajustarnos lo más posible a la verdad y exponerla con palabras claras. Si no sabemos cómo responder, es mejor el silencio que dar una respuesta inapropiada.
- \* Es preciso tomar conciencia del propio comportamiento para adecuar éste a las características de la persona. Por ejemplo: evitar palabras a media voz, cuchicheos, bromas, gestos de desaprobación o juicios de valor.
- \* Ayuda pensar que lo que mueve al paciente a estar irascible o desconfiado con el personal, no es la propia persona del cuidador, sino su temor a ser humillado o herido. Sus insultos o amenazas, no deben ser tomados como algo personal sino en función de estos sentimientos o como reacción a «agravios» pasados.

### El Mayor Confuso

La confusión es una alteración frecuente en el mayor, que indica habitualmente la existencia de algún desarreglo orgánico.

El término confusión significa «falta de claridad en el pensamiento». Es una situación en la que el mayor es incapaz de pensar con la claridad y coherencia acostumbradas. No es capaz de identificar el mundo exterior, la realidad en que se encuentra. Su lenguaje es incoherente, con frases inacabadas, preguntas que ponen de manifiesto su desorientación. Tienen dificultad para mantener la atención. Están desorientados en tiempo y espacio, no saben la fecha ni el lugar en el que se encuentran. Pueden confundir a personas conocidas, o creer reconocer a otras que no conocen (falsos reconocimientos). Tienen alucinaciones, sobre todo visuales, muchas veces amenazantes. Con frecuencia están agitados. Tienen alteraciones del ciclo sueño-vigilia (se dice habitualmente que tienen el sueño cambiado, porque duermen durante el día y están despiertos por la noche). Parecen estar viviendo una pesadilla.

Su inicio suele ser brusco. Su duración es transitoria, pudiendo recuperarse totalmente, si se trata adecuadamente y con rapidez. Los síntomas varían en intensidad a lo largo del día y empeoran por la noche. Es posible que la persona nos reconozca por la mañana, esté bien orientado y mantenga una conversación coherente, y los familiares o cuidadores que lo han atendido durante la noche, nos cuenten que la persona no ha dormido, y ha estado muy inquieto, diciendo incoherencias.

La confusión nunca forma parte del envejecimiento normal.

La confusión mental puede ser debida a numerosas causas: infecciones, tóxicos (alcohol), anemia, problemas cardiovasculares, problemas respiratorios, traumatismos, alteraciones metabólicas, medicamentos.

## Actitud Ante La Persona Confusa

- \* Establecer una buena comunicación. Mantener contacto visual y mediante el tacto.
- \* Informar al paciente de nuestra identidad (nombre, profesión), del lugar en el que está, de la fecha.
- \* Explicarle las actividades que vamos a realizar, y llevarlas a cabo con calma, transmitiendo tranquilidad.
- \* Explicarle el carácter patológico de sus alucinaciones, y su desaparición cuando se recupere.
- \* No dejarle aislado, pues aumentaría su confusión y temor.
- \* Tomar precauciones en caso de que la persona esté muy agitada o temerosa (riesgo de agresión, huida, defenestración).
- \* Mantener algo de luz por la noche para no aumentar su confusión. Mantener un ambiente tranquilo, sin ruidos.

## El Mayor Agitado

La agitación psicomotriz consiste en un aumento excesivo de la actividad, de una forma desordenada e inapropiada. Durante el estado de agitación, la persona puede mostrarse hostil con los familiares y cuidadores, romper objetos, arrancar las sondas o quitarse los sueros.

Con frecuencia, la agitación acompaña a los estados confusionales. También puede ocurrir en el curso de una demencia. Hay otras enfermedades psiquiátricas en las cuales se puede producir agitación psicomotriz, como en las psicosis, algunas veces en las crisis de ansiedad, y en la manía.

La manía es un trastorno afectivo, de características opuestas a la depresión. Las personas afectos de psicosis maniaco-depresiva alternan fase de manía con otras de depresión. La persona maníaca está eufórica, hiperactiva. Se comporta como una persona alegre, aunque muchas veces está irritable, sobre todo si se intenta poner límites a su conducta. Habla constantemente, en ocasiones de forma ininteligible. Cambia fácilmente de actividad, sin terminar ninguna. Puede tener ideas de grandeza, creyendo ser una persona muy rica o poderosa.

## Actitud Ante La Persona Agitada

- \* Considerar la conducta de la persona como un síntoma de su enfermedad.
- \* No ofenderse ante sus comentarios. No tomar sus críticas como una cuestión personal.



- \* Mantener una actitud firme y decidida, pero no agresiva. Establecer límites razonables.
- \* Transmitir sensación de seguridad y confianza. Atención a lo que transmitimos con nuestros gestos y actitudes no verbales.
- \* Escuchar al paciente y responder con sinceridad.
- \* No polemizar o discutir con la persona.
- \* Protegerle de los peligros de su comportamiento.
- \* No fomentar o responder a los comentarios o comportamientos «excesivos» de los enfermos maníacos (promiscuidad, alboroto). Es importante darse cuenta de la propia reacción ante ese comportamiento (por ejemplo: nos divierte, o envidiamos que pueda permitírselo).
- \* Dirigir la actividad de la persona hacia tareas constructivas (ejercicio, trabajos sencillos).
- \* Puede llegar a ser necesaria la contención física. Para contener a una persona agitada se necesitan 3 ó 4 personas. Una sostendrá las piernas por encima de las rodillas, otra los brazos por las muñecas, y una tercera persona los hombros. No hay que sujetarle por el pecho, pues se puede fracturar una costilla, ni presionar el abdomen. Hay que explicarle al paciente que la contención se realiza para evitar que se lesione o cause lesiones a los demás. No se debe amenazar con la contención como un castigo.

## EL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES

### 1. Marco Y Situación Actual

La baja natalidad y el aumento de esperanza de vida en nuestras sociedades no deja de crecer y con ello el número de personas mayores. Se calcula que en el año 2020 habrá más personas mayores de 65 años que niños, y en el año 2050 los mayores de 85 años sean el doble del número actual. Esta nueva ordenación demográfica de nuestra realidad va seguida de unos cambios muy evidentes en los itinerarios vitales de la gente, tanto en lo que respecta a sus necesidades como a sus demandas y expectativas. También el dibujo de las familias se ve alterado ante un nuevo marco social y su efecto se deja sentir en las relaciones de género, en la vivienda, en las opciones de ocio o en la movilidad.

En nuestro ámbito sociocultural los valores referidos al mayor en los últimos años han sufrido una profunda transformación, aparecen como un colectivo residual, unos seres en retirada, una carga inútil que no hay más remedio que soportar. Han pasado en poco tiempo de ocupar un papel protagonista en la dinámica familiar y social a otro irrelevante, indefinido y con escasa significación social. Resulta paradójico este comportamiento social con los mayores, cuando la inmensa mayoría aspiramos a la longevidad.

Es preciso poner freno a una situación que se torna cada vez más hostil hacia la figura del mayor y que se revela en la actualidad en forma de aislamiento, soledad, maltrato y abandono; y ordenar las cosas de una manera más lógica para que cuando las personas alcancen esas edades disfruten de una reconocida deferencia social donde nadie sea tratado como una zapatilla usada.

### 2. Concepto

El concepto, y los distintos tipos de maltrato en las personas mayores, se resumen en la **tabla 1**.

Es de destacar que el más frecuente es la negligencia, seguido del emocional, posteriormente el financiero, el físico, el abandono y, por último y más infrecuente, el sexual.

**Tabla 1. Concepto y tipos de maltrato en las personas**

<b>CONCEPTO</b>	<p>«Es una conducta destructiva que está dirigida a una persona mayor, ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad o frecuencia para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y/ o financiero de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida o violación de los derechos humanos y disminución en la calidad de vida de la persona mayor».</p> <p>«Todo acto u omisión sufrido por persona de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía, o un derecho fundamental del individuo, que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad, instituciones)». <i>Declaración de Almería.</i></p>
-----------------	---



### Tipos de maltrato

<b>Abuso físico</b>	Golpes, restricciones físicas, uso ilegal o innecesario de sujeciones, excesiva medicación.
<b>Abuso sexual</b>	Contacto sexual de cualquier clase sin consentimiento, hacer fotografías impúdicas sin consentimiento.
<b>Negligencia</b>	Falta de provisión de las necesidades básicas, en el aseo, alimentación, medicación...
<b>Abandono</b>	Desamparo del anciano por una persona que había asumido la responsabilidad de los cuidados. Incluye el abandono en las instituciones asistenciales, lugares públicos y vía pública.
<b>Económico</b>	Robo de dinero y propiedades, extorsión.
<b>Médico</b>	Referido a actitudes diagnósticas y terapéuticas debido a la edad y al coste. Atribuir síntomas a la edad, sin diagnóstico específico. Ignorar su presencia y hablar únicamente con el familiar que le acompaña.
<b>Emocional</b>	Falta de comunicación efectiva (p. ej., gritar sin saber la capacidad para sentir, etc.), desprecio, aislamiento, ignorancia, falta de provisión de estimulación psicológica, exposición a olores y ruidos desagradables.

### 3. Epidemiología

Se estima una prevalencia de entre 3 y 10%, con un aumento en los mayores de 80 años, aunque, una vez más y debido a la falta de detección, se desconoce el alcance.

El MPM afecta a los mayores de cualquier nivel socioeconómico, aunque se observa con más frecuencia en los estratos sociales más desfavorecidos.

Los principales implicados son los cuidadores y familiares (57% hijos, seguido de yernos/nueras hasta un 23%, y después el cónyuge, 8%).

Se calcula que lo padece hasta un 4% de la población mayor que vive en la comunidad y hasta un 35% de los institucionalizados.

Es el tipo de maltrato que menos atención ha recibido por parte de los profesionales públicos y de salud, así como de la sociedad.

Apenas se detecta 1 de cada 6 casos. A nivel sanitario la mayor parte de los casos detectados, lo son por el trabajador social, seguido del personal de enfermería y, por último, del médico (sólo un 2% de las denuncias de MPM son realizadas por los facultativos).

### 4. Motivos del Maltrato. Causas

Son variadas las causas del MPM.

El *aprendizaje social o de la violencia transgeneracional*: es lógico pensar que en un ambiente familiar-social de violencia, ésta se convierte en un recurso fácil y justificado ante cualquier exigencia del entorno. El mayor, como vimos, sufre por negligencia y falta de un entorno cálido, más que por maltrato físico. El aumento de la violencia en el entorno se comporta como una tolerancia de aquella negligencia.

El *estrés y/o el cansancio del cuidador*, que aparecen cuando los factores estresantes tanto externos (recursos sociales, familiares, enfermedades...), como

relacionados directamente con el cuidado, superan un determinado umbral para el cuidador.

La *psicopatología del maltratador*, con frecuentes trastornos de la personalidad, así como el consumo de sustancias tóxicas.

El *aislamiento*, tanto del mayor como del cuidador de sus entornos y actividades habituales, hasta el punto, muchas veces, de que el cuidador no se separa durante las 24 horas del día del anciano. Es importante la interacción regular con vecinos y amigos.

La *dependencia del mayor* es clave entre las causas, ya que cuando ésta aumenta existe un claro desequilibrio en el intercambio de refuerzos positivos, percibiendo el cuidador que el esfuerzo que realiza es excesivo para el beneficio, generando la ira. Enfermedades crónicas y alteraciones cognitivas son un factor de riesgo para el maltrato.

En general, se asocian en la génesis del maltrato, la dependencia del mayor y la falta de recursos económicos, sociales y familiares.

## 5. Falta De Detección. ¿Por Qué?

Existen varias razones y derivadas de cada nivel implicado.

- Rebasa los límites de la llamada violencia doméstica, y con frecuencia es el profesional el que lo ejerce.
- Grado importante de dependencia del cuidador o implicación emocional.
- Necesidad del anciano de permanecer en la casa familiar.
- Falta de conocimientos de la víctima.
- Dificultad para el registro.
- Actitud profesional y social ante los mayores.
- Anciano con actitud sumisa y aterrado para hablar.
- Incredulidad por parte de los profesionales.
- Miedo a descubrir o a enfrentarse al maltratador.
- Falta de conocimientos sobre procedimientos de denuncia del hecho.
- Temor del profesional a arriesgar la relación con el anciano y la familia.

## 6. ¿Cómo Podemos Aumentar La Detección?

Cuando queremos confirmar cualquier tipo de maltrato y hacia cualquier persona, lo más eficaz es preguntar directamente. Hasta que sean establecidos los diversos protocolos que aconsejen esa actitud, tenemos algunos signos o factores que nos pueden dar pistas, como el conocimiento del prototipo de la víctima o del maltratador, el conocimiento del ambiente familiar, los síntomas que nos aparecen en la consulta, etc. Lo que es evidente es que tenemos que pensar en ello, tenemos

que tener presente ante cada paciente que nos consulta, puede ser víctima de maltrato, sobre todo si existe el ambiente propicio.

En primer lugar, es importante conocer la **tipología de la víctima**. Suele ser mujer (que sufren el 75% del maltrato físico y hasta el 92% del financiero), viuda, mayor de 75 años, con dificultad o imposibilidad para la movilización y/o comunicación, deterioro cognitivo, incontinencia, con patrón previo de personalidad neurótica, en un ambiente de conflicto intergeneracional y aislamiento social.

Y, claro, también importante, la **tipología del maltratador**. Suele ser un sujeto dedicado a la víctima un período medio de 10 años, conviviente con él, con problemas económicos por desempleo, que sufre problemas mentales, como trastornos de la personalidad, depresión, frustración, consumidor de drogas o alcohol, con pobre comunicación previa con el anciano y aislado socialmente.

En el **ambiente familiar** en el que surge el maltrato habitualmente existen problemas familiares, presiones económicas, hacinamiento, aislamiento social, actitudes negativas hacia el envejecimiento, deseando la institucio-nalización del mayor.

La siguiente regla nemotécnica intenta puntualizar los factores más llamativos: S.A.V.E.D. **S**tress del cuidador, **A**lcoholismo en el entorno del mayor, **V**iolencia anterior entre agresor y víctima, **E**mociones que incapacitan al cuidador para soportar las cargas, **D**ependencia.

Los **síntomas** que nos alertan hacia un posible MPM son frecuentes en la población anciana, por lo que no es fácil la detección (malnutrición, deshidratación, inmovilidad, depresión, ansiedad...). Los principales indicadores del MPM son:

- *Maltrato físico y sexual*: magulladuras inexplicables, caídas repetidas, historia clínica incongruente con las lesiones, hematomas en diferentes estadios, fracturas múltiples, E.T.S., heridas o dolor en zona genital.
- *Negligencia y abandono*: apatía, depresión, mala higiene, malnutrición, deshidratación, úlceras por presión, mal cumplimiento terapéutico, aislamiento, sentimientos de inseguridad en el anciano.
- *Explotación financiera*: pérdida inexplicable de dinero y/o efectos personales del mayor, evidencia de que se han tomado bienes materiales a cambio de cuidados, preocupación del anciano por su estado económico.
- *Abuso psicológico*: depresión, miedo a los extraños, miedo a su ambiente natural, miedo a los cuidadores, baja autoestima, búsqueda de atención y afecto, cambio de carácter cuando está presente el posible agresor.
- Los familiares que infligen el MPM, cuando la víctima necesita ser hospitalizada, suelen mostrarse hipercríticos con el personal sanitario y los cuidados administrados, con conductas extremas, o de permanencia continuada en el centro o de falta de contacto. Intentan prolongar la estancia del paciente en el hospital, y cuando el mayor regresa a su domicilio pueden obstaculizar el acceso al personal médico.

En algunos casos, después de un examen exhaustivo del paciente, y según el tipo de sospecha diagnóstica, se solicitarán esas pruebas complementarias: Rayos X para descartar fracturas, TAC craneal para búsqueda de hematoma subdural, hemograma con coagulación para, en caso de hematomas, descartar defectos de coagulación, bioquímica para detectar anomalías nutricio-nales, análisis toxicológicos para detectar drogas, alcohol y nivel de fármacos.

El planteamiento de un cribado a esta población existe por parte de algunos grupos de estudio o asociaciones, como la América Medical Associaton (AMA), que recomienda que los médicos pregunten de forma rutinaria y directa sobre la existencia de maltrato, o la US Task Force (USTF) y la Cana-dian Task Force (CTF), que incluyen la detección del maltrato en sus programas de cribado. (Tabla)

Cuestionario para la detección del maltrato:

1. ¿Alguna vez alguien en su casa le ha pegado o hecho daño?
2. ¿Le han cogido cosas suyas sin su consentimiento?
3. ¿Alguna vez le han regañado o amenazado?
4. ¿Tiene miedo de alguien en su casa?
5. ¿Ha firmado alguna vez documentos que no comprendía?
6. ¿Está solo a menudo?
7. ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba?
8. ¿Alguna vez alguien le ha tocado sin su consentimiento?
9. ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que usted no quería?

## 7. Intervención Ante El MPM

La participación de un tercero en las relaciones puede romper el círculo de ciertas actitudes negativas, de las cuales, y en este caso, ni el anciano ni el cuidador son conscientes. Por ese motivo, y porque los servicios sociosani-tarios dan apoyo y llegan a conocer la estructura de las familias, consideramos que son éstos los servicios más adecuados en la intervención, y fundamentalmente los de Atención Primaria de salud.

Volvamos a las causas y visualicemos que el entramado de la demanda no es otro que:

- Reconocer el derecho del mayor a ser cuidado y atendido cuando está en situación de dependencia.
- Reconocer el derecho del cuidador a su propio trabajo, actividades sociales y ocio. El apoyo al cuidador es muchas veces el instrumento más eficaz en el maltrato, tanto en su prevención como en la actuación una vez que se ha cometido.

La única manera de poder ofrecer ayuda ante estas demandas, tan obvias pero extensas, es la **multidisciplinariedad** (médico, enfermero, psicólogo, trabajador social), así como, a otros niveles, la elaboración y cumplimiento de estrategias que ayuden a la prevención del MPM en la familia, la comunidad o en el centro en el que el mayor viva. Contactos con grupos de apoyo, servicios de atención domiciliaria, centros de día, tutelas por parte de servicios sociales, ayuda psicológica al agresor, aumento del acceso a la atención sociosanitaria integral a colectivos de mayor riesgo, aumento de denuncias, creación de unidades de registro, mejora de la visión del anciano por la sociedad, etc., son esenciales para la ayuda integral en situación de MPM.

En la consulta médica debe ser enfocada la actuación bajo cuatro aspectos:

*Atención al daño:* Entrevista con el anciano creando un clima de confianza y respeto, siguiendo los principios de honestidad, seriedad y confidencialidad que el problema conlleva. Es útil hacer referencia al tema para normalizarlo, que perciban que es un problema frecuente y que sabemos cómo podemos ayudarle. Hemos de creer en su relato, desculpabilizarle, dar un enfoque biopsi-cosocial del problema y no dejarnos caer en excusas de que «está mal de la cabeza» u otras que sirvan para senilizar su capacidad cognitiva. Exploración exhaustiva con valoración de las lesiones, que si son graves o son agresiones sexuales, obligará a la remisión del paciente al hospital, y si no, tras la atención inicial, será derivado al trabajador social. Siempre tenemos que registrar la valoración de las lesiones y la existencia de maltrato en la historia clínica.

*Valoración de la seguridad de la víctima:* según los daños que le han sido causados y la apreciación de la víctima de inseguridad. Son situaciones de alto riesgo, la progresión en la frecuencia y gravedad de las lesiones, posesión de armas en el domicilio y dificultades del anciano para pedir ayuda y/ o escapar; ante estas situaciones y dado que el anciano no va a tomar la decisión de salir de su domicilio, debemos plantear el ingreso hospitalario. Es importante la valoración del riesgo de homicidio y suicidio, ya que éste es muchas veces el fin de una situación insostenible de maltrato. La prescripción de ansiolíticos y antidepresivos ha de ser muy cuidadosa para evitar la disminución de la capacidad de reacción del mayor. Por último, poner en marcha recursos asistenciales de acogida.

*Comunicación del caso:* una obligación legal ante sospecha o información de terceros de maltrato físico o psíquico, e incluso con oposición de la víctima, es realizar el parte de lesiones, dar una copia a la persona maltratada (o no en caso de que perjudique su seguridad) y mandar una copia al juez.

*Informar al mayor:* una vez que hemos hablado, explorado, valorado la seguridad del anciano y realizado los informes oportunos, tenemos que informar al mayor de la situación, la evolución, las posibilidades de actuación, recursos, así como ofrecer la información necesaria para formular una denuncia si lo desea.

## 8. Mpm Institucionalizadas

El motivo de exponer este punto aparte en el texto es por la incongruencia entre el tema que nos ocupa (maltrato) y la justificación de la creación de residencias y

centros donde los mayores tendrían que sentirse atendidos, confortables (cuidados).

Existe un número de plazas de residencias en España de un 3%; lo ideal sería que se aumentaran hasta un 5%. Fueron creadas para los mayores para potenciar su independencia y seguridad, conseguir el equilibrio y seguridad psíquicos, respetar la intimidad individual y favorecer las relaciones sociales.

El internamiento en una residencia sin el consentimiento de la persona debería estar prohibido. Se puede solicitar con carácter de urgencia sanitaria si el enfermo o la integridad de los familiares está en riesgo vital, y se necesitaría una orden judicial.

La actuación preventiva sobre este nivel residencial, exige:

- Cumplir las normas de acreditación de centros y de seguimiento periódico.
- Exigir la incapacitación legal de los alojados con discapacidades mentales y con incapacidades manifiestas. Esta medida ayuda a evitar situaciones de abuso, malos tratos, abandono y explotación económica, ya que esta incapacidad legal jurídica conlleva el nombramiento de un tutor o responsable.
- Profesionalizar las direcciones de los centros.
- Exigir cualificación, formación y reciclaje del personal.
- Adoptar y seguir objetivos asistenciales geriátricos.
- Instaurar planes de cuidados individualizados.

**Tabla 8.2. Factores relacionados con el maltrato al mayor en**

<b>Factores dependientes del medio</b>	<b>Factores dependientes de los cuidadores</b>	<b>Factores dependientes del anciano</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Barreras arquitectónicas.</li><li>• Espacios poco hogareños.</li><li>• Deficiente conservación.</li><li>• Escasa dotación de personal.</li><li>• Ausencias de programas de rehabilitación, terapia ocupacional, asistencia social, etc.</li><li>• Ausencia de programas de atención individualizada.</li><li>• Falta de trabajo en equipo.</li><li>• Escasa variación de los menús, horario estricto de comidas.</li><li>• Sobre o infradosificación de medicamentos.</li><li>• Escasa o nula supervisión nocturna.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estrés, sucesos vitales, trastornos afectivos o de ansiedad.</li><li>• Falta de habilidades sociales y diferentes estrategias de afrontamiento.</li><li>• Sentimientos negativos respecto al envejecimiento. Infantilización en el trato a los mayores.</li><li>• Despersonalización del anciano.</li><li>• Ausencia de formación y reciclaje.</li><li>• Falta de directrices y objetivos en su trabajo</li><li>• Sobrecarga de trabajo por escasa dotación de personal.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alto nivel de exigencia.</li><li>• Mayor grado de dependencia.</li><li>• Falta de cooperación.</li><li>• Conductas negativas.</li><li>• Agresividad.</li></ul>



## LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN LA RELACIÓN DE AYUDA

La comunicación es un asunto interpersonal, pero público al mismo tiempo. Es un asunto que acontece directamente entre la persona mayor y el/la cuidador/a, y es un asunto que acontece también entre el/la cuidador/a y los recursos comunitarios. El/la cuidador/a en su función de ayuda configura escenarios de comunicación con el usuario del servicio, con los familiares del usuario, con el resto de profesionales de la empresa y con los recursos comunitarios, en general.

### *¿Qué Es La Comunicación?*

La comunicación supone un proceso de dar y recibir información. Este proceso implica la existencia de un emisor que tiene un mensaje (codificado) que envía a un receptor a través de canales de comunicación. El receptor decodifica el mensaje, provocando una reacción (respuesta) que va de nuevo al emisor en un proceso de feedback. Al comunicar pretendemos establecer algo "en común" con alguien; se trata de compartir alguna información, idea, actitud, valor, etc.

### *Nos Comunicamos Con El Comportamiento*

Nos comunicamos con comportamientos **verbales** y **no verbales**.

El comportamiento **verbal** es usado para comunicar ideas o dar información acerca de hechos personales o no, opiniones y actitudes, describir o expresar sentimientos, acuerdos o desacuerdos, hacer preguntas, pedir y demandar información, razonar y argumentar. Las palabras que se utilizan dependen del tema de la discusión, de la situación, del papel de los interlocutores en la situación y de los objetivos que se pretenden alcanzar.

El comportamiento **no verbal** resulta imposible ocultarlo. Tú puedes ocultar tus palabras, puedes decidir no hablar o no comunicarte verbalmente, sin embargo, resulta imposible no enviar mensajes a través de tu cuerpo o de tu rostro. Existen varias dimensiones del comportamiento no verbal: la expresión facial, la mirada, la postura, los gestos con las manos, la proximidad espacial, el contacto físico, las claves vocales (tono de voz, volumen, claridad, velocidad, énfasis y fluidez, etc.), la apariencia personal...

Un mensaje efectivo requiere que estos dos componentes –verbal y no verbal– sean consistentes, es decir, que el significado explícito del comportamiento verbal coincida con el significado implícito o matización del comportamiento no verbal.

Por último, existe la dimensión que denominamos "recompensante" o gratificante de la comunicación. Lo que decimos y hacemos cuando nos comunicamos son consecuencias y resultados que el interlocutor se encuentra cuando participa con nosotros en los escenarios de comunicación.

Cuando la comunicación no funciona el reto que debemos plantearnos es el de "cambiar guiones", es decir, cambiar de secuencias de interacción de modo tal que resulten más efectivas. Pero cambiar de guiones es tanto como introducir cambios en los comportamientos individuales presentes en la interacción.



Dada la naturaleza interactiva de la comunicación se plantea la necesidad del cambio de uno para que el otro cambie.

**Obstáculos Y Facilitadores De La Comunicación**

**Obstáculos en la comunicación:**

- Objetivos contradictorios.
- El lugar o momento elegido.
- Estados emocionales que perturban la atención, comprensión y recuerdo o acuerdo del mensaje.
- Acusaciones, amenazas y/o exigencias ("mensajes Tú")
- Preguntas de reproche.
- Declaraciones del tipo "deberías".
- Inconsistencia de los mensajes.
- Cortes de conversación.
- Etiquetas.
- Generalizaciones ("siempre..")
- Consejo prematuro y no pedido.
- Utilización de términos vagos.
- Ignorar mensajes importantes del interlocutor.
- Juzgar los mensajes del interlocutor.
- Interpretar y "hacer diagnósticos de personalidad" ("careces de motivación", "tu carácter te lleva a..." "quizás por la educación recibida te has convertido en una persona...", etc.)
- Disputa sobre diferentes versiones de sucesos pasados.
- Justificación excesiva de las propias posiciones.
- Hablar "en chino".
- No escuchar, etc....

**Facilitadores de la comunicación.**

- El lugar o momento elegido.
- Estados emocionales facilitadores.
- Escuchar activamente.
- Empatizar.
- Hacer preguntas abiertas o específicas.
- Petición de parecer ("¿qué se te ocurre que podríamos hacer?", "me gustaría conocer tu opinión sobre...", etc.)
- Declaración de deseos, opiniones y sentimientos con "mensajes Yo", ("me gustaría", "deseo", "no deseo", "me siento"...)
- Mensajes consistentes.
- Aceptación o acuerdo parcial con una crítica, objeción o argumento.
- Acomodación del contenido a las necesidades del interlocutor, objetivo, momento....
- Información positiva
- Ser recompensante
- Utilización del mismo código.
- Mención de conductas y observaciones específicas.
- Expresar sentimientos

## Un Modo Y Estilo De Comunicarse: La Autoafirmación Personal

El estilo con que nos comunicamos, es la carta de presentación para nuestro interlocutor. Podemos dar la impresión de inseguridad, altanería o agresividad, o podemos demostrar sinceridad, honestidad y firmeza. Según sea la imagen que des así va a reaccionar tu interlocutor. La mirada franca y serena y las firmes y honestas palabras, o sea, el estilo directo y asertivo para comunicarse, ejercen una influencia efectiva en nuestros interlocutores.

### Los Estilos No Asertivo Y Agresivo En La Comunicación Personal.

A veces, pensamos que la comunicación sólo puede transcurrir por dos únicas vías de acción o dos estilos de afrontamiento:

1º.- No decir nada sobre el comportamiento que nos molesta, evitar actuar por miedo a lo que pueda pasar, o abordar la situación de una manera poco directa: adoptando caminos o estrategias tortuosas que denotan temor e inseguridad al hacerlo. Esto sería un estilo inhibido o no asertivo.

2º.- Demandar un cambio inmediato en la conducta de tu interlocutor usando intimidación, sarcasmo o apelando a la violencia física o psicológica. Esto sería un estilo agresivo o intimidador.

Ambos estilos, el inhibido y el agresivo, suele ser dos caras de la misma moneda. Es decir, la persona que se inhibe en ciertas situaciones, puede, en otras situaciones, dar rienda suelta y con exageración a su irritación. Así, por ejemplo, la persona que en su trabajo puede ser de lo más comedida e inhibida, puede reaccionar en cada o con su familia como un/a tirano/a.

Tanto la persona con estilo inhibido, como agresivo se sienten sin control. Como consecuencia de ello, ambos estilos no suelen ser efectivos para lograr sus objetivos, suelen generar conflictos interpersonales y suelen también desarrollar una baja autoestima.

Pero hay una tercera elección. Existe un estilo de comunicación diferente. Un estilo que ayuda a los individuos a realizar sus objetivos interpersonales sin sacrificar las futuras relaciones. Este estilo se denomina asertivo. Actuar asertivamente significa que tú expresas lo que quieres y deseas, de un modo directo, honesto y en un modo adecuado que claramente indica lo que tú deseas de la otra persona, pero mostrando respeto por ésta. La aserción es el arte de expresar clara y concisamente tus deseos y necesidades a otra persona mientras eres respetuoso con el punto de vista de la otra persona.

Este estilo tiene también unas características propias. Suele mostrar un comportamiento firme y directo ya que su propósito es una comunicación clara y directa, sin ser ofensiva. Suele utilizar mensajes "Yo" (deseo, opinión, etc.) en los que se indica con claridad el origen personal, que no impositivo, de los deseos, opiniones o sentimientos. Suele utilizar una expresión social franca, postura relajada, tono de voz firme y un espacio interpersonal adecuado.



Estilo No Asertivo	Estilo Agresivo	Estilo Asertivo
<b>Comportamiento Verbal:</b>	<b>Comportamiento Verbal:</b>	<b>Comportamiento Verbal:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacilante: "quizás...", "supongo que...", "Ejem..., bueno..., quizás..., tal vez...", "no, si yo... quizás..., bueno...", "no..., no te molestes".</li> <li>- Con parásitos verbales: "Ejem..., yo..."</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impositivo: "tienes que...", "no te tolero...", "no te consiento..."</li> <li>- Interrumpe a los demás.</li> <li>- Da órdenes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Firme y directo: "deseo...", "opino que...", "me estoy sintiendo...", "¿qué piensas...?"</li> </ul>
<b>Comportamiento No Verbal:</b>	<b>Comportamiento No Verbal:</b>	<b>Comportamiento No Verbal:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postura cerrada y hundida de cuerpo.</li> <li>- Movimientos forzados, rígidos e inquietos. Se retuerce las manos.</li> <li>- Posición de cabeza a menudo hacia abajo.</li> <li>- Ausencia de contacto visual. Miradas bajas.</li> <li>- Voz baja. Tono de voz vacilante.</li> <li>- Movimiento con el cuerpo tendente a alejarse de los otros.</li> <li>- Puede evitar totalmente la situación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postura erecta del cuerpo y hombros hacia atrás.</li> <li>- Movimientos y gestos amenazantes.</li> <li>- Posición de cabeza hacia atrás.</li> <li>- Mirada fija.</li> <li>- Voz alta. Habla fluida y rápida.</li> <li>- Movimiento del cuerpo tendente a invadir el espacio del interlocutor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expresión social franca y abierta del cuerpo.</li> <li>- Postura relajada.</li> <li>- Ausencia de tensión muscular.</li> <li>- Movimientos fáciles y pausados.</li> <li>- Cabeza alta y contacto visual.</li> <li>- Movimientos del cuerpo y cabeza orientados hacia el otro.</li> <li>- Tono de voz firme.</li> <li>- Espacio interpersonal adecuado</li> </ul>
<b>Otras características:</b>	<b>Otras características:</b>	<b>Otras características:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deja violar sus derechos</li> <li>- Baja autoestima.</li> <li>- Pierde oportunidades. Deja a los demás elegir por él</li> <li>- Se siente sin control.</li> <li>- No suele lograr sus objetivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viola los derechos.</li> <li>- Baja autoestima.</li> <li>- Pierde oportunidades. Se mete en otras elecciones.</li> <li>- Se siente sin control.</li> <li>- Puede lograr algunos objetivos, pero dañando las relaciones (humilla...), por lo que no logra otros objetivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protege sus derechos y respeta los de los demás.</li> <li>- Logra sus objetivos sin ofender a los demás.</li> <li>- Se siente satisfecho consigo mismo. Tiene confianza en sí mismo.</li> <li>- Elige por sí mismo.</li> <li>- Permite a la otra persona saber que se le comprende y cómo te sientes</li> <li>- Establece su posición o lo que quiere con claridad.</li> <li>- Ofrece una explicación cuando es posible.</li> </ul>

## Comunicándose En Situaciones De Estrés

Muchos profesionales, se preguntan también a menudo cómo salir bien parados de algunas situaciones críticas y comprometidas en las que se ven inmersos en su tarea de ayuda y en los escenarios de la comunicación interpersonal. Son situaciones de estrés porque las perciben como amenazantes, porque piensan que rebasan sus recursos y ponen en peligro su bienestar, porque perturban emocionalmente y hacen, con frecuencia, perder el control.

Pero para que exista una experiencia de estrés no basta que existan situaciones o acontecimientos potencialmente nocivos. Lo que es nocivo y crea malestar a una persona, puede no serlo para otra. Como ocurre en todas las experiencias humanas ecológicas, lo que define una experiencia como estresante es una relación entre los acontecimientos de la situación por un lado, y el comportamiento, la historia personal y los recursos fisiológicos del cuerpo, por otra. Es esa relación específica la que define el estrés. Y esta relación específica vendrá definida conjuntamente por las características de la situación crítica, por tu estilo y habilidad de afrontamiento, por tus objetivos, por la importancia y significación que tenga para ti la situación y por la vulnerabilidad de tu organismo.

## Estrés Y Afrontamiento

Las fuentes de estrés nos afectan y ponen en marcha un proceso de afrontamiento en el que están implicadas todas las dimensiones del comportamiento y con el que tratamos de gestionar del modo más efectivo posible las demandas que las fuentes de estrés plantean. Suele requerir esfuerzos más o menos intensos y duraderos y un aumento de concentración y de vigilancia.

La metodología de afrontamiento del estrés que proponemos descansa, fundamentalmente, en las habilidades para la comunicación interpersonal y en la autoafirmación personal que depara el estilo asertivo de comunicación. Ellos son por sí mismos, recursos frente al estrés.

### ***Atención – percepción y afrontamiento del estrés.***

A veces, los acontecimientos críticos y amenazantes nos cogen desprevenidos y las alarmas de nuestro cuerpo y de nuestro comportamiento se disparan y se ponen a sonar ruidosa y súbitamente.

Las situaciones y acontecimientos críticos los percibimos como inminentes o sabemos que contamos con un tiempo de preparación para hacerles frente. En general, los sucesos predecibles nos resultan menos estresantes y aversivos que los que irrumpen sin previo aviso. Estos últimos nos pillan desprevenidos y vienen preñados de incertidumbre. Cuando recibimos información útil y señales que nos permiten ver venir y discernir el grado de amenaza de un acontecimiento, tenemos la oportunidad de prepararnos de antemano para el afrontamiento y control de la situación.

### ***También el cuerpo es sensible al estrés.***

En situaciones de estrés, nuestros sistemas orgánicos se activan y se ponen vigilantes, se aceleran incluso y nos ponen en condiciones para la acción, para el

esfuerzo y para poder, en definitiva, responder a las demandas de modo efectivo. Un torrente, más o menos intenso, de reacciones hormonales, musculares, nerviosas, vasculares y viscerales, determinan experiencias tales como taquicardia, sudoración, nervios en el estómago, temblor, inquietud motora, cefaleas, insomnio, respiración agitada, falta de apetito o voracidad, etc.

La persona que está discutiendo acaloradamente siente y observa sus palpitaciones, la sudoración en la palma de sus manos o el rubor de sus mejillas. Tiene ante sí dos opciones: o bien utiliza la etiqueta nº 1 o bien la etiqueta nº 2. En el primer caso es muy probable que al percibirse sin control aumente su ansiedad y afronte la situación con mayor dificultad y termine por descontrolarse. En el segundo caso, es muy probable que introduzca cambios en su modo de hablar y termine por afrontar mejor la situación.

Etiqueta nº 1	Etiqueta nº 2
"Ay, me estoy descontrolando, qué horror..."	"Estas sensaciones me avisan de que he de hablar más despacio y pararme a respirar"

En situaciones de estrés es posible encontrar emociones como enfado, ira, irritación, hostilidad, indefensión, depresión, miedo o ansiedad.

En las situaciones estresantes que afrontamos en la relación de ayuda, la comunicación interpersonal se va a ver templada o destemplada por las emociones y sentimientos.

El afrontamiento del estrés en esos casos está ligado, desde luego, a nuestro dominio de las habilidades de comunicación, pero además a nuestra habilidad para influir, a través de nuestros pensamientos, percepciones, fantasías y acciones, en las emociones, y para ejercer sobre ellas, cuando ya han hecho su aparición, un control que las haga benéficas y no perturbadoras.

### ***Guía para el autocontrol emocional***

Hay personas que saben que cuando alguien está "fuera de sí", no está en condiciones ni de escuchar, ni de hacer o recibir una crítica, ni de pensar, ni de acometer la solución de un problema. Estas personas han entrenado y aprendido el uso de la Guía para el Autocontrol Emocional.

- Si puedes, aprovisionate de antemano de información y recursos para conocer mejor la situación, reducirás la incertidumbre.
- Guía tu atención y tus percepciones hacia señales útiles y agradables y desatiende las señales perturbadoras.
- Date permiso para emocionarte. Recuerda que las emociones son señales de vida, y como estás vivo, y tienes derecho a sentirlas!. (Me estoy sintiendo incómodo con lo que me dice: es normal...)

- Dialoga amablemente contigo mismo y dote cosas que te relajen y te alienten en tus acciones de afrontamiento. (Creo que podré salir de esta; otras veces lo conseguí...)
- Párate a pensar en tus objetivos. Ellos son una luz que puede guiar tus pasos en la tormenta y oscuridad.
- Viaja con tu imaginación y transpórtate a los contextos que te evoquen experiencias y emociones placenteras.
- Háblale a tus músculos y relájalos. (¡Calma!. Respira profundamente y relájate)
- Expresa tus emociones de modo asertivo. (Cuando dices que no somos responsables, me siento incómodo...)

### ***Desarrollando autocontrol emocional***

- Entrénate y práctica. A hablar se aprende hablando, a andar, andando. El simple deseo de aprender a conducir no basta, hay que ponerse al volante. El "comprender" y el "darse cuenta" de lo que hay que hacer no es suficiente, hay que hacerlo.
- Puedes pasar un rato muy agradable escribiendo una lista de diálogos contigo mismo o monólogos para cada una de las fases de afrontamiento. Imagina una situación interpersonal con el usuario o con otras personas que tú consideras como estresante y que te hacen perder el control a menudo. Trata de identificar las señales y momentos críticos de la misma. Para cada uno de ellos (percepciones, pensamientos, emociones, acciones, resultados) escribe una frase de afrontamiento efectivo con lenguaje asertivo. Puede ser de utilidad, sobre todo en los primeros momentos de tu entrenamiento, hacer fichas con estas frases y tratar de aprenderlas de memoria para poderlas decir llegado el momento de la verdad.

Ejemplos, aunque son tus frases y tu lenguaje los que te guiarán mejor:

Esa cara que me está poniendo no es porque me vaya a comer... Piensa en tus objetivos y en lo que te está diciendo, deja en paz su cara.	¡Calma!, respira profundamente y relájate
Creo que podré salir de esta. ¡Otras veces lo he conseguido!. ¡No es tan difícil!	Estoy asustada, es verdad, me están amenazando, es normal tener miedo, pero sé como actuar en estas ocasiones y el miedo se me pasará
Sí... Está actuando injusta e incorrectamente ¡No voy a ser yo quien tenga la úlcera, sería del género tonto!..., Pues calma y relájate	Si ante un problema me angustio o me deprimó, entonces tengo dos problemas. Pues... ¡voy a ahorrarme uno!
Ha salido mal en esta ocasión. Bien, ¡no es una catástrofe! ¡voy a darme permiso! y voy a prepararme para la próxima ocasión. Lo único que voy a hacer es estudiar por qué salió mal. Será más útil	¡Qué bien, ha salido como esperaba! ¡Estupendo!

## EL "MENÚ" DE HABILIDADES

Este viene a ser como el conjunto de "nutrientes" básicos que alimentan, dan vida y desarrollan el proceso de la comunicación interpersonal.

Las habilidades han de estar orientadas por los objetivos y por las reglas de la situación.

Así pues, son dos tareas básicas las que hemos de realizar a lo largo de este Manual:

- Definir el "menú" básico de habilidades.
- Aprender a seleccionar las habilidades, en función de los requerimientos específicos de cada situación y utilizarlas.

Comencemos por definir el "menú".

### ***Escuchar Activamente***

#### ***¿Qué es?***

La habilidad de escuchar con comprensión y cuidado. Nos hacemos conscientes de lo que la otra persona está diciendo y de lo que está intentando comunicarnos. A través de ella "damos información" a nuestro interlocutor de que estamos recibiendo lo que nos dice.

Implica estar psicológicamente disponibles y atentos a los mensajes de nuestro interlocutor. Muchas personas parece que escuchan pero en realidad están distraídas, ocupadas con lo que van a decirte y les han pasado desapercibidas muchas cosas importantes.

#### ***¿Por qué y para qué?***

1. Porque te conviertes en una persona significativa y digna de confianza progresivamente a través de la habilidad de escuchar.
2. Porque la persona que se siente escuchada, se siente aceptada como persona.
3. Porque estás dando información a tu interlocutor de que le estás escuchando y le estimulas a continuar comunicándose.
4. Porque el escuchar bien nos informa de que estamos siendo entendidos y ayuda a desarrollar una relación positiva con éste.
5. Porque te puede permitir llegar al fondo de los problemas que pueden atormentar al usuario. Estos tienden a comunicar un problema solo a aquellas personas con las que se sienten escuchados.
6. Porque ser escuchado cuidadosamente suele provocar un sentimiento sumamente recompensante en quien está hablando o contando un



problema o confidencia, que promueve afiliación y respeto hacia el que escucha.

7. Porque si escuchas es más probable que te escuchen.
8. Porque neutraliza los conflictos y mejora el clima social.
9. Porque muestras un modelo de habilidad interpersonal que va a ser observado y posiblemente imitado.

## ***Resumir***

### ***¿Qué es?***

Es una habilidad "orientadora" del interlocutor y un componente importante de la habilidad de escuchar. Mediante esta habilidad informamos expresamente a nuestro interlocutor de que estamos recibiendo lo que nos está comunicando, al mismo tiempo que podemos también informarle de nuestro grado de comprensión, así como de la necesidad de mayor aclaración.

### ***¿Por qué y para qué?***

1. Porque mostramos interés por los que nos dicen e incentivamos a nuestro interlocutor a que siga comunicando.
2. Porque orientamos a nuestro interlocutor para que se esfuerce en clarificar sus mensajes en el caso de que no le estemos entendiendo correctamente.
3. Porque damos información a nuestro interlocutor de nuestra comprensión, por lo que contribuimos a que se sienta relajado y "a gusto" en la relación interpersonal.
4. Porque orientamos el proceso de solución de problemas y ayuda a nuestro interlocutor a desarrollar percepción de control sobre la situación.

## ***Hacer Preguntas***

### ***¿Qué es?***

Hacer preguntas es una habilidad utilizada para proveernos de información. Hacer buenas preguntas es una habilidad esencial para un consejero efectivo. Utilizamos también las preguntas para generar dudas o invitar a la reflexión a nuestro interlocutor.

Hay dos tipos de preguntas: abiertas y cerradas.

Las preguntas abiertas son exploratorias. Animán a la persona, a quien se hace a pensar sobre sus sentimientos y pensamientos, y son diseñadas para ayudarlo a explorarlos y clasificarlos. Habitualmente son respondidas con más de una o dos palabras.

Las preguntas cerradas por el contrario, usualmente se hacen para obtener información específica y pueden ser respondidas con un "sí" o un "no", o alguna otra respuesta específica de una o dos palabras.

## ***Ser Positivo Y Recompensante***

### ***¿Qué es?***

Es la habilidad para incentivar y motivar. A través de los incentivos –lo que mueve o moviliza a hacer algo- y resultados valiosos, es más probable que una persona repita aquellos comportamientos que han sido efectivos para conseguir dichos incentivos. Por otra parte, la persona que es recompensada suele sentir mejor, tolera mejorar las contrariedades, es más receptiva y suele estar más dispuesta a la negociación y al cambio. Implica acomodar las cosas de tal modo que se asegure que una conducta determinada vaya seguida de consecuencias que resulten agradables o gratificantes.

### ***¿Por qué y para qué?***

1. Porque te conviertes en una persona significativa y digna de confianza.
2. Porque aumentas tu capacidad para influir en el cambio y reducir las resistencias al cambio. A través de tu habilidad para ser recompensante, logras que tu interlocutor esté abierto y receptivo a tus mensajes.
3. Porque si eres recompensante te conviertes en un modelo atractivo, cuyos comportamientos serán atentamente observados y posiblemente imitados.
4. Porque suscitas en las personas a las que atiendes sentido de autoeficacia y autocontrol.
5. Porque elevas su autoestima.
6. Porque les das información útil de su eficacia personal. Proporcionas indicios sobre los resultados que con probabilidad tendrán en los sucesivos su comportamiento, y así les ayudas a ser previsores y a guiar su comportamiento.
7. Porque contrarrestas la tendencia a centrarse en los aspectos negativos de su personalidad y de su comportamiento, y pones de relieve sus "puntos fuertes".
8. Porque reduces en ellas y en quienes trabajan con ellas el sentido de desmoralización e indefensión.
9. Porque contrarrestas el efecto "profecía autocumplida" que deriva de los fallos cometidos.
10. Porque aumenta la motivación para el cambio.
11. Porque se reducen los esfuerzos y el tiempo requerido para el cambio, en la medida en que subrayas los comportamientos que están en la dirección deseada más que aquellos que obstaculizan el cambio o que van en la dirección opuesta a la deseada.
12. Porque muestras un modelo de habilidad interpersonal, la de ser recompensante, que será observado y posiblemente imitado.

## ***Enviar “Mensajes Yo”***

### ***¿Qué es?***

El “mensaje YO” es aquel que, como su nombre indica, se envía “en primera persona”. Este tipo de mensajes define el origen personal de los sentimientos que se sienten (“yo me siento mal”), como de las opiniones que se opinan (“opino que...”) y deseos y preferencias que se tienen (“me gustaría que...”). La esencia de este tipo de mensajes, al contrario que el “mensaje TÚ”, es saber hablar por uno mismo sin imputar o atribuir a tu interlocutor tus opiniones, tus sentimientos o los cambios de tu conducta. Es un mensaje sumamente respetuoso que expresa los sentimientos, opiniones y deseos sin evaluar o reprochar la conducta de los demás y facilita la expresión de las diferencias y del desacuerdo. Es un mensaje por tanto facilitador y persuasivo, al contrario que el “mensaje TÚ” que puede ser obstaculizador y generar “cerrazón” de nuestro interlocutor.

### ***¿Por qué y para qué?***

1. Porque cuando envías “mensajes Yo”, tus opiniones, deseos y sentimientos son más dignos de crédito y tienen mayor probabilidad de ser tenidos en cuenta. Ello es más importante aún por cuanto la tarea educativa plantea en el/la cuidador/a necesidades, problemas y dificultades que necesitan ser expresados.
  - El descuido en la ejecución de tareas, la falta de compromiso para cumplir los acuerdos adoptados y el incumplimiento de normas, las interferencias en las reuniones de trabajo, el incurrir en riesgos innecesarios, la falta de participación en los procesos de solución de problemas, etc., son comportamientos que pueden interferir con el adecuado desarrollo educativo del usuario del servicio y generar serios obstáculos a la tarea educativa en general.
2. Porque te inviertes de una actitud democrática y de respeto que incita al compromiso y participación.
3. Porque estás trabajando por convertirte en una persona significativa y digna de crédito para la tarea educativa. Los “mensajes Yo” propician la intimidad y hacen más accesible, cercana y transparente a la persona que los utiliza, una condición importante en la tarea educativa.
4. Porque tienes necesidades y problemas que no puedes resolver con la forma activa de escuchar ni ignorándolos. Has de tomar parte activa y tratar de lograr que tus necesidades sean satisfechas. Ello lo logras mejor si la expresión de tus sentimientos o los cambios que pidas lo haces a través de “mensajes Yo”.
5. Porque los “mensajes Yo” contienen tres criterios importantes para una confrontación eficaz:
  - Promueven o facilitan en nuestro interlocutor la disposición a cambiar.
  - No suelen implicar, o minimizan, evaluación negativa del interlocutor

- No dañan la relación
6. Porque muestras un modelo de habilidad interpersonal que será observado y probablemente imitado.

## ***Acuerdo Parcial Y Disco Rayado***

### ***¿Qué es?***

Es una habilidad de comunicación que implica escuchar activamente y empatizar, aceptando que los demás tienen también deseos y sentimientos y que pueden tener razones legítimas para hacernos las objeciones que nos hacen. Supone tanto como "dar cancha" explícita a las opiniones, deseos, sentimientos y objeciones de nuestro interlocutor.

La extensión del acuerdo puede ir desde el reconocimiento de que al otro le asisten razones y motivos para hacerte la objeción, sin que tú las tengas que hacer necesariamente tuyas, hasta estar completamente de acuerdo con ellas ("acuerdo total").

En ambos casos, puede interesarte muy a menudo persistir en la expresión de tus objetivos, deseos y sentimientos como un "disco rayado" con "mensajes Yo", después de haber expresado el acuerdo parcial o total.

### ***¿Por qué y para qué?***

El acuerdo parcial, en combinación o no con el disco rayado presenta varias ventajas para la comunicación y la solución de problemas:

1. Nos ayuda a pensar que "nadie es perfecto", que los fallos no son una catástrofe para la autoestima, que uno ha podido equivocarse, y por lo tanto la crítica u objeciones que recibe pueden estar justificadas. Y que aún así, sigo teniendo derecho a defender mis objetivos, deseos y sentimientos.
2. Evita la pérdida de tiempo y el desgaste emocional que produce el continuar discutiendo sobre temas ajenos a los objetivos de los interlocutores.
3. Quien hace una crítica, objeción o reproche lo hace a veces para ponerte a la defensiva y desviar la atención de tus objetivos. Si tu interlocutor descubre que esta estrategia no funciona, es menos probable que la siga utilizando.
4. Cuando con el acuerdo parcial escuchas y reconoces la objeción o la crítica, tu interlocutor se da cuenta de que le escuchas y probablemente ya no se vea tan obligado a repetírtela una y otra vez, y además tendrá la satisfacción de que su mensaje ha sido recibido.
5. Cuando escuchas con atención las objeciones de los interlocutores, los entrenas en una habilidad para su desarrollo: expresar opiniones y criterios personales, defenderlos y aceptar que no siempre son compartidos. Combinar acuerdo parcial y disco rayado es una manera de ayudarles a pensar.

## ***Dar Información Útil***

### ***¿Qué es?***

Dar información útil es proveer a un interlocutor de información acerca de su propio comportamiento con el objetivo de promover comportamientos que están siendo eficaces y efectivos, bien, para modificar aquellos que no lo son. Se denomina también retroalimentación o feedback.

Una retroalimentación ha de reunir una serie de condiciones para ser útil. Ha de ser:

- Positiva
- Específica
- Oportuna
- Orientada al presente y al futuro.

### ***¿Por qué y para qué?***

1. Porque con relativa frecuencia, el/la cuidador/a, se dirige al usuario para darle información acerca de la ejecución de sus tareas y de sus comportamientos en general. La información que tú les proporcionas es una consecuencia y un resultado de lo que acaban de hacer, y ya saber cuánto influyen los resultados en el aprendizaje.
2. Porque las "ejecuciones y comportamientos más opacos emiten algún resplandor". Es decir, cualquier ejecución contiene aspectos que son mejorables pero también contiene aspectos que son merecedores de reconocimiento.
3. Porque enfatizar la información positiva estimula el cambio y el aprendizaje. Si un usuario ha realizado una tarea en la que le resulta difícil detectar algún destello, este estará más dispuesto para recibir las sugerencias de cambio y de mejora si está con la "ostra abierta". Y la "ostra" se suele abrir con relativa facilidad si comenzamos informándole de aquellos aspectos que son dignos de reconocimiento.

## ***Ayudar A Pensar***

### ***¿Qué es?***

Es una habilidad que tiene por objetivo facilitar en nuestro interlocutor procesos de autorreflexión. Presupone la habilidad de saber hacer preguntas y pretende promover autopreguntas en nuestros interlocutores acerca de la naturaleza de la tarea y sus reglas, las consecuencias y los objetivos... Dicho en otros términos, es facilitar que nuestro interlocutor se haga preguntas como las siguientes: ¿qué estoy haciendo?, ¿por qué lo estoy haciendo?, ¿qué pretendo?, ¿qué pasaría si lo hago?, ¿qué ocurriría si no lo hago?, ¿qué me preocupa?, ¿por qué?, ¿cómo influye lo que hago en los demás?, etc.

### *¿Por qué y para qué?*

1. Porque la socialización implica un cierto nivel de "descentración" personal. Supone "pensar en el otro" y, por tanto, implica valorar y anticipar las consecuencias de nuestro comportamiento en nuestro entorno social e interpersonal.
2. Porque muchos comportamientos denominados "impulsivos" surgen por un déficit de procesos de autorreflexión.
3. Porque nos gustaría que muchos usuarios fueran más autónomos, que tomaran las riendas de su vida, que fueran previsores y pensaran en las consecuencias de su conducta.
4. Porque muchas dificultades de adaptación de los usuarios, están asociadas a la habilidad de éstos para preguntarse por sus objetivos, reglas y normas, y consecuencias futuras de sus actos.
5. Porque el proceso de solución de problemas está estrechamente ligado a la habilidad de "pensar" y "preguntarse".
6. Porque el error y el fracaso interpersonal es una fuente de aprendizaje, a condición de que se reflexione sobre ella.

### *Hacer Reír*

#### *¿Qué es?*

Es una habilidad que tiene por objetivo, como su nombre indica "hacer reír" a nuestro interlocutor. Implica desarrollar la ironía no hiriente y el sentido del humor en general.

#### *¿Por qué y para qué?*

1. Porque el sentido del humor es un amortiguador del estrés.
2. Porque muchos conflictos interpersonales surgen por tomar demasiado en serio y exagerar la importancia de las pequeñas o grandes contrariedades que aparecen en el seno de las mismas.
3. Porque muchas situaciones interpersonales difíciles y comprometidas dejan de serlo cuando introducimos el sentido del humor.
4. Porque el humor es un método económico para pasarlo bien y hacer recompensantes los escenarios de la comunicación.
5. Porque contribuye a desarrollar un cierto distanciamiento objetivo de los problemas.

## ***Elegir El Lugar Y Momento Adecuado Y Preparar La Situación***

### ***¿Qué es?***

Es una habilidad de comunicación que pretende, como su nombre indica, seleccionar o preparar el lugar y momento oportuno para comunicarse. Implica saber captar señales críticas de las reglas de la situación que indiquen la oportunidad o inoportunidad de la comunicación y diseñar el ambiente de tal modo que resulte fácil comunicarse. Es una habilidad inherente a cualquier habilidad básica del "menú". Saber escuchar implica cuándo saber escuchar, saber hacer preguntas implica cuándo hacer preguntas y así... Saber utilizar las habilidades del "menú", implica saber identificar el momento y lugar adecuados y saber preparar la situación para decidir cuándo y cómo utilizarlas.

### ***¿Por qué y para qué?***

1. Porque muchos conflictos y problemas se generan por ser inoportunos, porque elegimos o eligen el peor momento y lugar para expresar algo.
2. Porque el escenario de comunicación interpersonal no acontece al margen de las reglas de la situación. Y existen multitud de situaciones que imponen condiciones severas al modo de comunicarse de los interlocutores.

## **COMO DECIR "NO"**

Algunas personas tienen dificultades para decir "NO". Por esta razón, puede ocurrir que estas personas accedan frecuentemente a las demandas y peticiones de otras personas, sin realmente desear hacerlo, o bien que ofrezcan excusas variadas relacionadas con su incapacidad para satisfacer las peticiones de otra persona, cuando la verdadera cuestión es que no quieren acceder a ellas. Por el contrario, hay personas que pueden ser hostiles y agresivas al rechazar una petición.

Saber decir no es importante cuando la persona mayor a la que se está cuidando realiza peticiones excesivas o poco adecuadas a las que no se desea o se debe acceder. Es importante saber decir no para poner límites al cuidado.

### ***Antes De Rechazar Una Petición Hay Que Asegurarse De Que Entendemos Lo Que Nos Piden.***

Los rechazos de peticiones deben acompañarse de razones y no de excusas. Se dan razones cuando si éstas cambiasen cambiaría la respuesta. Sin embargo, estaríamos ante una excusa si aunque no estemos ocupados seguiríamos diciendo que "no" (y esto ocurre por "estoy ocupado" es una excusa y la verdadera razón es otra, por ejemplo "no me apetece"). Las excusas se pueden convertir en trampas: la persona que hace la petición podría preguntar "¿cuándo estarías disponible?".



### ***Como Decir No: Recomendaciones Paso A Paso***

- \* Escuchar, hacer precisar la demanda si fuese necesario (escucha activa)
- \* Verbalización directa y precisa de la respuesta
- \* Disco rayado (repetir lo mismo cuantas veces sea necesario, de manera cada vez más amable y cortés)
- \* No derivar, no justificarse.
- \* Autorrevelación (manifestar sentimientos, pensamientos o comportamientos propios y en primera persona)
- \* Búsqueda de alternativas y compromiso
- \* Terminar efusivamente

### ***Cómo No Rechazar Peticiones:***

**De manera pasiva:** implica generalmente aceptar la petición cuando no se desea o rechazarla de manera poco clara y directa, con excusas ("ahora no puedo"), con vacilaciones, o derivando ("si no es que no te quiera, es que...")... que puede provocar que la persona que hace la petición siga insistiendo pues no encuentra un rechazo claro a su demanda o encuentra excusas:

**De manera agresiva,** pues puede dar lugar a que la persona que hace la demanda responda también de manera agresiva, o tratando de culpabilizar.

## **COMO ANALIZAR EL TRABAJO SIN HERIR A LOS DEMÁS**

### ***¿Para Qué Criticamos?***

Muchas veces en el desempeño de tu trabajo te habrás visto obligado a realizar una crítica a un subordinado, a un miembro del equipo que dirige o a un compañero. Pero ¿cuántas veces has conseguido lo que pretendías?

A la hora de realizar una crítica, se suele tener como objetivo solucionar una situación o actitud que en el momento actual es origen de tensión en el entorno de trabajo o que no permite alcanzar los objetivos previstos con anterioridad. Sin embargo, con frecuencia los resultados de la crítica realizada no sólo no llevan a la solución deseada, sino que logran deteriorar, aún más, tanto el ambiente de trabajo como la situación o actitud que originaron la crítica.

¿A qué ha sido debido? Probablemente a que tanto quien emite la crítica como quien la recibe no han seguido las pautas adecuadas para hacerlo. Para iniciar el camino correcto hay que empezar por pensar en la crítica como una oportunidad para que se produzca un cambio positivo.

### ***Cómo Realizar Una Crítica. Consideraciones Generales.***

Para que se produzca la mejoría esperada debemos tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- \* Comprender que todos podemos cometer errores y que esto no sólo es humano sino también frecuente. Así se adoptará una actitud más comprensiva y tolerante.
- \* Evitar realizar comentarios que humillen o ridiculicen a la persona.
- \* Concretar la situación o causa de la crítica (por ejemplo, "Cuando el viernes pasado no entregaste la documentación a tiempo..."), evitando generalizaciones o imprecisiones del tipo "siempre te escaqueas", "eres un vago", "vas pisando a los demás".
- \* Enunciar de forma precisa y basándose en los hechos objetivos (que se puedan demostrar) cual ha sido el problema que origina la crítica, sin realizar valoraciones subjetivas al respecto, y ofreciendo soluciones o pautas sobre como cambiar. Consiste en que la otra persona comprenda exactamente cual es el comportamiento que debe cambiar, y como debe hacerlo. Tampoco se debe hacer un recordatorio de críticas realizadas en situaciones anteriores, sino en todo caso enunciar la solución que se acordó en la última charla y que no se ha llevado a cabo (por ejemplo "Recuerdas que quedamos en que ..." ).
- \* Realizar la crítica sólo si el comportamiento a actitud que lo generaron pueden ser modificados. En caso contrario no tiene sentido realizar la crítica, pues sólo suscitará sensación de impotencia en la persona que la recibe. Así mismo si usted es su jefe quizá pueda crear las condiciones oportunas para que el cambio tenga lugar, por ejemplo, si la crítica es a una persona que tarda demasiado tiempo en encontrar los documentos que se le piden, le puede preguntar que necesitaría para que no volviera a pasar y en el caso de que pida un par de días para ordenar los documentos, dárselos.
- \* Elegir adecuadamente el momento y escenario en el que se realiza la crítica, de forma que se reúnan las condiciones propicias para que la crítica sea aceptada. Si la persona está ese día de mal humor o hay terceras personas delante, será mejor posponer el momento y crear la situación adecuada (por ejemplo invitándole a pasar a un lugar reservado, o a tomar un café), respectivamente. También conviene avisarle con frases como "tengo que hablar contigo de un tema importante", "tengo que tratar contigo un tema que me preocupa", etc.
- \* No hablar por los demás sino que usted debe responsabilizarse de la crítica que está haciendo hablando en primera persona (por ejemplo, "me molesta que llegues tarde porque eso afecta al funcionamiento del servicio" en vez de "tus compañeros se quejan de que llegas tarde a trabajar").
- \* También puede aumentar la probabilidad de que su crítica sea aceptada reconociendo que usted ha cometido errores semejantes en situaciones similares, pero que ha aprendido a responder de forma adecuada.

- \* Como usted conoce a la persona que va a recibir la crítica, anticipése a sus posibles respuestas elaborando una variedad de alternativas de respuesta. Esté preparado.
- \* Convertir la solución en un objetivo para dicha persona con frases como "yo sé que la próxima vez vas a consultarme antes, pues conozco tu gran interés porque se lleguen a alcanzar los objetivos del servicio", o "me alegro de haber aclarado esta situación ya que la próxima vez sabrás como solucionar el problema de forma eficaz, que es como a ti te gusta hacer las cosas".
- \* Mantener un tono de voz tranquilo o si es necesario firme, y unos gestos coherentes con dicho tono de voz, incluso en los momentos más difíciles.
- \* Si la persona no le deja formular su crítica y empieza a poner objeciones, intente tranquilizarla y explicarle el propósito positivo que tiene su acción. Muéstrese de acuerdo con ella en parte o todo lo que dice y exprésele su reconocimiento en otras facetas. Todo ello encaminado a que deje aparte sus recelos y escuche lo que usted realmente le va a decir, y no malinterprete sus palabras simplemente por el miedo que a todos nos producen las críticas.

### *Pasos A Seguir*

En primer lugar hay que analizar bien la situación y valorar si la persona pudiese haber actuado de otra manera. Después hay que pensar en qué objetivos se pretenden lograr al realizar la crítica, lo que guiará la forma en que finalmente se realice para que sea aceptada por el interlocutor. Para ello seguiremos los siguientes pasos:

1. Defina previamente los objetivos que pretende lograr
2. Describa el problema
3. Exprese sus sentimientos en primera persona
4. Sugiera o pida cambios en primera persona
5. Agradezca la aceptación de la crítica
6. Elogie su comportamiento si en la próxima situación ha cambiado en el sentido que usted le indicó, o no se ha vuelto a producir el problema

Por supuesto, este orden no es, ni mucho menos, estricto; y cada uno, dependiendo de la situación concreta y su estilo personal, puede alterar su orden, aunque sí es importante que se pase por todos ellos. Como cualquier técnica que se pone en marcha ésta necesita práctica hasta que se llega a dominar.

Las primeras veces es probable que sólo consigas aplicar parcialmente lo que hemos venido explicando, pero con el tiempo seguro que llegas a comunicar de manera eficaz las críticas, por lo que en tu trabajo se te respetará y valorará más. Sabrás que lo has hecho bien cuando tras la conversación no te quede sensación de tensión o ansiedad y termines ese tema según se va la persona por la puerta, sin tener que dar más vueltas al asunto.

## COMUNICACIÓN CON PERSONAS CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

### Tipos De Comunicacion:

- \* Verbal (lenguaje, idioma, palabras, conceptos...)
- \* No verbal (gestos, lenguaje corporal, expresión de la cara, tacto, tono de la voz)

### Problemas En La Comunicación Verbal Con Pacientes Con Demencia

- Tiene dificultad en expresar sentimientos internos.
- No responde adecuadamente a la lógica ni a la razón.
- No sigue el pensamiento racional.
- No puede seguir instrucciones complicadas.
- Tiene dificultad en elegir entre varias posibilidades y en tomar decisiones.
- No comprende pensamientos abstractos o conceptos.
- No recuerda lo que se acaba de decir.

### Causas:

a) La memoria del paciente está alterada.

b) Puede estar desorientado en espacio/ tiempo/ persona.

c) No puede almacenar recuerdos nuevos.

d) Problemas en hacerse entender;

- Tienen problemas en pensar qué decir.
- Tardan más de lo normal en procesar la información.
- Dificultad en encontrar la palabra: sustituyen la palabra por otra que suena similar (anillo por pitillo), sustituyen la palabra por otra que tiene un significado parecido (cosa para tocar por guitarra), o describen el objeto que no saben nombrar.
- Algunos enlazan palabras correctamente pero lo que dicen no tiene ningún sentido.
- Algunos empiezan a utilizar palabrotas que no habían usado nunca.
- A veces sólo recuerdan unas pocas palabras que usan para todo aunque no quieran decir lo que expresan, o repetir las últimas palabras de lo que se les ha dicho.
- Pueden repetir una sola frase, dar gritos intermitentes, mascullar sonidos sin sentidos o no decir nada.

### Consejos para hacerse entender.

- 1- Si la persona tiene dificultades en encontrar la palabra, suele ser menos frustrante para él si se la proporcionamos.
- 2- Cuando no sabemos a qué se refiere pidámosle que nos lo describa o que apunte hacia donde está.
- 3- Si la persona se pierde en el medio de lo que estaba diciendo, repitámosle las últimas palabras que dijo para que retome el hilo.
- 4- El enfermo con demencia se comunica mejor cuando está relajado. Trate de estar tranquilo usted también y de crear un ambiente calmado.

#### e) Problemas para comprender:

- No puede seguir conversaciones difíciles.
- Tiene problemas para seguir conversaciones rápidas.
- Es incapaz de detectar el humor o el sarcasmo.
- No es capaz de seguir indicaciones.
- No entiende el significado de las palabras (lee un cartel de "precipicio" pero sigue andando).
- No se da cuenta de que se le está hablando.

### Consejos para comprender.

- 1- Asegúrese de que le escucha. Si no oye bien utilice audífonos.
- 2- Utilice el tono de voz más bajo posible.
- 3- Elimine ruidos o actividades que la distraigan.
- 4- Use frases lo más cortas y simples posibles.
- 5- Haga las preguntas de una en una y si es posible no de más de dos posibles respuestas.
- 6- Si repite las preguntas, hágalo de la misma manera.
- 7- Pídale que haga las cosas de una en una.
- 8- Háblele despacio y espere con paciencia si tiene que haber respuesta.

### Comunicación No Verbal

"Del mensaje que se quiere transmitir, el 38 % se realiza por el tono y modulación de la voz, el 55 % a través del lenguaje corporal, y sólo el 7 % en el contenido" (Personal Report for Executive, August 15, 1989).

### Consejos De Comunicación No Verbal:

- 1- Intente estar agradable, calmado y colaborador. Identifíquese por su nombre y llame a la persona por su nombre.

2- Sonría, coja a la persona de la mano, pase un brazo alrededor de su cintura, o exprésele cariño de algún otro modo físico.

3- Acérquese a la persona de frente. Mírele directamente a los ojos y mantenga el contacto durante la conversación. Compruebe si le está prestando atención. Si no vuelva a intentarlo en unos minutos. Es mejor que forzar a la persona a hablar.

4- Intente otro tipo de señas además de las palabras; señale hacia los objetos de los que hable, déle las cosas para que las toque, represente lo que quiere que haga o imítelo con las manos. A veces empiezan mejor a hacer lo que ven como se hace que al intentar explicárselo.

5- No busque explicaciones complicadas para el comportamiento de su ser querido. La persona con esta enfermedad no puede procesar la información correctamente y experimenta el mundo de manera completamente diferente a como lo hacemos nosotros.

6- Refuerce lo positivo y minimice los errores.

7- Responda y comprenda los sentimientos que expresa el enfermo, que puede ser diferentes de las palabras que está diciendo.

8- Trate al enfermo como un adulto y no como un niño.

9- Incluya al enfermo en sus conversaciones y no hable de él en su presencia como si no estuviera.

**AUN CUANDO UNA PERSONA ESTA TOTALMENTE PERDIDA Y ES INCAPAZ DE HABLAR, TODAVIA NECESITA Y DISFRUTA DEL CARIÑO. COGERLE DE LA MANO, ABRAZARLO O SIMPLEMENTE SENTARSE AL LADO SUYO ES UNA MANERA MUY IMPORTANTE PARA SEGUIR COMUNICANDOSE CON EL. LOS CUIDADOS FISICOS QUE SE DAN A UNA PERSONA INMOVILIZADA LE MUESTRAN QUE TODAVIA LES IMPORTA Y LE QUIEREN.**

## LAS PALABRAS MÁS IMPORTANTES EN LAS RELACIONES HUMANAS

1. Las seis palabras más importantes: ADMITO QUE EL ERROR FUE MÍO.
2. Las cinco palabras más importantes: HAS HECHO UN BUEN TRABAJO.
3. Las cuatro palabras más importantes: ¿CUAL ES TU OPINIÓN?
4. Las tres palabras más importantes: HAZME ESTE FAVOR.
5. Las dos palabras más importantes: MUCHAS GRACIAS.
6. La palabra más importante: NOSOTROS.
7. La palabra menos importante: YO.

## LOS DIEZ MANDAMIENTOS DE LAS RELACIONES HUMANAS.

1. Habla con las personas. Nada hay tan agradable y animante como una palabra de saludo cordial, particularmente hoy en día que tanto necesitamos de «gestos amables».
2. Sonríe a las personas. Recuerda que para mover la cabeza ponemos en acción 72 músculos y que para sonreír nos basta con movilizar 14.
3. Llama a las personas por su nombre. Para casi todos, la música más suave es oír su propio nombre.
4. Sé amigo y servicial. Si quieres tener amigos, sé amigo.
5. Sé cordial. Habla y actúa con toda sinceridad: todo lo que hagas hazlo con gusto.
6. Interésate sinceramente por los otros. Recuerda que sabes lo que sabes, pero que no sabes lo que otros saben.
7. Sé generoso en elogiar y cauteloso en criticar. Los líderes elogian. Saben animar, dar confianza y elevar a los otros.
8. Aprende a captar los sentimientos de los demás. Hay tres ángulos en toda controversia: el tuyo, el del otro y el del que sólo ve lo suyo con demasiada certeza.
9. Preocúpate de la opinión de los otros. Tres son las actitudes de un auténtico líder: oír, aprender y saber elogiar.
10. Procura aportar los buenos servicios que puedes hacer; lo que realmente vale en nuestra vida es lo que hacemos por los demás.



## LA ENTREVISTA EN TRABAJO SOCIAL

### Tipos De Entrevista:

- Entrevistas no dirigidas: No están estructuradas y se utilizan con fines exploratorios.
- Entrevistas Intensivas o en profundidad: Se estructuran de forma ordenada, pero con flexibilidad.
- Entrevistas por medio de cuestionario estandarizado: Permite la comparación y cuantificación.
- Entrevistas orales o escritas: Depende de si se realizan por medio de cuestionario o por medio de un entrevistador.
- Entrevistas individuales o de discusión en grupo: Según si son en grupo o individuales.

### La Entrevista En Trabajo Social:

Es un tipo de entrevista, abierta, que intenta el conocimiento psicosocial del cliente, posibilitando una intervención posterior.

La función del T.S. es la de intentar comprender la situaciones que se le plantean a fin de ayudar al usuario a considerar y relacionar los elementos que intervienen en su problema y ayudarlo a descubrir recursos tanto personales como sociales.

### *La entrevista es una relación:*

La entrevista es una relación interpersonal que establecen trabajador social y usuario a partir de una demanda del usuario.

La relación profesional funciona como una "gestalt", es decir, no una suma de actividades o elementos separados. Las actitudes del T.S. en la relación pueden ser:

- Feed-back: Se trata de una retroalimentación constante entre el entrevistado y el entrevistador. Comprender lo que está ocurriendo e intercambiar impresiones.
- Setting: Conducir la entrevista hacia el objetivo de comprensión de ayuda para saber que se puede ofrecer al usuario en función de sus necesidades.
- Acogida: Dar información, que el usuario o entrevistado se sienta "bien tratado".
- Timing: Que el entrevistador se adecue al ritmo del cliente.
- Punto óptimo: Se trata de que el usuario comprenda el mensaje que el trabajador social quiere, esto es que se centre en los objetivos.

Algunos conceptos que pueden identificarse en las entrevistas por el T.S. y su aplicación operativa en la relación son:

- Fantasía: Procesos mentales inconscientes que se general desde los primeros días de vida. Todo impulso, experiencia, sentimiento de amor u odio... tienen una representación mental en la fantasía.
- Ansiedad: Puede ser delegada o proyectada. Se ha de observar si el usuario muestra persistencia o es permeable en sus percepciones y ansiedades básicas.

El T.S. aspira a contener las ansiedades, disminuir la necesidad de proyectar fantasías y reducir la necesidad de actuación.

Tipos de ansiedad:

- o Persecutoria: por mecanismos de proyección, idealización y negación.
- o Depresiva: por sentimientos de culpa, melancolía, ambivalencia, autoreproches, junto con implicaciones y responsabilidades en las dificultades que presenta.
- o Confusional: las capacidades se colapsan y no se pueden usar defensas, se produce por situaciones de estrés, en relaciones simbióticas y otras.

Transferencia y Contratransferencia

- Transferencia: Revivir situaciones o sentimientos que se transfieren del pasado como si fuesen actuales e inéditas.
- Contratransferencia: Reacción del T.S. fruto de problemas personales no superados, que impiden el buen desarrollo de la relación profesional.

Contención:

Es la capacidad de percibir y recibir las ansiedades del otro para contenerlas, devolviéndolas a un estado de superior elaboración que sea menos dañina.

***La entrevista es una técnica:***

Es una técnica que utiliza consciente e intencionadamente conocimientos que el T.S. transforma en conducta mediante la relación que establece con el usuario.

Las técnicas se verán limitadas por:

- Las necesidades de los usuarios.
- El estudio y observación de los aspectos psicológicos que se dan en relación con el estudio de la situación social y de los aspectos legales, económicos...
- El diagnóstico de los aspectos psicosociales se centra en:
  - o Implicaciones personales y relacionales
  - o Aproximación a un diagnóstico diferencial entre una relativa normalidad y una anormalidad psicosocial.

- Nunca se formula un diagnóstico psicopatológico.
- El diagnóstico incluye la definición de los aspectos que representan una dificultad para el usuario y de los aspectos que representan capacidades y elementos de salud.
- El tratamiento de los aspectos psicológicos en el T.S. va unido a la tramitación o a la prestación de Recursos Sociales.
- El nivel de formación del T.S.

### ***La entrevista es un proceso:***

- Fase de recepción: en esta fase es muy importante la acogida.
- Fase de exploración.
- Fase de intercambio o esclarecimiento.
- Fase final.

### **Técnicas De Relación:**

#### 1.- Técnica de Intervención empática.

- Reflejo o retorno sencillo (técnica del espejo): se trata de un retorno de lo comunicado de forma breve y evocadora.
- Reflejo o retorno clarificador: pretende clarificar los sentimientos y actitudes que no se deducen directamente de las palabras del supervisado.

#### 2.- Técnica de Intervención respetuosa: Se trata de dar ánimos, de aceptarle a fin de que se sienta bien como intervenido.

#### 3.- Técnicas basadas en el presente:

- La focalización o síntesis: Se usa cuando otra persona huye del presente o fantasea alejándose de la realidad.
- El resumen o eslogan: Alrededor de una frase-resumen retomar brevemente el conjunto de temas tratados.

#### 4.- Técnica de implicación personal:

- Basadas en el presente: Las que se basan en la comunicación de sentimientos y vivencias presentes por parte del profesional.
- Basadas en el pasado: Experiencias personales del profesional en el pasado.

#### 5.- Técnica de confrontación:

- Considerar nuevos aspectos.
- Ampliar valores, actitudes...

#### 6.- Técnica del modeling: Consiste en plasmar físicamente la situación en la que está el usuario.

### Conceptos En La Entrevista Para La Obtención De Información:

A.- HIPOTESIS: Es una suposición que no pretende ser la verdad del funcionamiento de la familia. Si la hipótesis es cierta, se diseña una intervención. Si es falsa, se monta una nueva.

B.- CIRCULARIDAD: Es la capacidad del entrevistador para conducir su evaluación del problema a la base de la respuesta del entrevistado.

C.- NEUTRALIDAD: Se refiere al juego familiar.

D.- TERRITORIALIDAD: Conjunto de personas para las que un mensaje tiene sentido. Las discrepancias entre comunicantes pueden, entenderse como discrepancias entre territorios. Sus características son que permanece ambigua para el comunicante, cambian con el tiempo y con los nuevos contextos.

E.- TEMPORALIDAD: Es el intervalo de tiempo para el cual una comunicación tiene sentido dentro de un territorio, un contexto y una relación.

F.- ESTRATEGIAS: Se pueden plantear de dos tipos: a corto plazo, durante la entrevista o bien a largo plazo, aquello que se propone como fin de la intervención.

### Estructura Y Organización De La Entrevista:

En primer lugar se ha de comunicar a los miembros de la familia de qué trata el servicio y de vez en cuando pensar qué forma es la mejor para citarlos: directamente con el solicitante, mediante comunicación telefónica o por carta.

Desde la PRIMERA ENTREVISTA es necesario prestar atención a ciertos aspectos:

- Ausentes en la reunión.
- Disposición de los componentes.
- Persona que habla primero.
- El que hace las veces de moderador.
- El tono y humor de cada miembro.

En un primer momento la entrevista se ha de centrar en unos puntos esenciales:

- Hacer que todos se sientan cómodos.
- Presentarse y especificar que papel realiza.
- Comunicar quien se puso en contacto con el servicio y hacer un resumen de lo que se trato con el solicitante en el 1º encuentro.
- Revisar y completar con cada uno de los miembros los datos obtenidos en el 1º contacto.

Las ENTREVISTAS POSTERIORES han de seguir este esquema:

- Definir el contexto y procurar una relación.
- Información del cambio producido desde la entrevista anterior y de los recursos puestos en marcha por el usuario.

- De no haberse producido el cambio: saber porque no se produjo y búsqueda de una evaluación que permita una intervención mas ajustada.
- Elaborar un tema que lleve a producir un cambio en la pauta de la familia.
- Proposición de nuevas tareas basadas en la información adquirida.

### **Técnicas De Intervención En La Entrevista:**

- Definición del contexto.
- Utilización de preguntas.
- Respuestas en espejo.
- Respuestas que indiquen confusión por parte del terapeuta.
- Estrategias de promoción de recursos→ respuestas empáticas y de connotación positiva.
- Violación del tiempo de latencia de respuesta en el entrevistador.



## **III. Módulo: LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES**

---



## LA PLANIFICACIÓN SOCIAL

### Conceptos

#### PLANIFICAR

Consiste en prever la organización de los diferentes medios y recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos. Un plan es una herramienta para facilitar la acción.

#### PLAN

Es una propuesta de trabajo global que, por lo general comprende y aglutina varios programas en torno a una serie de objetivos comunes, planteados a medio-largo plazo.

#### PROGRAMA

Es una propuesta de trabajo más precisa, centrada en objetivos y en campos temáticos más concretos, y cuya realización está prevista en un tiempo más determinado, a medio-corto plazo. Incluye varios proyectos.

#### PROYECTO

Formulación explícita y de forma racional y documentada de lo que vamos a realizar. Propuesta más concreta de trabajo. En función de las necesidades sociales y las finalidades generales.

La planificación es fundamental para optimizar los programas de acción sociocultural así como para darles la coherencia y continuidad que deben tener estos.

La planificación de la acción social no puede objetivarse al 100%, pues como en todo proceso de acción en ciencias humanas existe un grado de subjetividad que va a modificar la planificación.

No obstante este componente de subjetividad ha de ser tenido en cuenta por el profesional a la hora de planificar su acción, planificación que ha de responder cada vez más a criterios de racionalidad y a la utilización de las nuevas tecnologías de la planificación social.

### La Planificación Implica

- Una forma de graduar la utopía
- Partir de una realidad analizada
- Acercar, determinar el futuro
- Diseñar un camino que pueda ser recorrido
- Establecer los pasos precisos para alcanzar los objetivos propuestos
- Aprovechar las oportunidades y prever las dificultades
- Tener una visión global del contexto en el que se ubica

- Adaptarse al medio y a la situación en la que ha de desarrollarse
- Mantener el equilibrio propio del ámbito desde el que se planifica
- La existencia de un proceso colectivo de avance
- Establecer los mecanismos de implicación de los destinatarios
- Romper la resistencia al cambio
- Comprometerse en su ejecución

## La Elaboración Y Desarrollo De Un Proyecto Tiene Tres Fases Consecutivas

**1. La planificación o planteamiento general de la estratégica,** responde a:

- ✓ Elección de los objetivos
- ✓ Determinación de restricciones
- ✓ Búsqueda de datos

**2. La programación que a partir de los resultados** de la fase de planificación, trata de determinar los instantes de tiempo en que deben realizarse cada actividad

**3. Control o seguimiento de la ejecución,** evaluación continuada del proyecto que permite detectar las desviaciones y aplicar los reguladores necesarios para reconducir el proceso.

La elaboración de un proyecto ha de responder a la filosofía general de la acción. Ha de tener las siguientes características:

**Ha de ser participativa.** Participar los/as destinatarios/as de la misma. El grupo o la comunidad, en función de su grado de implicación, debe participar siempre en el proceso de planificación.

**Ha de ser técnica.** No puede plantearse desde procedimientos intuitivos o personalistas sino que ha de utilizar los elementos tecnológicos de la planificación social y la programación de actividades.

## Tipos De Proyectos

En cuanto a su proyección temporal podemos clasificar en:

A corto plazo. Una proyección entre 1 y 6 meses. Una acción puntual y concreta aunque siempre se debe plantear como un punto de arranque para establecer continuidad con proyectos más a medio y largo plazo.

A medio plazo. Se puede considera si su proyección esta entre 6 meses y los 2 ó 3 años, supone una propuesta de establecimiento de un servicio estable. Se concreta con proyectos acorto plazo y sirve de puente para establecer proyectos a largo plazo.

A largo plazo. Superior a 3 años. Institucionalización de un servicio de animación. Viene precedido de proyectos a medio plazo. Una vez establecidos son generadores de proyectos a corto y medio plazo.

**En cuanto a su territorialidad** los proyectos pueden ser:

Proyectos de acción grupal. Cuando se planifica la acción de un grupo concreto y su incidencia sobre la colectividad en la que vive. Parte de los objetivos del grupo y se estructura en función de las actitudes y los intereses del grupo.

Proyectos de acción territorial. Cuando se planifica la acción de una institución o asociación en un territorio concreto. Este puede ser local, regional o nacional. Se fundamenta en un análisis de la realidad territorial y en un diagnóstico de necesidades. Ha de incidir en todos y cada uno de los aspectos que contribuyen a la estructuración de la comunidad.

**En cuanto a su ámbito de acción:**

Proyectos sectoriales. En función de un problema concreto detectado en la comunidad, o se planifica desde un único ámbito de la acción o para un grupo de edad determinado.

Proyectos globalizados. Cuando se planifica en función de la comunidad en su globalidad y de forma interdisciplinar, actuando sobre los cuatro ámbitos de acción, interrelacionándolos unos con otros: socioeducativo, sociocultural y cultural, socioasistencial y socioeconómico, e interviniendo sobre todos los sectores que componen la comunidad.

## Pasos En La Elaboración De Un Proyecto

- Nombre del proyecto. (Cómo se llama)
- Presentación de la entidad. (Quiénes somos)
- Fundamentación de la necesidad e importancia del proyecto. (Por qué)
- Destinatarios del proyecto. ( A quién)
- Ámbito del proyecto. ( Dónde)
- Objetivos del proyecto (Para qué)
- Metodología del proyecto. (Cómo)
- Actividades del proyecto. (Qué)
- Recursos que precisa el proyecto.( Con qué)
- Forma de evaluación. ( Cómo se comprueban los resultados)
- Calendario del proyecto. ( En qué tiempo y plazos)
- Coordinación del proyecto. (Quiénes Coordinan)
- Presupuesto y financiación del proyecto. (Cuánto)

## Finalidades En La Elaboración De Proyectos

- Son motivaciones básicas de la acción
- Su establecimiento esta vinculado a los planteamientos previos a la utopía
- Son líneas maestras que orientan a la planificación estratégica
- Son metas amplias planteadas a largo plazo y evaluables solo tras este proceso de tiempo
- Los términos en los objetivos que se formulan son abstractos

### Objetivos En La Elaboración De Proyectos

- Son directrices para la acción
- Conducen a la consecución de las finalidades y de la estrategia global
- Son metas concretas que determinan la planificación
- Son planteados a medio y corto plazo y, por lo tanto evaluables en ese mismo periodo de tiempo
- Se formulan en términos operativos que conducen a la acción. Indican actividad.

### Formulación De Los Objetivos

- Que sean coherentes
- Que motiven para la acción
- Que sean participativos
- Que sean concretos y claros
- Que sean proporcionados
- Que sean evaluables

### Questiones A Tener En Cuenta A La Hora De Presentar Proyectos

- **No hacer proyectos para conseguir recursos** sino buscar recursos para llevar a cabo los proyectos.
- **Tener claro los fines** para alcanzar los objetivos
- **Tener una buena idea, un buen proyecto** que responda a necesidades e intereses concretos de nuestros destinatarios directos, que no dupliquen esfuerzos, que sea posible de realizar con los recursos disponibles, que sean eficaz y produzca resultados concretos.
- **Conocer los recursos disponibles**, los propios, los comunitarios, compartidos con otras asociaciones, los recursos privados y los públicos... Existente en nuestro entorno. Muchas veces será necesario recurrir a las subvenciones.

- **Estudiar y seleccionar las convocatorias de ayudas** mas adecuadas al proyecto. Acudir a instituciones públicas y privadas para proponerles convenio, colaboraciones, etc.
- **Explicar por escrito, con claridad y sencillez, el proyecto:** su necesidad e interés, sus objetivos, sus destinatarios, las actividades que se llevaran acabo, los medios y recursos de todo tipo que utilizaremos, los tiempos y plazos en que se desarrollara, el ámbito o lugares de realización, el presupuesto.
- **Cuidar la presentación y la imagen del proyecto** con una buena maquetación, incluyendo imágenes gráficos.
- **Preparar los papeles requeridos** en las convocatorias: fotocopias compulsadas, certificados... Presentarlos en su plazo
- **Hacer unos seguimientos de los plazos administrativos**, saber en todo momento donde esta el proyecto y quien influye o decide. Defender el proyecto.
- **Evaluar el proyecto**, durante y al final, para aprender e ir añadiendo modificaciones.
- **Realizar, unas buenas memorias** que sirvan a quienes elaboren futuros proyectos, permita explicar el interés del proyecto a quienes los apoyaron.
- **Hacer proyectos en equipo**, implicando a los /las destinatarios/as en la elaboración. Creando equipos multidisciplinarios que aporten distintas visiones y enriquezcan el proyecto.

## Otras Técnicas De Planificación

### Diagrama de secuencia de tareas

Una vez confeccionada la matriz de secuencia de tareas se realiza el diagrama. Este representa de forma gráfica la sucesión de tareas en el tiempo y su interdependencia.

### Cronograma de tareas

Gráfico que representa la distribución de tareas a lo largo del tiempo fijado.

### Cronograma de tareas y responsabilidades

Gráfico que junto a la distribución temporal de tareas incluye, el/la responsable de la misma.

## Convocatoria De Subvenciones

A la hora de presentar proyectos y buscar su financiación debemos tener en cuenta las subvenciones a instituciones y tenemos que tener en cuenta:

- El Objeto de la convocatoria. Finalidad y ámbitos

- Los solicitantes. Requisitos a cumplir
- Las informaciones que deben proporcionarse.
- Criterios de concesión

### **Negociar, Defender El Proyecto**

- Hacer un seguimiento de los pasos administrativos
- Llamar por Telf. Solicitar información.
- Conectar con la persona responsable. Ampliar información
- Vender el proyecto. Que vean que somos personas responsables

## **PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PLANIFICACIÓN.**

### **Introducción**

El trabajador social forma parte de la organización, uno de los distintos actores que participan en la planificación, y la actuación de éste está presente en todo el proceso.

Para entender cual es su papel, primero hay que conocer qué es la planificación, cuales son sus principios, las dificultades que se dan tanto antes como durante todo el proceso, así como las fases que componen dicho proceso.

Solo con esta visión global se puede entender el papel tan importante que tiene el trabajador social.

### **Concepto**

*Proceso continuo de previsión de recursos y servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados, según un orden de prioridades, permitiendo elegir las soluciones óptimas entre muchas alternativas.*

Por lo tanto, para que se dé este proceso, tiene que haber cuatro elementos esenciales:

- \* Definición de unos objetivos
- \* Proceso de toma de decisiones.
- \* Utilización racional de unos recursos.
- \* Establecer actividades a realizar en un tiempo concreto.

Por simplificarlo de alguna manera, se trata de decidir qué hacer y como hacerlo para conseguir un cambio social.

Pero para poner en marcha la planificación, partimos de una serie de principios básicos.

### ***Principios básicos (7)***

- ♣ Buscar la máxima eficiencia y eficacia.
- ♣ Posibilidad de lograr objetivos y compatibilidad de estos.
- ♣ Simetría de los medios.
- ♣ Principio de la unidad.
- ♣ Jerarquización de metas y objetivos.
- ♣ Prever posibles efectos secundarios.
- ♣ Las acciones han de ser flexibles.

También hay que tener en cuenta que durante todo el proceso de planificación, estamos expuestos a una serie de dificultades que harán que la planificación tome un rumbo u otro.

### ***Dificultades inherentes a la tarea de planificar en sí (5):***

- ☼ Conocer el tema objeto de planificación.
- ☼ Complejidad de los problemas sociales.
- ☼ Complejidad de la respuesta para resolverlos.
- ☼ Cambios en la sociedad, problemas y respuestas.
- ☼ No hay soluciones infalibles y permanentes.

### ***Dificultades inherentes a elementos políticos, valores e intereses.***

Es difícil establecer la solución inequívocamente idónea para todos ya que son distintos actores con diferentes valores, ideologías, intereses y objetivos.

### ***Dificultades propias de la organización y sus elementos (3):***

- ☼ Recursos y medios disponibles.
- ☼ No querer plantear nuevas alternativas para no abandonar algunas de las ya existentes.
- ☼ Miedo a no lograr objetivos.

Como hemos visto, la planificación es un itinerario que nos indica el camino que hemos de recorrer desde donde estamos hasta donde queremos llegar.

Hay tres aspectos fundamentales que tienen una circularidad permanente en la planificación:

- ⇒ Identificar los problemas y necesidades.
- ⇒ Planear y poner en marcha programas y proyectos.
- ⇒ Evaluación de la incidencia de estos.



Para desarrollar esto es necesario el proceso de planificación.

## Proceso De Planificación (9)

### *Estudio de la situación*

- ◆ Marco presupuestario y asignación de recursos y políticas para el período.
- ◆ Conocer la situación actual de la zona, problemas y necesidades.
- ◆ Recursos disponibles y usos que se hace de ellos.

### *Posibles criterios para priorizar*

Se trata de establecer una jerarquía de problemas y necesidades que existen en una realidad y de las posibles estrategias a desarrollar en función de distintos criterios:

- ◆ Por el tipo de problema o necesidad.
- ◆ Por la posibilidad de respuesta
- ◆ En función del coste.
- ◆ Por razones políticas/éticas.

### Y Técnicas:

Trillaje.

Método Hanlon.

Método Simplex.

Técnica de delphi

### *Selección de alternativas*

Se trata de identificar las posibles soluciones para alcanzar los fines y metas e identificar las posibles alternativas de cada solución, teniendo en cuenta los recursos, la posibilidad de cobertura del problema y sus dimensiones, la coordinación, la participación, el tiempo; de ellas se seleccionará la más adecuada.

Hay que elegir la que es capaz de *prevenir, resolver y controlar*.

Además ha de controlar:

- ◆ El número de de destinatarios.
- ◆ Número de personas afectadas por el problema.
- ◆ Número de personas que se puede beneficiar.
- ◆ Nivel de prevención deseado.
- ◆ Posibilidad de éxito.
- ◆ Aceptabilidad desde distintos puntos de vista:
  1. Que la alternativa sea legal o no.

2. Aceptación por parte de los políticos para que se lleve a cabo.
3. Económica: Cuanto cuesta esta alternativa en relación a las otras.
4. Organizacional: si hay suficiente personal, si está organizado...
5. Socio-cultural: si hay contradicción con creencias, efectos generacionales futuros...
6. Ética: Hasta donde se puede llegar, si permite dejar sin atender a alguna persona.

Las *técnicas* utilizadas son las siguientes:

- ◆ Revisión bibliográfica.
- ◆ Técnicas de creatividad.
- ◆ Técnica de Delphi.
- ◆ Técnica de Grupo Nominal o Braimswriting.
- ◆ Técnica de Brainstorming.
- ◆ Método Simplex.

### ***Determinación de metas***

Tienen que ver con los objetivos amplios de la organización, con la política general y con las necesidades e intereses de los usuarios.

Responde a: "¿Qué se quiere conseguir? ¿Hasta donde se quiere llegar con la intervención?"

Correspondencia con la planificación estratégica que corresponde el PLAN, a partir de aquí se habla de "planificación" que comprende el PROGRAMA.

### ***Fijación de objetivos generales y específicos.***

Hay que remitirse al punto uno.

Hay que señalar *qué* se espera conseguir, en que *tiempo* y que *cambios* se esperan derivados de las acciones.

Se establece *jerárquicamente*:

1. Lo más general en términos de incremento de bienestar.
2. Los que hacen referencia a la provisión de servicios.
3. Los referidos a los comportamientos.
4. Los relacionados con los factores predisponentes, de refuerzo o facilitadores.

En cuanto a su *enunciado*:

1. Resultado a alcanzar.
2. Criterios de éxito o fracaso.
3. Cronología para la obtención del objetivo.

4. La población a alcanzar.
5. El ámbito de aplicación.

Cómo transformar un objetivo en *indicador*:

1. Se parte del concepto.
2. Ese concepto se descompone en partes.
3. Se eligen los indicadores a partir de las partes.
4. Se determina la valoración que se dará a cada uno de estos indicadores.
5. Se establece la escala de valores.

### ***Determinar actividades y servicios.***

Se pueden establecer a distinto nivel:

- A. Que sean generales y comunes a toda la comunidad.
- B. Por ámbitos y grupos de clientes.
- C. Por zonas.

En la medida en que la elección de alternativas se haya hecho correctamente, estableceré el punto tres. Tendremos que tener en cuenta los aspectos que vimos en la selección de alternativas.

### ***Determinación de los recursos.***

Hay que tener en cuenta:

- ◆ Si se hace un uso adecuado de ellos.
- ◆ Accesibilidad para los potenciales recursos.
- ◆ Hasta que punto satisfacen las necesidades, estudiando el caso cuando no sea así.

*Hasta aquí las fases correspondientes a la planificación táctica o estructural.*

### **Corresponde Al PROGRAMA Y Debe Contener:**

- ◆ Una base de fundamentación.
- ◆ Intervenciones, costos, efectos, sistema de distribución, modificaciones previstas en materia de recursos.
- ◆ Metas, objetivos, acciones recomendadas, recursos, cronología, población objetivo y criterios de evaluación.

Las últimas etapas se corresponden con la *planificación operativa*.

- ⇒ Aborda la intervención.
- ⇒ Corresponde a los proyectos y los planes de operaciones.

- ⇒ Se concreta el Programa. Permite el logro de los objetivos marcados en el programa.
- ⇒ Punto de partida: marcar los objetivos operativos. Cómo se van a desarrollar las actividades y en qué momento (calendario).

### ***Determinar las responsabilidades***

De Cada Una De Las Organizaciones, Áreas O Departamentos, Equipos De Trabajo Y De Los Individuos De La Organización.

Se realiza el sistema de organización:

- ♥ Se asigna el personal.
- ♥ Se distribuyen las tareas y funciones.
- ♥ Se establecen los sistemas de comunicación, coordinación y control.
- ♥ Determinar el sistema de recogida de datos, de cara a la evaluación.

Posteriormente se pasa a la ejecución de las acciones y puesta en marcha de los servicios: se trata de gestionar los servicios y desarrollar las actividades determinadas en la planificación y hacer un seguimiento de todo lo planteado.

Criterios para la *asignación de recursos*.

- ♣ Según la demanda de la población.
- ♣ Igualdad estricta por número de habitantes.
- ♣ Según la necesidad relativa, equidad relativa y necesidad de discriminación positiva.

Otros:

- ♣ Población (distribución, tamaño, composición).
- ♣ Dispersión de la población.
- ♣ Actividad y riqueza socio-económica.
- ♣ Incidencia de problemas sociales.
- ♣ Funcionamiento de otros servicios.
- ♣ La existencia de grupos de riesgo.

### **El trabajador social tiene tres grandes funciones.**

- *Detector de información.*
- Selección o toma de *decisiones.*
- *Ejecutor*

### **Papel del trabajador social en la planificación.**

- Elaborar programas y proyectos operativos.
- Diseñar estrategias de intervención.

- Priorizar las intervenciones.
- Aportar datos que demuestren la factibilidad de las acciones seleccionadas.
- Contribuir en la elaboración de políticas sectoriales.
- Detección de demandas, valoración de las necesidades y factores de riesgo.
- Fomentar el trabajo en equipo.
- Fomentar y facilitar sistemas de participación.
- Presentar resultados obtenidos y objetivos logrados.
- Apoyo en la defensa de estrategias, programas y proyectos a desarrollar.

## LA GESTIÓN DE LA PLANIFICACIÓN

### Conceptos Claves

#### GESTIÓN

Fijar objetivos claramente definidos en el tiempo y el espacio, organizar todos los recursos humanos y materiales según una metodología de trabajo adecuada, y controlar los resultados obtenidos, de forma que se puedan introducir las correcciones necesarias para conseguir los objetivos en las mejores condiciones de eficacia.

#### COORDINACIÓN

Es escoger una meta y enfocar todos los esfuerzos y medios para conseguirla de forma metódica. Es necesario descubrir el conjunto de los elementos para establecer las conexiones entre los elementos de un proyecto y entrelazar los proyectos entre sí.

#### ORGANIZACIÓN

Supone establecer algo según unas reglas, orden, armonía y dependencia de sus partes. Clasificar las funciones, establecer unos lugares de trabajo y responsabilidad, y configurar los pasos o conductas de intercomunicación participativa.

### Pasos Fundamentales

1. Buscar y fijar los objetivos
2. Organizar metodológicamente los recursos humanos, materiales y técnicos, necesarios.
3. Evaluar los resultados alcanzados
4. Aplicar las medidas correctivas

### Técnicas de Gestión

- Planificación
- Programación
- Evaluación
- Toma de decisiones

La gestión, como método de dirección más eficaz, no solo se utiliza en las empresas sino que tienen un fuerte impacto y repercusiones en las instituciones que prestan servicios sociales. Hablar hoy de organización supone hablar de gestión y participación, siendo aplicable a toda entidad u órgano de dirección y control. La función de dirigir, o sea gestionar, se extiende a todo el ámbito de la entidad donde se tomen decisiones.

## Organigrama

Se basa en el análisis de los objetivos esenciales de la programación. Conseguir estos objetivos exige también unas funciones esenciales. Al agrupar los recursos para ejecutar las funciones de una forma constante, permitiendo la consecución de unos objetivos determinados, se establece unas relaciones de interdependencia y proximidad que constituyen los órganos.

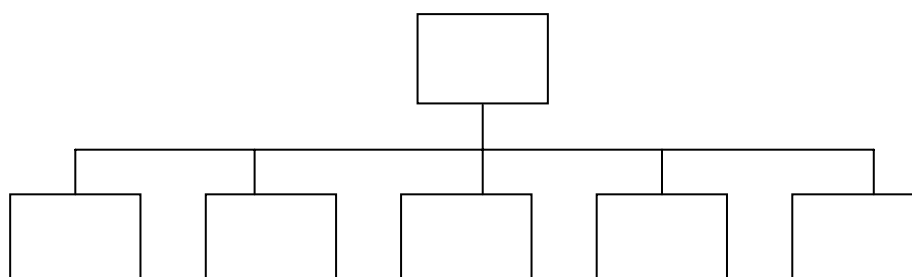
### *Tipos de organigramas y participación*

Las líneas maestras de la organización son las estructuras organizativas y marcan la punta de interrelación entre los órganos.

Las interrelaciones suponen la participación de todos/as los/as que constituyen la entidad. Hasta ahora no hemos dicho nada sobre la forma de establecer estas interrelaciones. Veamos como se solventa esta cuestión en organización.

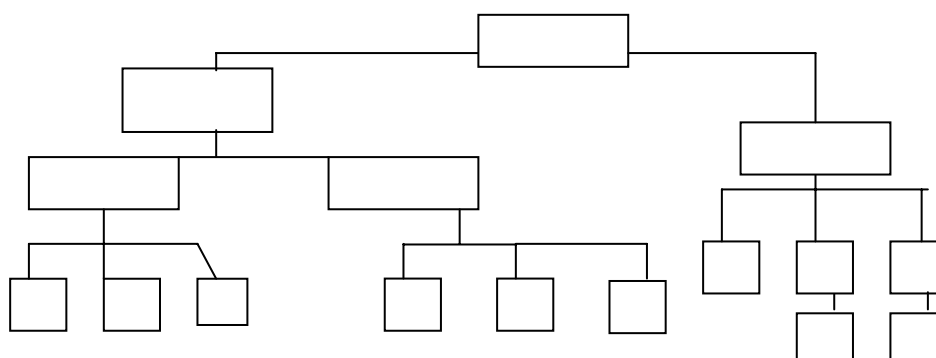
### Organigrama de rastrillo:

El organigrama más sencillo, solo valido para objetivos poco complejos es el denominado de rastrillo, en el que una persona manda o coordina. Es un modelo autoritario en el que prima el control, aunque puede llegar a funcionar como un verdadero equipo a la hora de toma de decisiones



### El organigrama jerárquico.

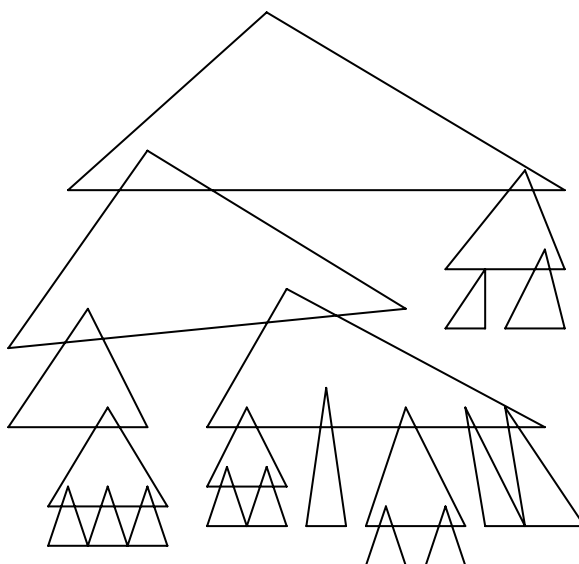
Los órganos son unipersonales o lo que es lo mismo, la responsabilidad de su función depende de una sola persona. Es muy frecuente encontrarlo pero es poco democrático.





### El organigrama participativo.

Quiere establecer otras formas o canales de comunicación procurando el trabajo en equipo. Se une a las personas con objetivos y responsabilidades compartidas y se grafía mediante bolsas.



En el organigrama jerárquico la coordinación funcional corresponde a los órganos personales, en cambio, en el organigrama participativo corresponde a los órganos colectivos o pluripersonales. Una forma de organizar, más humana y positiva, basada en la confianza. Como consecuencia es conveniente crear sistemas de coordinación global para que el proceso de descentralización no se convierta en un proceso de esporulación. Participar en la gestión puede llegar a ser muy conveniente, en una entidad de acción social, como disponer de un grupo de participación más amplio que el del equipo directivo. Esto permite que a la hora de la toma de decisiones puedan estar representados todos los grupos que participen en la entidad. Este equipo de decisión puede denominarse consejo general, ejemplo son los consejos escolares de los colegios.

### **Programación**

El conjunto de documentación o dispositivos de coordinación de actividades y recursos humanos, materiales y económicos metodológicamente orientados hacia la realización de los objetivos concretos de la planificación.

### ***Recursos***

Denominamos recursos a todo tipo de medios que se encuentran en nuestro entorno y a los que podemos tener acceso. Necesarios a la hora de planificar nuestros programas y actividades. Paso necesario en la definición y formulación de las programaciones.

### Tipos de recursos

Recursos Humanos: El equipo de trabajo y la reunión

Recursos Materiales y Económicos: El presupuesto, Sistemas de Financiación, Infraestructura

Recursos Técnicos o Metodológicos: Dinámicas de Grupos, Técnicas de Resolución de Conflicto.

### ***La reunión***

La concurrencia de un número determinado de personas que comparten el deseo de conseguir un objetivo o varios.

### Tipos de reuniones

- Reuniones para informar
- Reuniones para recoger información
- Reuniones para formar
- Reuniones para intercambiar puntos de vistas
- Reuniones para llegar a un acuerdo
- Reuniones para generar ideas
- Reuniones para tomar decisiones

### Preparación de una reunión

1. Se definen los objetivos
2. Se selecciona el tema de la reunión
3. Se realiza la convocatoria
4. Se selecciona el número de participantes
5. Preparación de la sala
6. Preparación de documentos
7. Materiales necesarios
8. Recordatorio de la convocatoria

### El desarrollo de una reunión

- El orden de las cuestiones abordadas
- El tiempo concedido a cada cuestión.

### Inicio de una reunión

- Ver si se conocen los participantes
- Crear un ambiente que favorezca que se encuentren bien
- Clarificar el tema de la reunión
- Explicitar los objetivos de la reunión



- Adoptar un método de trabajo
- Elegir a un secretario

#### Las tareas del coordinador/a en una reunión

- Incitar a los participantes a que se expresen
- Ayudar al grupo a plantear bien los problemas
- Ayudar al grupo a progresar en su camino
- Utilizar medios técnicos para agilizar la reunión
- Controlar el tiempo de la reunión
- Adaptarse a la necesidades del grupo
- Sintetizar las conclusiones obtenidas
- Evaluar la reunión

#### La mecánica de las reuniones

1. Una reunión comienza con la **presentación** de los participantes. Cuando se reúnen por primera vez. Puede intentarse paliarse con tarjetas identificativas, en la mesa etc...
2. El moderador/a o coordinador/a de la reunión **recordara**, de forma breve, los objetivos de esta, los temas o cuestiones a tratar y el tiempo disponible.
3. Cada **tema** previsto se iniciara con la presentación, por parte del propio moderador o de un ponente específico o a través de otros soportes.
4. En las reuniones meramente informativas, éste será el momento de las **preguntas e intervenciones aclaratorias**: que los participantes hagan al moderador, para luego ir pasando a otro tema.
5. En las reuniones consultivas o decisorias, tras las preguntas e intervenciones complementarias de la información, será el momento de que los participantes expongan las **distintas posturas** respecto al tema sobre el que hay que pronunciarse.
6. En las reuniones después de expresadas las distintas posturas y opiniones, el moderador o secretario habrá **tomado nota** e intentara concluir y resumir las propuestas.
- 7.El moderador debiera **recordar las posibilidades** de decisión, las distintas posturas
8. El momento de **tomar una decisión** puede resolverse mediante negociación entre las diferentes posturas planteadas en el paso anterior para construir una decisión común por consenso.
9. Tomada la decisión, **continuaremos con el siguiente tema**, hasta concluir el orden del día.

## ***Presupuesto***

Elaboración de planes para un periodo de futuro, determinado en términos económicos. Basados en la planificación para el logro de los objetivos propuestos. Determinan los recursos necesarios y son un medio de control para plantear las necesidades y posibilidades en términos económicos y de rentabilidad.

### Riesgos de los presupuestos

- Realizar presupuestos tan completos y detallados, que se vuelvan demasiados engorrosos
- Llegar a una situación en la que las metas presupuestarias resulten más importantes que las metas del programa
- Utilizar los presupuestos para ocultar ineficiencias
- Hacer presupuestos inflexibles, pensando que estos son definitivos.

### Elementos a tener en cuenta en un presupuesto

- **Personal:** especificar el tipo de personal, tipo de contrato y remuneración, especificar los gastos de seguridad social dietas, etc., hasta la remuneración.
- **Material:**
  - *Inventariable:* No se gasta y dura para más de una actividad.
  - *Fungible:* Que se gasta y hay que reponer periódicamente.
- **Alquiler de material**
- **Transporte**
- **Local y alojamiento**
- **Imprevistos:** entre un 5% ó un 10%

### ***Sistemas de financiación***

- Subvenciones
- Patrocinadores o sponsors
- Financiación propia

## ORGANIZACION y PLANIFICACION EFICAZ DEL TIEMPO

### 1. PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DEL TIEMPO.

La queja sobre la falta de tiempo es una de las más frecuentes en la actualidad. Independientemente del tipo de actividad que se esté desempeñando, siempre hay alguna alusión a la falta de tiempo.

Tanto para el directivo como para el personal, el tiempo es uno de los recursos más valiosos de los que se dispone.

***EL TIEMPO ES UNO DE LOS RECURSOS MÁS VALIOSOS DE LOS QUE SE DISPONE***

Una de las tareas más importantes del directivo es la de administrar recursos que por lo general son escasos. Según Peter F. Druker, "el directivo que no es capaz de gestionar adecuadamente el tiempo, difícilmente sabrá administrar otros recursos".

El directivo debe planificar, organizar, conducir y controlar tanto su trabajo como el de otras personas que colaboran con él. Esto no significa que las personas que trabajan en equipo con él no necesiten planificar y administrar su propio tiempo.

Normalmente, las personas se encuentran atrapadas en la dinámica del día a día y en muchas ocasiones, pueden caer en el olvido de lo que realmente es importante: los objetivos que deben cumplirse y los planes que había para llevarlos a cabo. Esto es debido a que

- cada vez se va más deprisa
- y, por lo tanto, cada vez se va peor.

Esta es una situación a la que no se debe llegar en el desarrollo de la actividad profesional.

Un mal uso del tiempo hace que cada vez la realización del propio trabajo se lleve a cabo de peor forma, y esto es debido a la falta de planificación y administración del tiempo que incide ocasionando:

- Beneficencia
- Bajos rendimientos

Normalmente, la concepción que se tiene del tiempo es errónea. Está condicionada por la educación y por unos convencionalismos que no tienen presente que el tiempo es un recurso absolutamente diferente al resto de los recursos de los que se dispone.

***EL TIEMPO ES UN RECURSO DIFERENTE A LOS DEMÁS***

El tiempo es un recurso:

- . **ATÍPICO**
- . **EQUITATIVO**
- . **INELÁSTICO**
- . **INDISPENSABLE**
- . **INSUSTITUIBLE**
- . **INEXORABLE.**
- . **PARADÓJICO**

Existen algunas teorías curiosas acerca del tiempo:

### ***Principio de Pareto.***

Una pequeña parte del tiempo de trabajo es el que produce la mayor parte de los resultados.

El 80% del tiempo consigue un 20% de los objetivos.

El 20% del tiempo consigue un 80% de los objetivos.

Para ilustrar este principio, se muestran a continuación algunos ejemplos.

*Ejemplo 1. En una actividad relacionada con ventas, se puede ver con frecuencia que I un 20% de los clientes genera el 80% del valor de las ventas. Buscando las condiciones más favorables para las ventas, es aconsejable localizar ese lucrativo 20% de clientes y dedicarles el tiempo eficazmente.*

*Ejemplo 2. En el 20% del periódico se encuentran el 80% de las noticias.*

*Ejemplo 3. En las reuniones y las llamadas telefónicas, el 20% del tiempo reporta el 80% de los resultados. En algunas ocasiones, cuando las reuniones o las llamadas telefónicas apuntan hacia el final y todavía quedan asuntos importantes que tratar, parece que se puede despachar todo muy deprisa.*

Por estas razones, es preciso intentar reducir el tiempo que se dedica a las cuestiones de poco rendimiento. Para ello, pueden servir los siguientes consejos:

- Delegar en alguna persona que ayude a liberar tiempo.
- Negociarlas con alguna otra persona.
- Sistematizarlas, usar listas de control y un buen archivo.
- Rebajar las normas, adecuar el nivel de calidad que les exija.
- Ignorar algunas acciones que es mejor no hacerlas.
- Agrupar, hacer las llamadas telefónicas o despachar los papeles a una hora determinada.

Del mismo modo, para tratar las actividades de alto rendimiento, se aconseja:

- Organizar el día en torno a las actividades de alto rendimiento; asignar las cuestiones de menor importancia al tiempo libre.

- Mantenerse centrado, apartar las distracciones y tener en mente los resultados por alcanzar.
- Establecer y especificar fechas límite.
- Fraccionar proyectos grandes en unidades menores.
- Conseguir ayuda, pues algunas veces no lo puede hacer todo uno sólo.
- Aprovechar las horas de máximo rendimiento, atacar las cuestiones difíciles cuando se está más despierto.
- Mantenerse motivado.
- Comprometerse.

### ***Ley de Parkinson.***

Todo trabajo se dilata indefinidamente hasta ocupar todo el tiempo disponible para su completa realización.

### ***Tres leyes de Acosta.***

*Primera ley:* El tiempo que requiere una tarea crece en proporción al número de veces que la hemos interrumpido y reanudado.

*Segunda ley:* Programar y realizar una tarea larga supone, proporcionalmente, dificultades muy superiores a las que plantea una corta.

*Tercera ley:* El valor de una tarea no crece proporcionalmente al tiempo que se le dedica, sino que forma una curva en S.

### ***El valor económico del tiempo.***

"El tiempo es oro" no es sólo una frase típica, sino una verdad irrefutable en el ámbito empresarial.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el tiempo es uno de los recursos más valiosos de que se dispone y representa, sin lugar a dudas, el recurso de más difícil manejo. Por ello, es preciso que se gestione de una manera eficaz.

El objetivo que se persigue es el de realizar el trabajo con el máximo de calidad y mejorar continuamente, para ello, es necesario utilizar de forma racional los recursos de los que se dispone, entre ellos el tiempo, administrando las distintas tareas o actividades por realizar, sin llegar a situaciones estresantes. Hay que conseguir un trabajo eficaz, y para ello hay que tener en cuenta varios principios: planificar (lo que supone prever), reagrupar y simplificar; además, si se tiene colaboradores, delegar.

#### ***- Planificar.***

Consiste en determinar las tareas que se ejecutan con más frecuencia, al día, a la semana o al mes, según el grado de responsabilidad e iniciativa.

Planificar es determinar qué tareas hay que hacer.

Lo propio de cualquier plan es modificarlo y reajustarlo a la realidad, pero esto no debe servir de excusa para no planificar en el tiempo las tareas.

- **Reagrupar.**

Resulta más eficaz reagrupar determinadas tareas, como los trabajos de mecanografía, llamadas telefónicas, archivo...

- **Simplificar.**

Hay que ser capaz de cuestionar el trabajo propio y someterlo a un análisis crítico riguroso. Conviene preguntarse respecto de lo que se hace con qué fin lo hacemos, para quién, dónde, cuándo, por qué... Es preferible no abordar en bloque grandes problemas, sino descomponerlos en pequeños subgrupos elementales. De esta manera, las soluciones se encontrarán con mayor facilidad.

Una de las condiciones previas para la simplificación es una buena preparación.

- **Delegar.**

Ser capaz de transferir la ejecución de tareas, teniendo en cuenta los inconvenientes que pueda presentar la organización y las propias personas, y las ventajas que supone la implicación, la motivación, el interés, la mejora y el desarrollo de la capacidad de los propios colaboradores y de la organización. Para ello, se habrá de hacer especial hincapié en la preparación, ejecución, seguimiento y supervisión del proceso de delegación realizado.

**PARA CONSEGUIR EFICACIA: PLANIFICAR, REAGRUPAR, SIMPLIFICAR, DELEGAR**

Centrando el problema de la pérdida de tiempo en una persona, algunos de los factores que más influyen en dicha pérdida de tiempo pueden ser:

- El teléfono.
- La correspondencia.
- Las reuniones.
- Las relaciones públicas. :
- El papeleo.
- Los desplazamientos del hogar al trabajo y viceversa. /
- Las comidas de negocios.
- Los cuellos de botella generados por el jefe.
- Etc.

Encuestas y estudios diversos permiten afirmar que algunos de los problemas más comunes son los siguientes:



- ***Papeleo.***

La avalancha de comunicaciones innecesarias en forma de informes, fotocopias y listados a la que tanto han contribuido las máquinas fotocopadoras y los ordenadores.

- ***Crisis.***

Los problemas y hechos que, de forma continua e inesperada, obligan a prestarles atención y por tanto alteran todas las previsiones y planes.

- ***Asunción de tareas no propias.***

Encargarse de hacer todo aquello que otras personas podrían y deberían efectuar.

- ***Reuniones.***

La gran cantidad que se efectúan, entre las cuales siempre hay alguna innecesaria, otras demasiado largas y otras mal preparadas.

- ***Falta de planificación y programación.***

***PROBLEMAS MÁS FRECUENTES QUE OCASIONAN PÉRDIDA DE TIEMPO:  
PAPELEO, CRISIS, ASUNCIÓN DE TAREAS NO PROPIAS, REUNIONES, FALTA DE  
PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN***

Hay que desarrollar una actitud positiva hacia la gestión del tiempo, ya que se debe tener clara conciencia de que es un recurso realmente limitado y precioso.

La mayor parte de las personas sufren problemas por la escasez de tiempo como consecuencia de una administración y gestión inadecuadas.

Por otro lado, no hay que olvidar que si las personas se dejan llevar por la tensión, presión, exceso de trabajo y la tiranía del tiempo, se puede acabar con alguna enfermedad o con los inevitables problemas familiares.

En concreto, en lo referente a la tensión, cuando las personas se enfrentan a situaciones de peligro o en extremo exigentes, la tensión, añade revoluciones, y se consigue trabajar a "pleno rendimiento".

Sin embargo, el peligro estriba en convertir en hábito el funcionar en niveles elevados de tensión, lo que conduce a una paradoja: si no existe tensión, se crea.

Algunas veces, plazos que se aproximan, situaciones que se complican, problemas que se agravan; no son imprevistos que surgen, sino que son fomentados por el propio trabajador.

De forma inconsciente se retrasan tareas de forma sistemática, sin que el trabajador encuentre el momento adecuado para abordarlas.

Las disculpas son múltiples: "no he tenido tiempo", "es una tarea enorme", "no es importante". Sin embargo, las verdaderas causas suelen ser:

- Falta de fecha límite.
- Fecha límite lejana.
- Miedo al fracaso.
- Falta de motivación.

Si se pretende una buena gestión del tiempo, es preciso conocer los dos tipos de tiempos de los que se dispone a la hora de trabajar. Está claro que existe un tipo de tiempo controlado y otro tiempo no controlado o de respuesta.

Se pueden definir de la siguiente manera:

- ***Tiempo controlado.***

Es el que está bajo el control absoluto de uno y, por lo tanto, sólo depende de uno mismo.

- ***Tiempo no controlado.***

Es el que ya no depende tan sólo del individuo, sino también de otras personas.

Un objetivo que debe perseguirse para lograr una administración adecuada del tiempo es incrementar al máximo la cantidad de tiempo controlado, puesto que este tiempo depende únicamente del individuo y puede ejercer un control casi absoluto sobre él.

De todas las razones ya expuestas que inciden en el trabajo cotidiano y hacen perder tiempo, hay dos que merecen una atención especial:

- El papeleo.
- Los compromisos.

En el trabajo de cualquier persona es indudable que una gran cantidad del tiempo del que se dispone se va en revisar todos los papeles que llegan.

Esto es debido a que el trabajo del día a día se sostiene sobre la información y ésta, a su vez, normalmente se formaliza en papel. Por esta razón, siempre el personal se encuentra rodeado de papeles por todas partes.

Resulta imposible, a veces, que cualquier persona tenga el tiempo suficiente para verlos y mucho menos aún para asimilarlos. El manejo adecuado de los papeles, constituye uno de los elementos de mayor importancia para una gestión y manejo del tiempo, tanto del propio como de toda la organización.

Como ayuda ante la situación de enfrentarse a los "papeles", puede servir de orientación proceder en un primer momento a realizar una clasificación previa: hay que distinguir entre los papeles que son útiles y los que no lo son. De estos últimos conviene deshacerse; mientras los útiles es preciso clasificarlos de nuevo.

De esos papeles útiles, probablemente haya algunos que requieran alguna acción, ya sea inmediata o posterior, que debe considerarse para su ejecución. Por otro lado, los que no requieran ninguna acción deben pasar a tratarse de forma separada (archivo.)

<b><i>PAPELES:</i></b>			
- <b><i>ÚTILES</i></b>	=	* <b><i>ACCIÓN</i></b>	- <b><i>INMEDIATA</i></b>
			- <b><i>POSTERIOR</i></b>
		* <b><i>SIN ACCIÓN</i></b>	- <b><i>ARCHIVO</i></b>
- <b><i>INÚTILES</i></b>	=	<b><i>DESHACERSE DE ELLOS</i></b>	

Con respecto a los compromisos, no cabe duda de que también roban una gran cantidad de tiempo que sería necesario emplear en otras tareas. Por ello, y como consejo, pueden servir algunas formas o mecanismos de sustitución de dichos compromisos:

***- Algunas tareas pueden ser delegadas.***

No solamente el jefe delega tareas en su personal: en algunas ocasiones, el propio personal dispone de colaboradores en los que se pueden delegar aquellas tareas que se consideren apropiadas.

***- Las llamadas telefónicas***

Es de fácil comprensión, que algunas acciones que se deben llevar a cabo, no es imprescindible que se realicen en persona. Algunas veces este tipo de situaciones puede solventarse cómodamente y de forma rápida mediante una simple llamada telefónica.

***- Las reuniones de trabajo.***

Cuando se trabaja en equipo, es frecuente realizar reuniones de trabajo del equipo. Quizá para algunas cuestiones sea más apropiado esperar a este momento para solucionar determinados temas a la vez, consiguiendo un ahorro de tiempo tanto para el jefe como para el personal.

***COMPROMISOS: DELEGAR, RECURRIR A LLAMADAS TELEFÓNICAS, RESOLVER EN REUNIONES DE TRABAJO***

Al igual que se planteaba para el tema del papeleo, en el caso de los compromisos, en un principio puede hacerse una clasificación de los que resultan útiles y los que no. Con los realmente útiles se pueden hacer dos grupos: los ineludibles, que suponen una actuación inevitable, y los que se pueden eludir mediante colaboradores, llamadas telefónicas o cualquier otra alternativa.

Si se pretende que el desarrollo de la vida profesional resulte satisfactorio, se deben tener unos objetivos muy claros.

Para aprovechar el tiempo hay que tener muy claras las metas que se desea alcanzar, establecer planes para ello y concentrar todos los esfuerzos para lograrlo.

Es frecuente encontrarse con dos problemas:

- Las urgencias.
- Pretender hacer demasiadas cosas a la vez.

Generalmente son estas últimas las que consiguen que se les preste una atención prioritaria. Se les dedica todo el tiempo y esfuerzo disponibles. Se puede decir que, en muchos casos, se actúa como "bombero apagando incendios".

Sin embargo, las cosas realmente importantes, que son las que acostumbran a tener fuertes repercusiones a largo plazo, no suelen presentarse como tareas urgentes y, por lo tanto, su realización se va retrasando de forma sistemática, hasta el punto en que llega a resultar imposible resolver las de forma correcta y con los resultados adecuados debido a la falta de tiempo para ello.

Una solución para conseguir que las tareas o actividades verdaderamente importantes sean realizadas sin temor a que se retrasen o no lleguen nunca a acometerse es el establecimiento de prioridades.

***ESTABLECER PRIORIDADES SIGNIFICA CLASIFICAR LAS TAREAS O ACTIVIDADES SEGÚN SU GRADO DE IMPORTANCIA, AL OBJETO DE EJECUTARLAS EN EL ORDEN MÁS CONVENIENTE***

Resulta absolutamente indispensable, si se desea un control real sobre el tiempo, un análisis de las tareas para asignarles a cada una de ellas su orden de prioridad.

De la misma forma deben conocerse de forma clara también, **las posterioridades**, que son aquellas tareas que deben dejarse de efectuar porque existe una carencia de tiempo para que sean resueltas de la forma más adecuada. c

***ESTABLECER POSTERIORIDADES ES DETERMINAR QUÉ TAREAS DEBEN DEJARSE DE EFECTUAR PORQUE EXISTE UNA CARENCIA DE TIEMPO PARA RESOLVERLAS DE LA FORMA MÁS ADECUADA***

Esta última es sin duda la faceta más difícil de acometer. Esto es debido a que las tareas que se posponen, normalmente acostumbran a abandonarse. Las personas se resisten a eliminarlas inicialmente y las posponen creyendo que ya encontrarán en el futuro el tiempo suficiente para resolverlas, cuando en realidad se demuestra que resulta imposible acometerlas.

El siguiente paso sería definir algún método que permita establecer prioridades, pero previamente es preciso identificar las acciones necesarias para lograr una buena gestión del tiempo propio.

- 1) Analizar el empleo que se hace del tiempo, tanto a corto plazo como a largo.
- 2) Eliminar las actividades que no añaden valor al trabajo.

- 3) Establecer objetivos claros.
- 4) Incrementar el tiempo bajo control.
- 5) Examinar nuestra actitud y comportamiento.
- 6) Establecer un plan de mejora del tiempo y de nuestro trabajo.

### ***ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES***

Además de las tareas cotidianas, cada día hay otras tantas actividades por realizar. No todas tienen la misma importancia o urgencia, porque, si así fuera, algo no funciona en la organización en la que se trabaja.

De todas las tareas que hay que realizar de forma inevitable cada día, es preciso establecer las prioridades según la urgencia de los asuntos.

Para establecer prioridades, se puede utilizar una herramienta básica que es la clasificación A, B, C por nivel de importancia. -

Así, resulta que las tareas clasificadas del tipo A son las de prioridad máxima, las más importantes que tienen prioridad absoluta. Por norma general, no se pueden delegar ni por supuesto, despreciar:

Las clasificadas como tipo B son las normales, menos esenciales que sí pueden llegar a delegarse o ser realizadas por uno mismo.

Las del tipo C son las menos prioritarias y normalmente se delegan. Si no se puede ejercer control sobre ellas, puede llegarse a dejarlas sin hacer.

#### ***ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES: - CLASIFICACIÓN A, B, C***

Es curioso contemplar cómo normalmente las tipo A suelen tener un peso de un 65% de posibilidades de éxito y se acostumbra a dedicar una 15% del tiempo total.

Las clasificadas como del tipo B, influyen en un 20% y ocupan alrededor del 20% del tiempo.

Las clasificadas como tipo C, representan un 15% del trabajo y llegan a ocupar cerca del 65% del tiempo total.

Lo primero que hay que hacer para lograr una buena planificación es determinar cuáles son las tareas que hay que acometer. Puede ser que en algunos casos estas tareas o actividades sean definidas conjuntamente con el jefe.

#### ***NO HAY QUE OLVIDAR LAS TAREAS PENDIENTES Y ESTIMAR EL TIEMPO NECESARIO PARA LLEVARLAS A CABO***

A continuación, se establecen las prioridades, según el principio expuesto, identificando las tareas importantes y urgentes. En algunas ocasiones, puede ser preciso consultar con el propio jefe para determinar la clasificación.

Es imprescindible plantearse objetivos y estimar el tiempo, necesario para poder cumplirlos, así como ajustarse a los planes y, si es necesario, en alguna ocasión decir "no".

Está claro que se puede llegar a perder mucho tiempo si las prioridades que se establecen son confusas o si no existe un programa diario de trabajo.

Igualmente, tender al trabajo frenético o al perfeccionismo como fin en sí mismo no es aconsejable.

Tanto la falta de orden y de organización como la incapacidad para decir "no" en determinadas ocasiones pueden ocasionar importantes pérdidas de tiempo que no se deben permitir.

Para organizar el tiempo de forma racional, es necesario planificar la jornada y, preferiblemente, también la semana y el mes.

Es importante acordar con el jefe los momentos en los que se va a despachar con él, para ajustar el resto de tareas a la jornada restante. Es imprescindible hacer coincidir esta organización del trabajo propio con la de la empresa en general. Por ejemplo, si la persona encargada de retirar el correo lo hace a una hora determinada, será necesario que la correspondencia esté preparada para dicha hora.

***ES IMPRESCINDIBLE HACER COINCIDIR LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO PROPIO CON LA DE LA EMPRESA EN GENERAL***

### **1.1. Planificación del tiempo.**

Planificar el tiempo es establecer previsiones con objeto de alcanzar de la mejor forma posible los objetivos perseguidos.

Por ello, resulta fundamental dedicar una cantidad adecuada de tiempo a la planificación, en lugar de dedicar el tiempo a reaccionar ante los distintos problemas que surgen.

Es conveniente planificar porque comporta de inmediato ahorro en la jornada de trabajo y proporciona una mayor calidad de vida tanto profesional como personal.

Se puede afirmar que cuanto más se invierta en planificación tanto menos tiempo se gastará en la realización de las tareas.

La planificación es conveniente que se realice de forma escrita, ya que reporta una serie de ventajas:

#### ***1) Visión conjunta y global.***

Permite tener una visión conjunta y global de todas las actividades y tareas por desempeñar en el trabajo.

## 2) *Libera de recordar.*

El hecho de realizar la planificación de forma escrita hace que se libere a la persona y a la mente del esfuerzo, que puede resultar inútil, de recordar lo planificado.

## 3) *Aporta un guión.*

La planificación escrita supone un guión para llevar a cabo la planificación establecida y así evitar las posibles distracciones, que no son más que pérdidas de tiempo.

## 4) *Ayuda a no olvidar.*

Disponer de la planificación escrita ayuda a no olvidar definitivamente tareas que no han podido ser resueltas en su momento, con el fin de traspasarlas a otra ocasión.

## 5) *Archivo.*

Sirve de archivo de información acerca del empleo del tiempo, puesto que contiene las distintas actividades que se han ido realizando y el momento en que se acometieron.

### ***VENTAJAS DE LA PLANIFICACIÓN ESCRITA: VISIÓN CONJUNTA Y GLOBAL, LIBERA DE RECORDAR, APORTA UN GUIÓN, AYUDA A NO OLVIDAR, SIRVE DE ARCHIVO***

Hay distintos niveles de planificación, entre los que se pueden señalar tres:

#### *- Largo plazo*

Actividades con periodicidad anual o superior.

#### *- Medio plazo*

Actividades previstas con antelación, tanto las de carácter rutinario (reuniones mensuales, presentación de documentos,), como las de carácter especial (conferencias, vacaciones, viajes,).

#### *- Corto plazo*

Actividades diarias o semanales.

### ***NIVELES DE PLANIFICACIÓN: LARGO PLAZO, MEDIO PLAZO, CORTO PLAZO***

## 1.2. Programación.

Se entiende por programación la planificación dentro de un calendario, asignando a cada tarea y/o actividad el tiempo preciso para su ejecución.

En la realización de la programación de actividades hay que tener en cuenta:

- El horario de los demás

- Los límites del tiempo (plazos)
- El nivel de energía personal a lo largo del día

Es interesante considerar una unidad básica de programación en la que basar esta acción. Normalmente, por comodidad, suele establecerse como tal el día.

A la hora de programar, es preciso tener en cuenta una serie de aspectos que pueden resultar de un gran interés:

- Habitarse a trabajar con agenda.
- Preparar el programa con antelación, al inicio de la jornada o el día anterior.
- Recordar, al confeccionar el programa, cuáles son los objetivos fundamentales que se pretenden.
- Distribuir el tiempo entre los distintos tipos de actividades que se han priorizado.
- Agrupar las tareas buscando su optimización (papeleo, llamadas telefónicas.
- Adecuar actividades al ciclo de trabajo.
- Asignar tiempos a las actividades de forma suficiente, pero no excesiva. (Hay que recordar que en la gestión del tiempo, la perfección no es lo más eficiente.)

Para efectuar una correcta programación del tiempo, es preciso:

- 1) Anotar en la hoja correspondiente al día, y en el apartado adecuado, todas las tareas que han de efectuarse, tales como:
  - Llamadas telefónicas.
  - Reuniones.
  - Tareas.
  - Trabajos pendientes.
  - Otros.
- 2) Fijar al lado de cada actividad el tiempo estimado que hay que dedicarle.
- 3) Calcular el tiempo total planificado para todo el día.

Es conveniente ayudarse procurando:

- Establecer prioridades.
- Identificar posterioridades.
- **Agrupar** actividades.
- **Simplificar**.
- Buscar colaboración o **delegar**.
- Ajustar el tiempo de acuerdo a la rentabilidad y no a la perfección de la tarea.



***RESUMIENDO: PLANIFICAR ES DETERMINAR LO QUE HAY QUE HACER Y PROGRAMAR ES ESTABLECER CUÁNDO HAY QUE HACERLO***

## **2. EL DESPACHO.**

Además de la organización del tiempo, es de gran importancia la organización material del entorno de trabajo. Esta organización condiciona en gran parte la eficacia de una persona.

No sólo es preciso organizar la jornada de trabajo, sino también el despacho, con el fin de poder trabajar cómodamente.

Lo ideal sería que todos los despachos estuvieran equipados de tal forma que resultaran agradables para desempeñar la actividad laboral y facilitaran un desarrollo funcional y práctico.

Tanto la iluminación como la disposición del mobiliario deben conseguir que el ambiente sea lo más confortable posible y que la distribución facilite y potencie el rendimiento de las personas que en él trabajan.

Algunos consejos prácticos para que el despacho cumpla las condiciones más favorables son los siguientes: ...

- La luz, ya sea natural o artificial, debe facilitar la visión. Es preferible que se tenga delante y no detrás. Es también aconsejable que provenga de la parte izquierda, con el fin de evitar que el brazo al escribir proyecte su sombra sobre el plano de trabajo.
- Las paredes conviene que estén pintadas de un color claro, puesto que hace que el ambiente sea más luminoso y provoque una sensación de mayor amplitud. Si las tonalidades son pastel, se llega a producir un efecto más relajante.
- La mesa de trabajo debe tener unas dimensiones apropiadas: ni demasiado pequeña ni demasiado grande. Es aconsejable no dar la espalda a la entrada del despacho, sino encontrarse en una posición que permita verla de forma adecuada.

Es importante conocer los medios de los que se dispone para desempeñar el trabajo, así como decidir el emplazamiento más adecuado para ellos. Todo dependerá de las actividades que se desarrollen. Es preciso conocer la distribución de los medios como apoyo, no como carga.

Lógicamente, no es lo mismo trabajar en un despacho individual o compartido. En el caso de ser **individual**, al tener más libertad de actuación, se pueden distribuir todos los componentes de acuerdo a criterios totalmente prácticos, atendiendo a estados físicos (luz, o espacio), como a hábitos personales.

Cualquier pequeño detalle, por insignificante que parezca, que haga parar el ritmo de trabajo, sumará tiempos que, al cabo del día pueden ser valiosísimos (por

ejemplo, la grapadora que nunca aparece, la agenda que queda oculta entre los papeles, etc.)

Aquí también el seguimiento de la planificación es fundamental para el buen funcionamiento y, una vez decidida la organización del despacho, se debe crear y respetar el hábito del sitio exacto para cada utensilio; con algunas excepciones.

Así, de una manera natural, los movimientos en el despacho acabarán siendo ordenadamente espontáneos.

En el caso de disponer de un despacho compartido, siguiendo el mismo criterio de aprovechamiento de espacio y medios, se debe considerar además el criterio de los demás, y resolver así conjuntamente y en beneficio de todos la estructura del despacho que se comparte.

Por otro lado, no hay que olvidar el despacho del jefe. Siempre debe estar en un estado correcto cuando llegue a la oficina y para ello es preciso asegurarse de lo siguiente:

- Está en orden.
- Dispone de suficiente material de oficina (lápices, papel, rotuladores, etc.)
- El calendario está al día.
- Ventilado, o huele a cerrado.
- Controlar las bandejas de entrada y salida.
- Ponerle a su disposición las revistas o periódicos que acostumbre a leer.

En algunas ocasiones, el jefe suele llegar al despacho antes que su persona. En este caso, el despacho del jefe debe quedar ordenado y preparado, en la medida de lo posible, el día anterior.

Conviene reflexionar, después de vista la teoría, sobre nuestra propia organización en el despacho.

- *¿Encuentra las cosas cuando las busca en su mesa?*
- *¿Cuando entra al despacho por la mañana, ¿su mesa le incita al trabajo?*
- *¿Tiene todo lo que necesita habitualmente a mano?*
- *¿Tiene diferenciadas claramente las cosas urgentes de las que no lo son?*
- *¿Tiene situado el teléfono de tal manera que cuando lo coge se cae lo de alrededor?*
- *¿Mantiene siempre los mismos sitios para las cosas?*
- *¿Tiene un sitio rápidamente disponible para hacer anotaciones cuando recibe algún mensaje?*
- *¿Diferencia en su mesa los siguientes elementos?:*
- *el lugar para los documentos de archivo*

- *la entrada de trabajos*
- *la salida de correo*
- *¿Mezcla los documentos de su jefe con los suyos?*
- *Su despacho, ¿es alegre y acogedor?*
- *¿Se asusta la gente cuando ve su mesa?*

## 2.1. Las interrupciones y las molestias.

Las interrupciones son situaciones altamente frecuentes en el desarrollo de la actividad laboral. Se estima que el tiempo promedio de trabajo sin interrupciones de una persona normal es de menos de diez minutos. Es decir, tan solo se trabaja de forma continua diez minutos seguidos.

Las interrupciones no son fruto solamente de las demás personas que interfieren en el trabajo de uno mismo. En algunas ocasiones, las provoca uno mismo como es el caso de:

- *Desorden en la mesa de trabajo.*

Como ya se ha comentado con anterioridad, es preciso disponer de una mesa de trabajo ordenada y en la que se tengan localizados en todo momento los utensilios que se necesitan.

El desorden de la mesa puede llegar a provocar importantes interrupciones en el transcurso de la actividad (algo que no se encuentra, algo que estorba).

- *Paradas para tomar café o comer.*

En algunas ocasiones, las paradas obligatorias para el café o para la comida pueden llegar a prolongarse de forma excesiva, ocasionando pérdidas, de tiempo innecesarias que van en perjuicio de la actividad profesional y del mejor aprovechamiento del tiempo propio.

- *Charlas con los compañeros.*

No cabe duda de que conversar con los demás compañeros del trabajo es siempre aconsejable. Pero hay que mantener este tipo de relación dentro de unos límites razonables. Con esto no se está insinuando que no haya que dialogar con los compañeros e intercambiar puntos de vista, o hacer simples comentarios a situaciones extralaborales. Estas conversaciones deben mantenerse en los momentos adecuados y sin rebasar los límites racionales establecidos.

- *Otras.*

Como llamadas telefónicas personales, ocuparse de otras cosas en lugar de trabajar, etc.

Para solventar este tipo de interrupciones, es preciso detectarlas y reflexionar acerca de ellas, puesto que el único responsable, y por lo tanto el único que puede darles fin, es uno mismo.

Además de las interrupciones provocadas por uno mismo, lógicamente existen también las que son provocadas por otras personas.

#### ***INTERRUPCIONES: PROPIAS, POR LOS DEMÁS***

En muchas ocasiones, son los clientes los que necesitan ayuda en alguna cuestión. En estos casos, es preciso asegurarse de que se es la persona adecuada para resolver esa duda e intentar eliminar las posibles interrupciones continuadas concertando citas con ellos.

En el caso de trabajar en equipo, en muchas ocasiones intervienen los otros componentes del mismo, ya sea el jefe o los colaboradores, si es que se tienen. En estos casos, es aconsejable establecer reuniones periódicas para tratar determinados asuntos, o bien reuniones individuales para cuestiones determinadas.

Con el jefe, es preciso fijar reuniones breves por las mañanas con el fin de determinar prioridades e informar de las actividades que se van a realizar a lo largo del día.

Además de los compañeros que forman parte de equipo propio de trabajo, otras personas interrumpen por muchas razones. En algunas ocasiones es para solicitar algún tipo de información, pero en otras es por motivos que nada tienen que ver con la actividad profesional. Para solventar este último tipo de interrupciones, es aconsejable tratar a estos compañeros con franqueza y decirles de forma sincera que se está muy ocupado. De esta manera puede, conseguirse que respeten su tiempo.

Existen, además de los ya mencionados, muchos otros casos de interrupciones y molestias en el trabajo, y a la hora de ponerles solución es aconsejable seguir los siguientes consejos:

- Colocar la mesa de trabajo de tal forma que evite el continuo saludo a los compañeros de trabajo.
- Decir que se está ocupado; de esta manera, aunque no se evitan, sí se consigue que las interrupciones sean lo más breves posibles.
- En caso de reuniones, hay que acudir preparados y con la documentación precisa, llegar a la hora, no charlar innecesariamente,...

A título de ejemplo, merece la pena destacar un tipo de interrupción que es muy habitual en el entorno de una persona. Este tipo de interrupción es la provocada por las entradas y salidas de trabajo.

Un apoyo tan fácil como el de las bandejas de distribución de trabajos evita no sólo estas interrupciones sino, al mismo tiempo, el desorden y por consiguiente los olvidos y pérdidas.

Dado que las interrupciones de los demás serán más delicadas a la hora de solucionarlas, se aconseja seguir las pautas anteriormente indicadas; en cuanto

a las propias, sugerimos una reflexión para que cada persona tenga claro los puntos en los que puede mejorar.

- *¿Tiene llamadas particulares durante la jornada?*
- *¿Pierde el tiempo en cosas que no le incumben?*
- *¿Se para a charlar con los compañeros?*
- *Las conversaciones telefónicas, en general, ¿son demasiado largas?*
- *¿Repite algunas tareas administrativas innecesariamente?*
- *¿Dedica más esfuerzo del debido a alguna de estas tareas?*
- *¿Pierde el tiempo al no aprovechar debidamente los viajes dentro?*

## CONSTITUCIÓN Y GESTIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO

### EL EQUIPO DE TRABAJO

Se trata de un conjunto de personas que tienen un alto nivel de organización operativa de cara al logro de determinados objetivos y a la realización de actividades, que trabajan en un clima de respeto y confianza mutua altamente satisfactorio.

### Elementos Para La Constitución Del Equipo

- Una **tarea**: Realizar una actividad conjuntamente de acuerdo a los objetivos propuestos en cuanto equipo.
- Las **realizaciones técnicas o funcionales**: Se derivan de esos objetivos. Todo lo concerniente a la forma de realizar el trabajo.
- Los **factores humanos**: Referencia a las relaciones socio-afectivas que se establecen.

### Características De Un Equipo De Trabajo

- a) **Objetivos comunes**: Objetivos definidos y aceptados por todos los miembros del equipo.
- b) **Número limitado de miembros**: Para que un equipo deba darse una productividad conjunta: 5 personas como mínimo y 9 como máximo.
- c) **Organización**: La estructura organizativa varía según los objetivos. aspectos comunes:
  - **Estructura participativa**: integra los objetivos personales con los objetivos generales.
  - **Distribución de funciones y actividades**: asumidas por el equipo y las responsabilidades derivadas de ellas.
  - **Coordinación participativa**: desarrollar y perfeccionar la asociación igualitaria de todos.
  - **Normas de funcionamiento**: Deben ser realistas, tener cierta significación, ser asumidas.
- d) **Complementación humana**: El trabajo de cada uno se articula con el de los demás, contribuyendo al logro de los objetivos.
- e) **Aprovechar los conflictos**: Dentro de un grupo es necesario la madurez emocional y profesional. Integrando las diferencias en una interacción positiva.
- f) **Espíritu de equipo**: Se da cuando alguien se siente aceptado y apreciado, desarrollando el sentimiento de nosotros

## Los Miembros De Un Equipo. Características.

- Tener objetivos comunes
- Trabajar para lograr los objetivos
- Participar responsablemente en las tareas de equipo
- Escoger líderes democráticos y participativos
- Ayudarse mutuamente
- Discutir con sinceridad y lealtad.

## Movimientos Del Equipo

### • Movimiento de expansión

Consiste en:

- *La distribución del trabajo*: asignación de funciones y tareas
- *Proyección* del equipo y su *articulación* con otros equipos, grupos, experiencias, etc.

### • Movimiento de concentración

Se refiere a:

- *La coordinación* de las distintas funciones y tareas
- El encuentro del equipo, *el trabajo conjunto*

### • Movimiento de anticipación

Incluye:

- *La planificación*, previsión de dificultades
- *Apertura* a nuevos planteamientos

### • Movimiento de retrospección

Consiste en:

- Evaluación, reflexión sobre lo realizado, observación de cambios y progresos, de detención de errores, *aprendizaje desde la practica*

## Posibles Problemas En Los Equipos De Trabajo

- Algunos/as de los miembros no saben lo que le se espera de ello/a o no entienden el sentido de lo que hacen
- Algunos/as van a lo suyo
- Algunos/as desconocen en que consiste su tarea y su relación con los restantes miembros.
- Algunos/as mas allá de su buena voluntad, no pueden cumplir sus tareas
- Algunos/as no se llevan bien entre si. El trabajo común se resiente
- Algunos/as no quieren trabajar y cooperar con los demás
- Algunos/as trabajan bien solos/as pero no cumplen con el equipo
- Algunos/as capaces y dispuestos no se comprometen con el equipo



- Algunos/as van a su aire, tanteando, sin seguimiento ni evaluación
- Algunos/as saben que deben hacer y como hacerlo, pero no lo hacen
- Los procedimientos no se cumplen o exigen una dedicación que ralentiza las tareas prioritarias
- Algunos/as no se sienten reconocidos o recompensados por su trabajo en el equipo
- No se toman decisiones importantes, se dilatan, se revisan continuamente, se cae en contradicciones, en incoherencias.

### Posibles Soluciones A Los Problemas

- Clarificar colectivamente los objetivos, concretar lo que se espera de cada uno/a.
- Preguntar a cada uno qué necesita y espera del equipo.
  - Establecer compromisos concretos sobre las tareas
  - Cambiar a esas personas
- Clarificar las tareas individuales, garantizar que cada uno esta informado de ellas y del papel de cada uno/a.
- Ajustar los objetivos y medios personales
  - Formar a las personas
  - Cambiar a esas personas
- Averiguar que esperan unos de otros, Valorar y utilizar la complementariedad de la diferencia, fomentar la cohesión y respeto mutuo.
- No obligar nunca a trabajar en equipo. Utilizar las experiencias negativas como aprendizaje. Motivar a las personas.
- Revisar la composición del equipo y también de sus miembros. Adecuarlas. Mejora la formación para el trabajo en equipo.
- Hacer que la información circule libremente. Evaluación continua
- Averiguar cual es el obstáculo, para superarlo
- Simplificar los procesos, utilizar el sentido común
- Establecer estímulos y reconocimientos claros que generen seguridad, incentivar el trabajo en equipo.
- Los/as lideres deben aprender a dirigir y delegar la dirección en otros. El equipo debe compartir responsabilidades de funcionamiento interno.

### ESTILOS DE LIDERAZGO

- Ausente o Pasota: *Cada cual a su aire*
- Paternalista: *Yo lo hago*
- Autoritario: *Porque yo mando*
- Democrático- Participativo: Personas que favorecen el aprendizaje y la participación y ayudan a mantener las ganas y la motivación de los miembros.



## Democrático-Participativo

- Recordar y velar para que se cumplan los objetivos que se han marcado como grupo por la coherencia del grupo. Visión amplia de las cosas. Anticiparse a ellas.
- Proyectar energía, motivar, animar.
- Facilitar la participación, la implicación de todos. Impulsar la cooperación, la relación entre los miembros, favorecer un buen clima racional.
- Fomentar el cumplimiento y la relación entre las diferentes tareas, organizar, buscar y distribuir los recursos necesarios, evaluar. Impulsar y facilitar la toma colectiva de decisiones

## FORMAS DE ABORDAR EL CONFLICTO

- 1) Identificar, delimitar el conflicto, formularlo de manera clara y precisa entre todos/as.
- 2) Valorar colectivamente la importancia del conflicto, sus causas y consecuencias, y la disposición o actitud de las partes para resolverlo.
- 3) Identificar y analizar colectivamente, todas las soluciones posibles y su coste.
- 4) Tomar una decisión por negociación/consenso o por mayoría.
- 5) Aplicar y evaluar colectivamente la decisión

## Posturas Ante El Conflicto

### COMPETENCIA

- Las posturas se orientan a la satisfacción de los objetivos personales
- Exige secreto, discreción, silencio
- Favorece un clima que tiende a aumentar la diferencia entre el nosotros superior y los otros inferiores
- Juicio falseado en el que se tiende a sobrevalorar la propia contribución y a desacreditar a los demás.

### COLABORACION

- Las posturas se orientan a la satisfacción de objetivos comunes al grupo
- Exige apertura, confianza, dialogo.
- Favorece un clima de integración entre el nosotros y los otros, en el que todos se encuentran en pie de igualdad.
- Juicio racional, en el que el esfuerzo de cada uno es evaluado en su justo valor, venga de donde venga.

## Resolución De Conflictos. La Negociación

Es un proceso por el que se van aproximando dos posturas diferentes, cediendo ambas en algo, para encontrarse en un punto de acuerdo común.

## Pasos en la negociación

### *Antes*

- Pensar que la negociación es algo normal, abordarla con tranquilidad.
- Darse tiempo para prepararla. Aclararse, precisar cual es exactamente el conflicto, que se quiere conseguir, que se esta dispuesto a ceder para llegar a un acuerdo.

### *Durante*

- Tener una actitud positiva, tranquila. Evitar crispaciones.
- Expresar claramente los objetivos a alcanzar
- Explorar las necesidades de la otra parte
- Tratar los aspectos a negociar uno a uno, evitando confusiones.
- Expresar con claridad los puntos de desacuerdo
- Resolver las diferencias
- Llegar a un consenso. No olvidar nunca que este es el objetivo principal de cualquier negociación. Llegar a un acuerdo. Si este no se alcanza será un fracaso.

### *Que no hacer*

- Descargar tensión en otra persona
- Hablar demasiado
- Discutir

### *Que hacer*

- Ponerse en la situación de la otra persona
- Escuchar activamente, con interés
- Pedir aclaraciones si no se entiende algo.

## TRES TIPOS BASICOS DE DECISIONES

- ***Decisiones estratégicas.*** Afectan a los objetivos, fines a sus principios y valores. Determina la orientación de proyectos futuros.
- ***Decisiones tácticas.*** Afectan a la forma concreta de realizar nuestras acciones y a nuestra manera concreta de organizarnos y organizar los medios para alcanzar nuestros objetivos.
- ***Decisiones operativas,*** Tienen que ver con el día a día, el funcionamiento cotidiano de la organización, los aspectos logísticos, material, equipamiento.

## La Toma De Decisiones

- ***Consenso*** = Todos/as los/as miembros del equipo se reúnen y tienen la posibilidad de expresar sus opiniones, con el fin de ponerse de acuerdo sobre una decisión final. Si alguien no termina de estar conforme se continúa la discusión.



- **Mayoría** = todos/as los/as miembros se pronuncian entre varias opciones. La decisión adoptada reflejara la opinión de la mayoría.
- **Minoría** = Cuando somos muchos/as y estamos organizados por comisiones o pequeños equipos de trabajo, las decisiones las toman los/as miembros de cada equipo, o creamos un pequeño grupo con la gente más directamente implicada por la decisión, para que ellos/as decidan.
- **Promedio** =Consiste en buscar una solución intermedia entre dos posturas alejadas, lo que conlleva a que, por lo general, nadie este absolutamente contento con la postura final.
- **Expertos/as** = Cuando no conseguimos ponernos de acuerdo en algún tema, para que orienten nuestra decisión con sus ideas.
- **Decisión autoritaria sin discusión** = decisiones predeterminadas, ya tomadas por alguna persona y sobre las que no habrá cambios.
- **Decisión autoritaria con discusión** =se discute una decisión antes de ser definitivamente adoptada, con el objetivo de ser modificada en el caso de que los argumentos que presenten el resto de los/as miembros.

### Pasos Para El Consenso

- **Situación inicial** = Se hace llegar información clara, precisa y concreta a todos/as sobre el tema a decidir. Transparencia.
- **Discusión sobre el tema** = se establece un plazo de tiempo y una forma para el debate sobre el tema que se va a decidir. Aquí debe prevalecer la sinceridad.
- **Toma de postura** = los/as miembros expresan una primera postura sobre el tema. Se recogen las aportaciones y se realiza un resumen. Prevalecer la claridad.
- **Negociación** = Si existen posturas encontradas se valoran los pros y las contras de cada una. Si las posturas reflejan matices diferentes pero no sustanciales, se intentan recoger los puntos de acuerdo.
- **Revisión** = Se establece la forma y el tiempo en que se va a revisar y valorar la decisión tomada.

## LA EVALUACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN

### CONCEPTO

Es un proceso, que pretende recoger y analizar de forma sistemática lo que ha sucedido en un periodo de tiempo determinado, comparar lo que se pretendía conseguir (y como se pretendía hacerlo), con lo que se ha obtenido realmente (y como se ha llegado a ese resultado). Con el fin de mejorar lo que se esta evaluando.

La evaluación posibilita rectificar sobre la marcha la programación, el trabajo que se esta haciendo, el funcionamiento de nuestro programa, etc., y permite además aprender de la experiencia, de tal manera que se puedan mejorar futuras programaciones o actuaciones, se pueden replantear determinados mecanismos de organización, etc.

Por otro lado, cuando la evaluación es colectiva, cuando es tarea del equipo, de todos/as sus miembros, se convierte en un poderoso instrumento de formación y cohesión que nos permite reconocer nuestro trabajo y reflexionar sobre él.

### CARACTERÍSTICAS

- **Adaptarse a cada situación:** sin empeñarse en aplicar diseños establecidos.
- **Flexibilidad Metodológica:** Cada situación evaluativa es distinta.
- **Temporalidad:** plantearse en el momento más adecuado.
- **Sensibilidad Social:** Tener en cuenta todo los sectores implicados.
- **Creatividad:** Muchas maneras de recoger información.
- **Continuidad:** Porque los resultados de la evaluación utilizados como feedback.
- **Realismo:** Ajustada al tiempo, recursos y energía.
- **Participación:** Necesario en el proceso metodológico.

### ¿QUE VAMOS A EVALUAR?

- **Evaluación de las necesidades:**

Se realiza después de haber estudiado la realidad y previa a la formulación del proyecto.

- **Evaluación del diseño:**

Analiza su coherencia y aplicabilidad, ayuda a formular proyectos, permite juzgar.

- **Evaluación del desarrollo:**

Analiza el proceso de ejecución (tanto la organización interna como las técnicas).

- **Evaluación de resultados o impactos:**

Analiza los resultados en función a las necesidades y objetivos.

## PASOS PARA EVALUAR

### 1. *Diseño de la evaluación*

- Que **aspectos** del proyecto o programa vamos a evaluar (elección de los contenidos).
- Con que **criterios** vamos a hacerlo (definición de indicadores)

Los **indicadores** deben ser:

- Medibles
  - Verificables
  - Referidos a lo que es importante.
- Quienes vamos a **participar** en la evaluación (identificación de participantes y reparto de tareas y funciones).
  - Que **herramientas** utilizaremos (selección o elaboración de instrumentos )

### 2. *Recogida de Informaciones*

- Plantearse de que información se **dispone** ya y de que información se **carece**.
- Recoger de forma **ordenada** la opinión y la experiencia de los miembros de la organización.

### 3. *Análisis de datos*

Sistematizar y analizar los datos producidos e informaciones, su contraste para la producción de conclusiones.

### 4. *Toma de decisiones*

Aplicación de las conclusiones obtenidas en la evaluación al programa o proyecto evaluado, para introducir los cambios o adecuaciones necesarias.

## INDICADORES

Un indicador es una unidad de información que nos señala si un cierto criterio de evaluación se ha dado o no. Por ejemplo algunos indicadores de grado de participación en el curso de animación sociocultural pueden ser: nº de asistentes, nº de intervenciones de tipo cuantitativo, ha habido propuestas constructivas para el grupo, hay predisposición a participar activamente en las actividades que se proponen, todos/as interviene en la discusión y debates del grupo, estos últimos son indicadores cualitativos.

Para hacer una evaluación seria hay que tener en cuenta indicadores cuantitativos y cualitativos, sin embargo se tendrá que contemplar otra información significativa sería que no se haya incluido en los indicadores. Es por esta razón por la que algunas situaciones evaluativas no conviene determinar indicadores previamente, ya que puede interesar afrontar la evaluación de la manera menos determinada posible. (Ejemplo programas nuevos que se estén experimentando).

### ***Lista de posibles indicadores cualitativos***

1. Se ha solucionado el problema
2. Los participantes proponen seguir con la actividad
3. Se ha incrementado la participación
4. Ha servido como punto de partida para la creación de un grupo
5. Ha dado resonancia a un colectivo ciudadano existente
6. Se ha cubierto un campo sin trabajar hasta el momento
7. Se ha incrementado la comunicación entre colectivos.
8. Se ha colaborado con diversas instituciones
9. Se ha realizado en colaboración con distintos colectivos ciudadanos
10. Se ha conseguido la participación de un colectivo especialmente marginado o desfavorecido de la actividad comunicaría
11. Se ha conseguido manifestar una problemática hasta el momento latente
12. Se ha conseguido una mayor confianza en el equipo base de intervención por parte de algún colectivo
13. Se ha producido economía de recursos con los mismos resultados
14. Se ha conseguido un conocimiento más aproximado de la realidad
15. Ha servido para el replanteamiento de la actividad o programa
16. Ha tenido repercusión a nivel social, en los medios de comunicación
17. Se ha conseguido eliminar o disminuir una determinada situación de marginación concreta
18. Se ha elaborado un dossier material de documentación

### **¿COMO SE EVALUA?**

Los elementos a tener en cuenta en la elección de instrumentos de recogida de información son los siguientes:

**Naturaleza de la información que se quiere obtener:** es distinto saber qué es lo que opina, siente o espera la gente, que lo que sabe o como se comporta. Si nos interesa nº utilizaremos métodos cuantitativos sino cualitativos

**Razón por la que se hace evaluación y destinatarios de la misma:** si la evaluación va a ser utilizada más directamente por las personas implicadas en el programa, es diferente si la evaluación tiene que ser interpretable y comprensible para alguien ajeno al programa

**Recursos humanos, técnicos y económicos disponible:** hay que tener en cuenta desde cuantas personas hay disponibles hay para observar o entrevistar, etc., hasta si tenemos grabadora para el grupo de discusión o disponemos de dinero para fotocopiar encuestas etc.

**Tiempo disponible:** hay que saber cuanto tiempo se dispone, sin correr el riesgo de que la evaluación sea menos útil porqué este desfasada. Es posible por ejemplo que no nos de tiempo a entrevistar a todas las personas interesadas y haya que sustituirlo por cuestionario o discusiones en grupo.

**Momento en el que se encuentra un programa, actividad o grupo que se va a evaluar:** por ejemplo, una discusión en grupo nos va a dar resultados muy diferentes si el grupo al que vamos a evaluar está recién formado o si lleva tiempo funcionando.

Es posible que al evaluar utilicemos más de un instrumento de recogida de información. Según el tipo de información que queramos obtener será más adecuado un tipo de instrumento u otro.

### ***Instrumentos para la evaluación***

- **Análisis Documental:** Recopilación y/o elaboración y análisis de programaciones, memorias, registros, fichas de seguimiento.....
- **Observación:** Estructurada definiendo previamente los aspectos a observar de forma sistemática o no estructurada, no se definen categorías a observar
- **Entrevistas:** pueden ser estructuradas (con guión previo), o semiestructurada (Cuando existe un guión previo flexible).
- **Encuesta o Cuestionarios:** Pueden ser cerradas (cuando la respuesta esta predeterminada) o abiertas (cuando la respuesta es libre).
- **Instrumentos Estandarizados:** Gráficas, escalas, Tes., etc.
- **Grupos de discusión:** un grupo discute y valora libremente, o con un guión previo, diferentes puntos a evaluar de un programa.
- **Otras técnicas de grupo:** debates, lluvia de ideas. Juegos y dinámicas etc.
- **Escalas o instrumentos estandarizados:** son escalas o Tes. ya preparados, como escalas de personalidad.etc.
- **Medidas no instructivas:** son cualquier manera de recopilar información o medir que eso suponga intervenir directamente para esa recopilación.

### ***Los tiempos de la evaluación***

La evaluación es una parte del proceso de planificación y debe ser planificada en sí misma, siempre considerándolo como un proceso flexible que se adapte a la realidad concreta que se evalúa.

Dependiendo de las preguntas y la información que se desee obtener, se intervendrá en un momento u otro:

#### Antes de comenzar la actividad

Haciendo una evaluación de necesidades y una evaluación del diseño, antes de poner el programa en funcionamiento.

#### Durante la actividad

Se puede contestar a diferentes preguntas durante la actividad para ir corrigiendo y perfeccionando la actuación sobre la marcha.

#### Inmediatamente después de la actividad

La valoración se hace cuando la actividad ha terminado incorporando la información y los datos que se recogieron, mientras la actividad estaba en marcha; este solapamiento de los tiempos refuerza la conveniencia de reforzar la evaluación con antelación

#### Cierto tiempo después de que la actividad haya sido llevada a cabo

Es lo que se denomina como seguimiento; dependiendo de la actividad, puede interesar conocer cuáles son los efectos a largo plazo y su diferencia con los efectos a corto plazo. Este tipo de evaluación requiere tener cierta información del momento en que la actividad se desarrolló.

### ***Evaluación participativa***

Es más fácil conseguir la participación de los destinatarios/as en la evaluación cuando estos ya están participando en todo el proceso de acción, en la definición de objetivos, en la planificación, etc. Es mucho más fácil cuando pretendemos limitar su participación en la evaluación.

El objetivo de esta participación en la evaluación no es solo, ni fundamentalmente, que los/as destinatarios/as "nos proporcionen datos", sino que crezca su conocimiento del proceso y su capacidad de reformular y replantear su práctica, su protagonismo.

El criterio, por lo tanto debe ser facilitar todos los medios y ocasiones posibles para que, de una u otra forma, con un nivel más o menos profundo según los casos, los/as destinatarios/as participen en la evaluación (y en todo el proceso) de todas las actividades, proyectos programas y planes que llevemos a cabo.

Los niveles de esta participación dependerán de muchos factores y también de la complejidad o alcance de aquello que vamos a evaluar. Si se trata de una actividad puntual, puede ser suficiente conseguir una primera impresión, una opinión, un nivel superficial de evaluación, pero la implicación, la profundidad el detalle de las respuestas que busquemos deberá crecer conforme crezca la complejidad del proyecto o programa que estamos evaluando.



## TÉCNICAS APLICADAS A LA EVALUACIÓN

Esto es especialmente importante cuando lo que se evalúa son procesos de grupo. Los grupos, al hacer una evaluación de sí mismo o de la tarea en la que están inmersos, tienden a quedarse en la simple valoración, normalmente egocéntrica. Cuando se evalúan los procesos, es crucial preguntarse esto por que de las valoraciones, ya que es lo que nos va ayudar a plantear alternativas y a poder aplicar la evaluación.

Una forma de recordar estos paso es el siguiente cuadro que sirve para organizar la información obtenida durante el proceso evaluativo y extraer conclusiones.

Los pasos para utilizar este cuadro son:

1. Definición de criterios o preguntas evaluativos. Dimensiones a evaluar
2. Valoración de cada una de las dimensiones a evaluar
3. Explicación de las valoraciones que se hacen. Contestar al porque de cada valoración.
4. Presentación de alternativas o propuestas al cambio. Este paso facilita la aplicación.

### *Ficha del proceso de evaluación*

Dimensión a evaluar	Valoración ¿Qué?	Explicación ¿Por qué?	Aplicación alternativas
---------------------	------------------	-----------------------	-------------------------

### *Matriz Dafo*

Es una técnica que nos ayuda a hacer un análisis de los elementos, tanto internos del equipo como externos, que pueden intervenir en el desarrollo de nuestras acciones en un entorno determinado, de modo que podamos definir los objetivos como alcanzables y así elaborar una programación.

Se rellena individualmente la matriz DAFO. Debe identificar según su punto de vista los siguientes aspectos.

- **Fortalezas** Presentes en el grupo, en base la cual se pueden construir los éxitos de los proyectos futuros.
- **Debilidades** que muestra el grupo y pueden remediarse si adoptamos las medidas adecuadas.
- **Oportunidades** que el entorno puede ofrecer al grupo y al futuro de trabajo, una vez detectadas deberemos aprovechar. Nos dicen ámbitos de acción y métodos de trabajo. Deben ser reales y previsibles.
- **Amenazas** que el entorno puede esconder y que debemos reconocer y adoptar medidas para enfrentarnos a ellas. Son aspectos negativos y externos.

La pondremos en común. Realizaremos después un análisis para sacar conclusiones y replantearnos el trabajo.

**DEBILIDADES (-)**

Presente. Internas

**AMENAZAS (-)**

Futuro. Externas

**FORTALEZAS(+)**

Presente. Internas

**OPORTUNIDADES(+)**

Futuro. Externas



**Castilla-La Mancha**



COLEGIO OFICIAL  
DE DIPLOMADOS EN  
TRABAJO SOCIAL Y  
ASISTENTES SOCIALES  
DE CASTILLA-LA MANCHA

Toledo, Junio 2007.

Curso ENVECEMIENTO ACTIVO.

Docente: Juan L. Moreno Millán.

---

## **IV. Módulo: OTROS PROGRAMAS INOVADORES**

---

## LA JUBILACIÓN:

### Introducción

La llegada de la jubilación incide poderosamente en la personalidad del mayor, ya que puede crear numerosas situaciones. Ejemplos claros son: soledad de la pareja, dificultades de adaptación, escasez de medios económicos, insatisfacción personal, excesivo tiempo libre, etc.

Las medidas de protección en este ámbito van a enfocarse:

- 1) hacia la preparación y formación para la vejez; y
- 2) al establecimiento de sistemas de jubilación flexibles.

### Preparación Para La Jubilación:

Estos programas van dirigidos a dar respuesta a las necesidades de información y asesoramiento en distintas materias, tales como salud, vivienda, pensiones, cultura, ocio. Su función principal consiste en preparar a los trabajadores para que comiencen la jubilación con un "enfoque positivo" que les permita el máximo bienestar individual y social en esta nueva etapa vital.

Sus objetivos fundamentales son: la superación de la ansiedad y el stress o depresiones de los pre-jubilados mediante la toma de conciencia de la problemática social que afecta al mayor, la enseñanza del autocuidado, la mejora de los hábitos( nutricionales y de higiene), la preparación para nuevas actividades, aficiones y empleo del tiempo libre, así como el asesoramiento e información sobre prestaciones, servicios y ayudas de los sistemas públicos de salud y servicios sociales y la animación para la participación, el asociacionismo y el voluntariado.

Los grupos que más se pueden beneficiar de ésta son: obreros sin cualificar, las mujeres y personas que viven solas o que se jubilan anticipadamente por motivos de salud.

Cabe destacar que la importancia de estos programas de preparación a la jubilación es mínima, puesto que es un muy bajo porcentaje de trabajadores los que reciben tal preparación.

## PROYECTOS INTERGENERACIONALES

Desde estos proyectos se pretende que los mayores participen activamente en la sociedad como trasmisores de nuestro pasado e historia, patrimonio cultural e histórico.

Reconociendo y valorando sus experiencias de vida aprendemos a cambiar las connotaciones negativas del concepto de vejez y los estereotipos.

En una sociedad donde abunda la incomunicación, el individualismo y el aislamiento se crean espacios donde diversas generaciones se encuentran y comunican. El sector de mayores se encuentra excluido y con falta de participación dentro de la sociedad.

Estos proyectos fomentan la participación del los/las mayores en su propia transformación de la realidad, repercutiendo así sobre la autoestima y el fortalecimiento de la capacidad de organización, en el desarrollo de habilidades y transmisión de saberes, valores, experiencias de vida a otras generaciones, las cuales necesitan para poder avanzar en el futuro, conocer su pasado para tener claro su futuro.

Con estos proyectos se pretende crear lazos de relación e intercomunicación entre los diversos sectores de la población potenciando momentos de encuentro, comunicación, integración y participación de los/las mayores con otros sectores de la población como infancia y juventud.

### *Ejemplos De Proyectos Intergeneracionales*

Podrían describirse muchos proyectos de contenido intergeneracional, con títulos tan sugerentes como: "Tú me cuentas y yo aprendo"; "Juntos iremos más lejos"; los mayores y la Seguridad Vial; "Guías Voluntarios de la Tercera Edad para enseñar Museos Españoles a niños y jóvenes estudiantes" y otros.

Aunque sea muy brevemente haremos algún comentario al respecto. Personas mayores se han hecho presentes en las Aulas de enseñanza primaria y han narrado a los niños, en el marco de la educación que se presta, historias de su tiempo: costumbres, tradiciones, aperos de campo, modos de vida... Han constituido lecciones y diálogos de un gran interés para los escolares. Los propios docentes, los mayores, se han sentido gratificados con ese oficio de maestros de vida. Como magistralmente escribió el Profesor Aranguren "La tercera edad es la edad de la memoria y las memorias, del repaso y del balance de la vida"; y en otro lugar añade que, en esta edad, "la vida consiste en narración narrante, o que se va contando al hilo de su realización activa..." (La vejez como autorrealización personal y Social. IMSERSO 1992).

La importancia de esta actitud narrante, comunicadora de vivencias de tradiciones, de sabiduría popular no tiene medida, es incalculable.

Se ha dicho de una manera sencilla pero de hondo significado que, “cuando un viejo muere arde una biblioteca”.

El Plan Gerontológico Estatal ya dejó claro, desde su puesta en marcha en 1992 que “la jubilación y la vejez, en general es una etapa para entregar saberes y experiencias”.

Muy unido con este pensamiento está la Experiencia **“Guía de Voluntariado de la Tercera Edad para enseñar Museos a niños y jóvenes estudiantes”**.

Aunque es de todos conocida esta magnífica experiencia, tal vez no sobre una ligera reseña de la misma.

Con motivo del Año Europeo de las Personas Mayores y de la Solidaridad entre las Generaciones, 1993, la Confederación Española de Aulas de la Tercera Edad, de conformidad con el espíritu de sus Estatutos y los objetivos que persigue empezó a desarrollar esta experiencia.

El programa pretende, por un lado, mostrar una nueva imagen y una nueva realidad de las personas mayores (activas, participativas y útiles a la sociedad) y, por otro lado, que los mayores, “bibliotecas ambulantes” – transmitan y acerquen los bienes culturales y artísticos a las generaciones jóvenes, al mismo tiempo que coadyuvan a dinamizar y a dar a conocer los museos españoles.

Día a día se van añadiendo voluntarios para participar en el desarrollo del Programa, que ha tenido una gran aceptación.

Previamente a ponerse a trabajar, los guías realizan un curso de capacitación en el museo que cada voluntario elige.

Y otra breve referencia a la experiencia conocida con el nombre **“Los Mayores y la Seguridad Vial”**.

También nació este Programa a la sombra de la celebración del Año Europeo de las Personas Mayores, 1993.

Los objetivos generales del Programa fueron, y continúan siendo:

- Integrar en las actividades educativas, culturales y deportivas a las personas mayores.
- Favorecer el reconocimiento y relación entre mayores y pequeños.
- Impulsar una imagen de personas mayores activas y solidarias, que ayudan, enseñan y aprenden.
- Romper barreras de edad que separan a las generaciones, abriendo espacios comunes a niños y mayores.

**Los objetivos específicos del Programa son:**

- Garantizar la Seguridad Vial y potenciar la educación vial de los escolares.
- Informar a los conductores acerca del Programa y la necesidad de extremar la precaución a su paso por las proximidades de zonas escolares, respetando la

señalización existente y la regulación del tráfico en los pasos peatonales por los mayores.

Fue pionero en la puesta en marcha de esta experiencia el Ayuntamiento de San Fernando de Henares, pero pronto le siguieron otros Ayuntamientos.

El programa ha tenido y está teniendo muy buenos resultados, demostrando que los ciudadanos Mayores son plenamente capaces de participar en el desarrollo de la Comunidad, dando un buen ejemplo de ello con su actuación cotidiana.

Hasta aquí, algunos modelos de voluntariado cultural. Pero ¿cuáles son los mimbres con los que hemos de construir esos y otros modelos posibles? ¿Qué factores, que potencialidades y recursos existen en nuestra realidad concreta, a partir de los cuales podamos impulsar estos modelos? Son preguntas que hemos de ser capaces de contestar.

En el fondo de la cuestión hay un principio incuestionable. "Para que exista un voluntariado de la cultura es condición necesaria que promovamos entre todos, una cultura del voluntariado, que impulsemos y ejercitemos los valores de la participación, la solidaridad y el compromiso con la comunidad de la que formamos parte.

### **Acogida Familiar: Estudiantes Y Personas Dependientes**

En nuestro rápido recorrido por distintos ámbitos concretos en los que la persona mayor puede comprometerse y, de hecho se viene comprometiendo, hacemos mención también de dos experiencias ejemplarizantes:

-El acogimiento familiar de mayores a jóvenes universitarios.

-El acogimiento familiar a personas mayores en situación de soledad o dependencia.

#### ***1º El acogimiento familiar de mayores a jóvenes universitarios***

Este programa es otro ejemplo de una acción iniciada en el marco del Año Europeo de las Personas Mayores y de la Solidaridad entre las generaciones, 1993.

Empezó en Granada, se extendió a otras ciudades andaluzas, y tiene hoy un amplio desarrollo en todo el ámbito nacional.

La experiencia surgió, por una parte debido al problema que sufren los universitarios desplazados durante el curso fuera de su domicilio a la hora de encontrar alojamiento. Téngase en cuenta el encarecimiento de los pisos o viviendas alquiladas.

Por otra parte, están los problemas económicos y sociales que afectan a los mayores en las ciudades: soledad, aislamiento, incapacidad para realizar algunas actividades de la vida diaria, inseguridad, miedos, etc.

Ante los problemas descritos surge esta experiencia, que consiste básicamente en que la persona mayor ofrece la posibilidad de alojar en su casa a estudiantes, recibiendo a cambio compañía, por parte de los mismos, colaboración en diferentes



tareas domésticas y en actividades de ocio y tiempo libre, y, por supuesto, también una aportación económica.

Este Programa, como es obvio, fomenta la solidaridad intergeneracional, a través de la ayuda mutua, favoreciendo una mejor comunicación e intercambio entre ambas generaciones.

Casi cabría decir aquí, que se abre un nuevo concepto de la familia.

Cualquiera ha podido leer en la Revista Sesenta y Más, nº 185, septiembre de 2000, la siguiente información: "Carmen y María Luisa, abuela y nieta postizas". Bajo este título extraño, se comenta:

"Hace tres años que María Luisa, estudiante de periodismo, convive con Carmen, de 83 años. Fue, a través de Solidarios para el Desarrollo, donde conocieron el proyecto de "vivienda compartida". Desde el principio, no hubo problemas de adaptación. Carmen es una mujer jovial "Yo soy una persona muy abierta y creo en la juventud". Por otro lado, María Luisa tenía la experiencia de convivir con personas mayores, como su abuela y su tía.

Ambos factores, sin duda, han servido para allanar el camino de la convivencia. Una experiencia que ha mejorado la calidad de vida. Para Carmen supone la compañía que combate la soledad del mayor. Así mismo, para María Luisa es como vivir en su casa, junto a su abuela. Atrás quedan los incómodos colegios mayores y los problemas económicos. Desde el primer momento, no establecieron ninguna norma, dejaron que el día a día orientase su convivencia. "Simplemente es respetarse y pensar que convives con otra persona. Si voy a llegar tarde llamo para avisar porque Carmen puede estar preocupada por mí".

## ***2º El acogimiento familiar a personas mayores en situación de soledad o dependencia***

Se trata de otro modelo de vivienda compartida pero, en este caso la persona acogida es mayor, que puede tener miedo a su soledad o padecer algún grado de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria. Este modelo de vivienda compartida empezó su andadura hace ya algún tiempo; aproximadamente una década. Está reconocido por los Servicios Sociales, como uno más, recibiendo apoyo técnico y económico.

Es cierto que en el modelo reconocido, suele ponerse entre los requisitos de la familia que acoge un tope de edad, a fin de garantizar la capacidad física para prestar determinadas actividades de apoyo.

Sin embargo, nos permitimos ofrecer aquí este modelo, como una posibilidad más de participación y compromisos de los mayores con la sociedad, porque, tal vez, con independencia de las "formalidades normativas", cuando los mayores que acogen gozan de excelente salud, pueden ofrecer este servicio como apoyo informal. En el medio rural, donde hay escasos recursos, poner en juego esta experiencia, puede ser una valiosa oportunidad.

No es preciso describir el funcionamiento y los objetivos de este Programa. Prácticamente serían coincidentes con la descripción hecha de la experiencia

anterior, de vivienda compartida con jóvenes estudiantes. La vivienda compartida con otras personas mayores, evita la soledad de éstas así como su institucionalización, e incrementa consiguientemente la oferta de recursos desde las propias personas mayores, que se convierten en "cuidadoras" de las personas acogidas.

### **Asociaciones Y Confederaciones. ONG's Nacionales E Internacionales**

El cuarto flash sobre los ámbitos concretos en los que la persona mayor competente puede comprometerse será el de las Asociaciones y Confederaciones y ONG's nacionales e internacionales.

Es indudable que el clásico refrán "La unión hace la fuerza" sigue siendo válido; es más, ahora es absolutamente imprescindible unirse para tener peso en nuestra sociedad y contar para algo. Pudiendo ser éstas de todo tipo: de vecinos, de amigos, de personas con los mismos intereses, de la misma profesión, para una determinada actividad, de ámbito nacional e internacional, etc.

Una vez creada la Asociación, se asocian con otras organizaciones dando lugar a las Federaciones y Confederaciones en las cuales cada miembro mantiene su personalidad, idiosincrasia e independencia, pero todas juntas pueden plantear temas ante la Administración o ante quién corresponda con muchísima fuerza pues son muchas personas allí representadas.

Es fundamental democratizar estas instituciones al máximo para que nadie pueda llamarse a engaño. Y junto a lo anterior, habrá que reforzar los programas sociales de las Asociaciones.

En los últimos años las Asociaciones han crecido en número y en calidad. Cada día tienen más claro su papel participativo en la sociedad. Han pasado de ser meramente reivindicativas de los derechos de sus asociados a impulsar y desarrollar programas dirigidos a mejorar la calidad de vida de los colectivos a las que estas asociaciones representan.

A esto ha contribuido, de una parte, el nuevo espíritu de los asociados, mucho más solidarios con los problemas de nuestro tiempo y, de otro lado las subvenciones, tanto de la Administración General del Estado, como de las Administraciones Autonómicas y Locales.

Hoy los Programas Sociales son muy variados. Responden a las iniciativas de las Asociaciones cada vez más ricas, y a la planificación desde las Convocatorias del 0,5%. Pero habrá que seguir ampliando el campo de actividad con Programas innovadores, por ejemplo la Red Iberoamericana de Asociaciones de Mayores (RIAM) que acaba de ponerse en marcha para el intercambio de experiencias y apoyo con las Asociaciones de aquel Continente. De ahí, el campo tan sugerente que se abre a la persona mayor para una acción comprometida.

Estas Asociaciones y ONG's, nacionales e internacionales están necesitadas de personal con gran experiencia que, de una manera altruista, estén dispuestas a trabajar en las actividades propias de cada una".

## **PROGRAMA "ALOJAMIENTO DE ESTUDIANTES CON PERSONAS MAYORES Y/O DISCAPACITADAS".**

---

Consiste básicamente en organizar y estimular el hecho de que una persona mayor y/o discapacitada, ofrezca la posibilidad de alojar en su domicilio a estudiantes universitarios, recibiendo de éstos compañía, colaboración en diferentes tareas de la vida cotidiana, actividades de ocio y tiempo libre, acompañamiento al médico u otras gestiones y, solo en casos excepcionales, cuidados personales.

La diferencia de este programa de «Alojamiento alternativo» con cualquier otra información o «bolsa de alojamiento» de Universidad, está en que aúna alojamiento con solidaridad, potenciando los acercamientos generacionales y la ayuda mútua entre ambos colectivos. Es por tanto, un modelo de alojamiento selectivo ya que no todos los estudiantes están dispuestos o «sirven» para los compromisos exigidos, ni tampoco todos superan la selección requerida en el programa, al igual que tampoco todas las personas mayores son aptas para el mismo.

### **Objetivos**

---

#### A) Generales

- Mayor apertura de la Universidad a la sociedad.
- Fomentar la solidaridad intergeneracional a través de la propia Universidad promoviendo la participación activa de las personas mayores.
- Fomentar el intercambio de experiencias entre ambos colectivos.
- Relacionar a los jóvenes con los mayores y/o discapacitados buscando el beneficio de ambos a través de esa «ayuda mutua».

#### B) Específicos

Con las personas mayores y/o discapacitadas:

- Mitigar el aislamiento y la soledad
- Buscar alicientes a sus vidas, haciéndoles sentirse útiles.
- Mejorar el bienestar y la calidad de vida de los mismos.
- Facilitarles la posibilidad de no tener que abandonar su domicilio habitual, manteniendo las redes de apoyo natural de su entorno.

Con los estudiantes universitarios:

- Conseguir alojamientos adecuados para estudiantes con problemas económicos y/o con determinadas aptitudes.

- Fomentar y canalizar entre los jóvenes universitarios, la solidaridad con los colectivos anteriormente citados.
- Procurarles un «ambiente» positivo y tranquilo que repercuta favorablemente en sus estudios.

### **Prestaciones A Realizar Por El/La Estudiante**

- Hacerles compañía
- Acompañamiento al médico
- Acompañamiento a gestiones administrativas.
- Realización de pequeñas tareas (compra de alimentos y medicamentos, bajar la basura etc.)
- Otras prestaciones de mutuo acuerdo por las personas participantes y las instituciones. Estas se determinarán según la necesidad y previo al inicio de la convivencia.

### **Requisitos Y Compromisos**

Para las personas mayores:

- Ser mayor de 65 años o menor de esa edad, siempre que presenten algún tipo de discapacidad o enfermedad invalidante.
- No padecer trastorno grave de conducta o invalidez.
- Mínimas condiciones de habitabilidad e higiene en la vivienda.
- Disponibilidad de una habitación apropiada para el/la estudiante.
- Respetar y no perturbar el horario de clase y días de exámenes del estudiante.
- Cumplir con las obligaciones que se especifiquen en el acuerdo regulador previo.

Para los estudiantes universitarios:

- Estar matriculado en la Universidad.
- Tener actitud y aptitud positiva hacia las personas mayores.
- Cuidar, respetar y utilizar debidamente las dependencias y enseres de la vivienda, ocupándose de la limpieza de su habitación, cocina y cuarto de baño cuando los utilice.
- Cumplir las prestaciones fijadas en el «acuerdo regulador» previo.

## **Gratificaciones**

---

Para las personas mayores y/o discapacitados:

- Ayuda para el consumo de energía eléctrica
- Ayuda para el consumo de agua
- Seguro para la vivienda.

Para los estudiantes universitarios:

- Beca de comedor o libros
- Gratificación económica, solo en determinados casos puntuales.

## **Fecha De Realización Y Plazo De Solicitud**

---

Este Programa se pondrá en marcha fundamentalmente al inicio de cada curso académico. No obstante, durante todo el curso se podrá solicitar y realizar cuantas incorporaciones sean necesarias.

Lo relativo a las personas mayores y/o discapacitados, se gestiona en la Delegación de la Consejería.

Las solicitudes y demás trámites de los universitarios, se presentarán en el Gabinete de Atención Social del Vicerrectorado de estudiantes de la Universidad, en donde se informará y entrevistará a los solicitantes, valorándose tanto sus experiencias y participaciones demostradas en ONGs de voluntariado, tercera edad etc. como su situación socio-económica y familiar.

Habrà un periodo de prueba al inicio de la convivencia en el que se valorará el grado de bienestar y adaptación de ambos participantes.

Tanto la Universidad, como la Delegación de la Consejería, llevarán a cabo periódicamente un seguimiento y valoración de la convivencia además de la realización de una evaluación final, mediante diferentes técnicas del Trabajo Social (entrevistas, cuestionarios evaluativos etc.).

## PERSONAS MAYORES AYUDAN A OTRAS PERSONAS

### Voluntariado

Personas mayores, que integradas en programas de ayuda y solidaridad con personas necesitadas de atención, prestan apoyo desinteresado a otras personas en la medida de sus posibilidades. Estos programas abarcan actividades asistenciales, de servicios sociales, cívicas, educativas, culturales, científicas, deportivas, sanitarias, de cooperación al desarrollo, de defensa del medio ambiente, de defensa de la economía o de la investigación, de desarrollo de la vida asociativa o cualesquiera otra de interés general.

El voluntariado participa en las actividades de los Centros de Mayores, con asesoramiento, seguimiento y tutela de los profesionales encargados del desarrollo de los programas. O pueden colaborar con el S.A.D. del S.S.B. en tareas de ayuda a ancianos necesitados de apoyo o relevo del cuidador.

### Asociaciones

Agrupaciones que despliegan acciones colectivas coordinadas para la defensa de los derechos e intereses comunes de las personas mayores. Las Asociaciones promueven la participación social y política destinada a mejorar las condiciones de vida de los mayores y el intercambio de experiencias. Ofrecen servicios, actividades y difunden la necesidad de asociarse para ayudarse mutuamente y desempeñar un papel activo en la sociedad.

Asociaciones de Pensionistas - Promueven y realizan actividades socio-culturales.

Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer - Informan y orientan sobre la atención a personas mayores con demencias y a los cuidadores de mayores dependientes y defienden sus derechos.

## EDUCACIÓN NO FORMAL

La educación es un término muy amplio y que debe ser considerado como un proceso, es decir debemos considerar la vida como un proceso educativo. Al mismo tiempo, en el término educación no sólo se incluyen las materias y temas que abarcan las enseñanzas obligatorias en cada país, sino también existen otros contenidos educativos que ayudarán a nuestra correcta incorporación y participación en la sociedad en la que vivimos. La Educación No Formal abarca diversos contenidos educativos que nos proporcionarán unos conocimientos importantes pero que no están dirigidos a la consecución de unos grados o títulos dentro del sistema educativo reglado.

A través de la Educación No Formal y utilizando como herramienta educativa este canal intentaremos alcanzar objetivos como:

- 1.- Fomentar que el ocio no sea sólo una forma de "matar el tiempo" sino que adquiera un sentido más allá del empleo de ese tiempo.
- 2.- Alcanzar una conciencia de utilidad y de autoestima personal, para ello se abordarán temas como las Habilidades Sociales, la autoestima, la comunicación, etc.
- 3.- Promover una mayor participación en todos los ámbitos de la sociedad, dando a conocer temas importantes y actuales que impidan un posible aislamiento de la Tercera Edad. Algunos de estos temas serán los trastornos alimenticios como la anorexia, adicciones como la ludopatía, la prevención de riesgos sociales, la violencia familiar y en el hogar, etc.
- 4.- Favorecer el Voluntariado Social dando a conocer contenidos como la situación en los países del Tercer Mundo, la situación de los discapacitados en nuestra sociedad, las bolsas de pobreza en los países desarrollados, etc.

Espero que todos estos contenidos sean de vuestro interés y quedo a vuestra disposición para que comunicéis vuestras dudas sobre cualquier tema relacionado con la Educación No Formal.

## ¿QUÉ ES UN TALLER PARA ABUELOS DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD?

Talleres específicos para abuelos de niños con necesidades especiales.

Hace muchos años cuando comenzamos un programa en Seattle (EE.UU.) para padres de niños con necesidades especiales tuvimos una actividad que consistía en preguntas controvertidas que nosotros presentábamos a los padres para estimular el debate y la discusión.

Una pregunta fue notablemente exitosa para estimular la discusión: "¿Tienen los abuelos especial dificultad en aceptar la discapacidad de su niño?". Las experiencias compartidas por los padres fueron que los abuelos eran positivos, que daban coraje y apoyaban.

Los abuelos de los niños con necesidades especiales son una población que no es suficientemente atendida, cuyas preguntas y preocupaciones únicas, pueden afectar al bienestar de la familia entera, y especialmente al niño con discapacidad.

Queríamos lograr una mejor comprensión de las necesidades de apoyo de los abuelos y sus necesidades de información. Nuestras metas para los talleres fueron y son ofrecer a los abuelos oportunidades de:

1. Encontrarse con otros abuelos de niños con necesidades especiales y discutir sus preocupaciones comunes.
2. Aprender acerca de los programas y servicios disponibles para los niños con necesidades especiales y sus familias.
3. Discutir el impacto de la discapacidad del niño en la familia entera.

Describiremos las metas y los componentes de un Taller de Abuelos. Explicaremos también cómo usted puede organizar talleres como aquellos que nosotros ofrecemos en Seattle. Pero primero contestaremos algunas preguntas que la gente realiza acerca de dichos talleres:

### 1. ¿Cuáles son las metas de los talleres de abuelos?

Las metas de los talleres para abuelos son proveer a los participantes de las siguientes oportunidades:

**-Reunirse con otros abuelos de niños con necesidades especiales, discutir sus preocupaciones comunes y desarrollar el apoyo de los iguales.**

-Aprender más acerca de la naturaleza de la discapacidad de su nieto.

-Aprender acerca de los programas y servicios disponibles para los niños con necesidades especiales.

-Discutir estrategias que ayuden y faciliten que los abuelos puedan brindar apoyo a sus hijos y familias.



-Discutir y comprender mejor el impacto de la discapacidad en la familia entera.

## 2. ¿Qué sucede en un taller de abuelos?

Los talleres de abuelos ofrecen dos actividades básicas—una mesa redonda de abuelos, y una actividad de información, usualmente la presentación de un orador invitado—que refleja dos básicos componentes del programa: **apoyo y educación**.

La mesa redonda de los abuelos, la primera actividad del taller, ofrece a los abuelos—usualmente por primera vez—una oportunidad de expresar algunas de las alegrías únicas, penas, preocupaciones, intereses que sólo otro abuelo de un niño con necesidades especiales comprenderá verdaderamente. Esta oportunidad para el apoyo de los iguales permite a los abuelos compartir experiencias comunes: el stress entre los miembros de la familia, causado por el diagnóstico de su nieto, dificultades afrontadas por una abuela sola, criando a un niño con múltiples discapacidades; la frustración que siente un abuelo que no puede ayudar a su hija por la distancia; la alegría especial y cercanía que un niño con necesidades especiales puede traer a una familia. **Proveer apoyo entre iguales** es una de las múltiples metas, pero es el foco primario de una mesa redonda de abuelos.

Como lo sugiere el nombre, el enfoque de **mesa redonda** genera una discusión viva sobre tópicos que son determinados por los mismos participantes. Los facilitadores juegan un rol activo, pero esencialmente un rol neutral. En lugar de comenzar con una agenda establecida, el facilitador prueba al grupo por áreas de interés y estimula al grupo para que utilice su capacidad colectiva para tratar el tema.

Siguiendo a un corto refrigerio, que da a los abuelos tiempo de hablar individualmente y reunirse con otros abuelos que tienen similares intereses o discapacidades en la familia, se establece una hora aparte para que los abuelos escuchen al experto invitado hablar sobre un tópico seleccionado por los mismos participantes. Las **oportunidades educativas** existen a lo largo del programa, pero ellas son el foco primario de esta porción del taller. Los oradores invitados y otras actividades educacionales serán tratados en detalle en la última sección.

## 3. ¿Cuándo se reúne un taller de abuelos?

Los talleres de abuelos se reúnen en cualquier tiempo conveniente para los participantes. Hemos descubierto que los sábados desde las 10 de la mañana hasta el mediodía son convenientes para muchos abuelos que trabajan durante la semana. No es demasiado temprano y así les permite dedicarse a sus actividades usuales del sábado por la tarde. Con otros grupos son más convenientes las reuniones nocturnas.

## 4. ¿Con cuánta frecuencia se reúnen los talleres de abuelos?

Aunque también esto es definido por los facilitadores individuales, los abuelos de nuestro programa piloto preferían reunirse mes por medio. Más aún, nosotros encontramos que los abuelos apreciaban la política de “puertas abiertas” del taller. Debido a que los talleres, por diseño, no son en secuencia, los abuelos no se

sienten perdidos si vienen al taller después de haber perdido una o dos sesiones. Esta política también les permite sentirse cómodos no concurriendo cuando tienen conflicto con sus agendas muy ocupadas.

### 5. ¿Cuál es la agenda para los talleres de abuelos?

Nuevamente, ésta puede ser diferente para cada grupo, pero la agenda que nos resultó útil permite 55 minutos para la mesa redonda de abuelos, 10 minutos para el refrigerio y 55 minutos para el orador invitado.

### 6. ¿Deberíamos conducir un taller de abuelos?

Debido a que los talleres están basados en la creencia de que los abuelos pueden ser excelentes recursos entre unos y otros, nosotros urgimos a los demás a que consideren el reclutamiento de un abuelo para co-facilitar el programa junto con un profesional con antecedentes en discapacidades del desarrollo. De esta manera, los participantes obtienen lo mejor para ambos mundos: el abuelo líder les asegura que realmente es para ellos, y sirve como modelo de adaptación exitosa al diagnóstico de un nieto; el profesional le provee acceso a la información necesaria y los recursos.

Nosotros hemos descubierto que dos co-facilitadores pueden manejar los talleres muy bien—sea que ellos son el equipo que nosotros mencionamos, o dos profesionales, o abuelos, un padre y un profesional, u otra combinación factible. Los co-facilitadores pueden compartir responsabilidades y pueden contestar las numerosas preguntas y preocupaciones individuales planteadas por los participantes, mejor que una sola persona. Más aún, como co-facilitadores puede ser el único punto de contacto con representantes del campo de las discapacidades en el desarrollo, y dos facilitadores pueden proveer al abuelo de una visión más amplia que una sola persona.

Independientemente de quién dirige el programa, los co-facilitadores deben ser calificados para el programa, para que sea efectivo. A continuación hay algunas de las calificaciones que nosotros consideramos que son importantes para aquellos que desean conducir un taller de abuelos:

#### **Co-facilitador profesional:**

Es deseable que esta persona:

1. Sea un maestro en educación especial, psicólogo, terapeuta, trabajador social u otro profesional entrenado para trabajar con poblaciones con necesidades especiales.
2. Que haya tenido experiencia profesional trabajando con familias con niños discapacitados.
3. Tener familiaridad con los principios de escuchar activamente.
4. Tener alguna experiencia conduciendo grupos.
5. Estar disponible para reunirse en tiempos convenientes con los abuelos.

## Abuelo co-facilitador

Es deseable que esta persona:

1. Sea abuelo de un niño con necesidades especiales.
2. Haber tenido experiencias con otras familias de niños con necesidades especiales mediante involucrarse con centros de discapacidad en el desarrollo, escuelas, u otros grupos o asociaciones que abogan por las personas con discapacidad y sus familias.
3. Estar disponible para reunirse en tiempos convenientes con los abuelos.

Mientras que la experiencia de un facilitador es importante, puede ser que su actitud sea lo más importante. La tarea del facilitador es **facilitar –hacer fácil–** compartir la considerable capacidad colectiva como expertos en una experiencia de grupo. El facilitador mostrará su respeto por el interés genuino en los miembros y adaptación de sus preocupaciones e intereses, y una apreciación que (a menos que el facilitador sea abuelo de un niño con necesidades especiales), él o ella nunca conocerá realmente cómo es tener un niño discapacitado en la familia.

### 7. Qué son los talleres de abuelos:

Los talleres de abuelos no son sesiones de terapia, grupos u otros. Ellos pueden, sin embargo, ser “terapéuticos” para los abuelos, quiénes no tienen alguien con quién compartir sus preocupaciones.

Algunos abuelos que tienen un momento difícil, especialmente para adaptarse a la discapacidad del niño, o que están incómodos con las experiencias de grupo pueden ser atendidos mejor, individualmente, mediante un abordaje de reunión similar al usado en los programas piloto de padres o de padres-con-padres, o por un consejero con habilidades en el trabajo con familias de un niño discapacitado.

## TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA PERSONA MAYOR. ACTUACIÓN DEL CUIDADOR

### Medidas Generales

- Es necesario evaluar e identificar las actividades y factores ambientales que interfieren o facilitan la consecución de un buen sueño.
- Entregar por escrito las medidas de higiene de sueño (descritas en el apartado del insomnio) acompañado de una explicación de las mismas.
- Animar a la persona a que modifique los factores y conductas perjudiciales.
- Potenciar el ejercicio de conductas y factores facilitadores.

### Técnicas Conductuales Específicas

- *Insomnio de conciliación,*
  - ✓ se recomendarán las pautas que producen el acortamiento de la latencia del sueño.
- *Insomnio de mantenimiento,*
  - ✓ pautas que disminuyen el número de despertares nocturnos.

#### ***A) Pautas para el acortamiento de la latencia del sueño***

El objetivo es ir acortando progresivamente el tiempo que tarda en dormirse la persona hasta alcanzar una latencia del sueño de 20 minutos o menos. Con este propósito se ha de intentar:

1. Acomodar el periodo de sueño al tiempo usual para dormir.
2. Establecer y desarrollar unas rutinas previas al sueño.
3. Proveer un ambiente tranquilo y confortable.
4. Animar a la persona a que limite la ingesta de cafeína, alcohol y nicotina a las primeras horas del día.
5. Proveer los medios para que la persona haga frente a la ansiedad y a las preocupaciones durante el día.

#### ***B) Pautas para disminución del número de despertares nocturnos***

El objetivo se habrá cumplido cuando la persona refiera pocos despertares, que

ha dormido profundamente y que se encuentra descansado al día siguiente.

Por tanto, es necesario cuidar los siguientes aspectos:

1. Que el ambiente se mantenga tranquilo.
2. Si la persona se encuentra hospitalizada, minimizar y agrupar las intervenciones necesarias.
3. Animar a la persona a continuar limitando a las primeras horas del día el consumo de café, alcohol y tabaco.

## PROCESO DE DUELO

### 1. Concepto

#### *¿Qué es?*

El duelo es un proceso inherente a la condición de vida, común a toda la comunidad humana. Es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. Una pérdida siempre es dolorosa, y se necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el proceso de duelo.

Las personas con retraso mental necesitarán un mayor apoyo para superar este proceso, necesitarán que las familias, profesionales, organizaciones generen actitudes de revalorización, de posibilidades de progreso.

#### *¿Qué actitud se toma?*

Ante la muerte de un ser querido se sufre, la pérdida nos provoca un sentimiento de dolor, rabia, enfado,... Ante el sufrimiento afloran sentimientos nada agradables. Las personas con discapacidad intelectual necesitan también vivenciar esos sentimientos y encontrarse ante los apoyos necesarios.

Lo anterior es la visión que cualquiera tiene ante la pérdida de un ser querido. Pero se le puede dar un vuelco total a la actitud que se toma, como hace *Angels Ponce Ribas* en *"Actitudes ante el cambio y las pérdidas: situaciones de duelo"*... *les propongo ver el sufrimiento desde otra perspectiva... la perspectiva del CRECIMIENTO, y para entenderlo, les invito a que por unos momentos, piensen las veces que han aprendido de los problemas que a lo largo de su vida se les han aparecido, y de la agradable sensación que nos invade cuando lo hemos resuelto y ha dejado de ser un problema. Por ejemplo, cuando perdemos las llaves y desesperados nos esforzamos por recordar donde las hemos puesto, y cuando las encontramos nos prometemos dejarlas siempre en el mismo sitio para que esa sensación de angustia que hemos vivido no vuelva a aparecer. Hemos aprendido a resolver un problema (cada uno lo hará a su manera). Insisto en que se den cuenta que de esta sensación de angustia –que es negativa-, hemos aprendido, por tanto, en cierta manera, crecido.*

Ante el sufrimiento también se crece, es por esto que a las personas con discapacidad intelectual no se les debe evitar el enfrentarse a la muerte a lo largo de la vida, porque esto les hará crecer y desarrollarse como personas adultas.

#### *¿Qué situaciones lo agravan?*

Hay una serie de situaciones que hacen más doloroso el proceso de duelo:

El grado de aproximación al fallecido:

- que sea la pareja, el viudo lo conlleva peor, sus secuelas son más de tipo emocional y de competencia funcional, actividades diarias.
- hijo/ nieto, el coste psicológico es mayor. La pérdida de un hijo es más traumática.
- hermano/ amigo íntimo, pocos estudios aunque no suele suponer una enorme pérdida.

Las circunstancias que rodean a la pérdida:

- momento y manera de morir, la muerte repentina es más estresante que
- la anticipada.
- suicidio, poco apoyo al doliente por la vergüenza pública.
- sistema de apoyo social, si cuenta con personas que han perdido un hijo y han sabido afrontar la situación la recuperación será más fácil.

## 2. Fases Del Proceso De Duelo.

Las fases del duelo hasta llegar a la recuperación son muy parecidas a las etapas por las cuales una herida pasa hasta que queda la cicatriz. Pueden presentarse de forma simultánea, sólo algunas de ellas por vez, el predominio de unas sobre otras o escalonadamente. Se pueden distinguir 4 etapas dinámicas:

### **FASE I.** *Impacto, perplejidad, shock.*

Se inicia cuando nos enfrentamos a la noticia de la muerte. Puede durar desde minutos, días y hasta 6 meses. Se caracteriza por incredulidad ante lo que ha sucedido, confusión, embotamiento emocional, conducta semiautomática. El doliente se desmorona en cuanto se da cuenta de la realidad. Es un escape natural y temporal que amortigua el impacto inmediato y ayuda a asimilar la terrible realidad. Aparecen pensamientos obsesivos (sólo se piensa en la pérdida). Sentimientos de inseguridad, desesperación, búsqueda de la persona fallecida, desolación y llanto.

### **FASE II.** *Rabia y Culpa.*

Aparece el sentido de culpa, una gran angustia acompañada de un fuerte autorreproche y un juicio severo contra sí, la persona considera que no hizo lo suficiente, que quizás pudo evitar esa muerte pero no hizo nada. Aparece un desprecio y autodenigración.

De forma esquemática sería así:

*Pérdida del ser querido + intenso dolor + culpa (angustia + rebaja del sentimiento de sí)*

Durante esta etapa hay una notable desorganización emocional, constante sensación de estar al borde de una crisis nerviosa y perder la cordura. Aparece también la cólera y rabia, no entendemos porque se ha tenido que morir. La

depresión conlleva un sentimiento de desolación y una disminución de la autoestima.

Síntomas más recurrentes: alteraciones del apetito, insomnio, miedo a enfermarse, aislamiento social,...

### **FASE III. *Desorganización del Mundo, Desesperación y Retraimiento.***

Puede durar hasta 2 años. El doliente se siente sin fuerzas, débil e incapaz de afrontar nuevas situaciones y decisiones. Se intensifica la pena y llanto. Busca el aislamiento (prefiere descansar y estar sola) Quiere tomarse su tiempo para vivir su duelo, se resiste a darlo por acabado.

*"El doliente debe abrirse a nuevas relaciones, pero no le apetece y le cuesta"*  
Síntomas físicos como falta de apetito, trastornos del sueño, falta de energía, no interés sexual,...

### **FASE IV. *Afirmación de la realidad y Recuperación.***

Se va abriendo paso la esperanza. Se toma conciencia de la pérdida, se acepta el vacío y se afronta la dura realidad. Sus características son la reconstrucción de la forma de ser, se retoma el control de la propia vida, abandono de roles anteriores, la búsqueda de un significado. Es bueno tener la calidez, la ayuda y el afecto de los que le rodean, buscar otras relaciones, trabajos o hobbies que den un sentido a la vida. Así recupera su nivel normal de autoestima.

Hay que tener en cuenta que no todas las personas pasan por estas fases ni en el mismo orden. Lo que es cierto es que la experiencia de duelo da la oportunidad de ayudar a otros cuando sufren trances similares.

Cuando ya se ha aceptado la pérdida y el recordar no causa dolor podemos hablar de elaboración del duelo. El expresar abiertamente la pena y el dolor que se siente es algo natural y deseable, y supone una buena salida psicológica en términos de la elaboración del duelo.

## **3. Síntomas Del Duelo.**

Los principales síntomas que caracterizan al proceso de duelo son los que siguen:

- Entecimiento generalizado en respuestas motoras.
- Inhibición de la motivación.
- Culpabilidad obsesiva generalizada.
- Falta de apetito, se recupera aproximadamente a mitad del año.
- Falta de sueño (insomnio)
- Depresión.
- Aislamiento social.
- Apatía o hiperactividad.
- Pensamientos negativos recurrentes, períodos esporádicos de desesperación.



-Ideas de muerte.

-Otros.

Todos los síntomas anteriores aparecen en distintos estadios del proceso de duelo, aunque muchos de ellos pueden darse simultáneamente y algunos otros no aparecer.

#### 4. Objetivos Que Persigue El Duelo.

- Aceptar la realidad de la pérdida, se consigue tras pasar por todo el proceso de duelo.
- Dar explicación a los sentimientos, identificarlos y comprenderlos, para poderlos aceptar y encontrar los cauces apropiados de integración.
- Adaptarse a la nueva existencia sin el ser querido, con la búsqueda de nuevos roles y ocupaciones.
- Invertir la energía emotiva en nuevas relaciones sociales.

#### 5. Duelo Normal.

El duelo es una respuesta normal y natural, la ausencia de respuesta sería lo no natural, cada persona lo experimenta a su modo aunque produce reacciones humanas comunes, necesita de ayuda para soportar el sufrimiento.

El duelo normal nos posibilita la maduración, se adapta a la pérdida y vuelve a vivir de manera sana en un mundo sin el ser querido. Sale fortalecido.

*"El duelo es un proceso adaptativo para devolver el equilibrio".* Se pasa por una serie de etapas vistas anteriormente. El duelo finaliza cuando la persona puede hablar del ser querido desaparecido con manifestaciones de aceptación de esa pérdida.

#### 6. Duelo Disfuncional O Patológico.

Hay personas que parecen no experimentar ningún tipo de duelo. No lloran, evitan cualquier mención y regresan a su vida normal muy rápidamente. Pero otras personas pueden sufrir síntomas físicos extraños o episodios repetidos de depresión.

En el duelo patológico las tareas del proceso no han sido vividas y finalizadas. Se suele caracterizar por una serie de manifestaciones:

- Revivir experiencias pasadas con poca o ninguna reducción de la aflicción.
- Exacerbación de respuestas somáticas o psicósomáticas.
- Expresión de sufrimiento o negación de la pérdida.
- Expresión de culpa, cólera, tristeza o llanto.
- Alteración del sueño o de los hábitos alimentarios.



- Ausencia de contactos sociales.

¿Por qué el paciente es incapaz de superar la pérdida? Distintas explicaciones:

- a) Fuerte dependencia debido al apego del doliente al difunto.
- b) El doliente no mantiene estrecha relación con otro miembro de la familia a quien transferir algunos de los lazos que lo vinculaban a su cónyuge.
- c) Las relaciones de duelos patológicos anteriores han sido ambivalentes.

Se pueden diferenciar varios tipos de duelo patológico:

### **1) Duelo complicado o no resuelto.**

Es el que se da cuando se producen alteraciones en el curso e intensidad del duelo, bien por exceso (manifestaciones excesivas o atípicas, socialmente inaceptado) o bien por defecto (ausencia de manifestaciones de pesar).

Existen distintos tipos de duelo complicado que pasamos a enumerar a continuación: Duelo ausente o retardado; Duelo inhibido; Duelo prolongado o crónico; Duelo no resuelto; Duelo intensificado; Duelo enmascarado; Reacciones de aniversario anormalmente dolorosas.

### **2) Duelo psiquiátrico.**

Se produce la aparición de un verdadero trastorno psiquiátrico, cumpliendo todos los criterios para su diagnóstico. Predisposición de las personalidades de tipo narcisista, son particularmente sensibles a la pérdida de sus objetos amados.

Existen distintos tipos de duelo psiquiátrico: Histérico; Obsesivo; Melancólico; Maníaco; Delirante.

\* Recomendaciones Prácticas ante el duelo disfuncional:

- Identificar con la persona las necesidades afectadas (alimentación, relaciones sociales, ...)
- Controlar el uso de medicamentos.
- Identificar el potencial de conductas autolesivas o las ideas de suicidio.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Respetar y apoyar las creencias religiosas.
- Ayudar a identificar y movilizar recursos y aspectos positivos de cada miembro de la familia.
- Estimular la participación en grupos de autoayuda y/ o grupos terapéuticos.

## **7. Cómo Intervenir. Abordaje Terapéutico.**

Podemos distinguir 2 tipos de buenas prácticas para abordar el proceso de duelo:

- Enfoque proactivo* (antes de que se produzca la pérdida)
- Enfoque reactivo* (cuando la pérdida ya se ha producido)

### ***A) Enfoque proactivo:***

#### A1) Educación continua sobre la muerte:

- Educación en el duelo, la escuela ha de introducir entre sus objetivos el conocimiento de la muerte.
- Los profesionales deben prestar especial atención a aquellos casos con familiares o amigos que son ancianos o cuya muerte parece inminente.
- Educar para aceptar que el sufrimiento, la enfermedad, la muerte, las pérdidas,... forman parte de la vida.
- Presentar de manera audiovisual las normas de comportamiento aceptado en la comunidad en situaciones relacionadas con la muerte.
- Enseñar que determinadas circunstancias (enfermedad, accidente,...) pueden cortar el proceso natural del ciclo vital.
- Proponer encuentros y debates con los familiares para que sepan la importancia de tratar el tema de la muerte en los hijos con discapacidad.

#### A2) Facilitar la comprensión sobre la pérdida:

- Evitar tabúes y tópicos incluyendo el tema de la muerte en el currículum escolar.
- Utilizar información de la prensa, radio y televisión para abordarlo.
- Facilitar un aprendizaje desde la vivencia, incluyendo experiencias sobre el duelo de personas que han pasado por ello.
- Utilizar para la enseñanza ejemplos de la vida diaria (muerte de una mascota, una planta o una persona famosa)

#### A3) Ayudar a expresar sentimientos y emociones:

- Animar a hablar sobre su propia mortalidad y la de sus seres queridos.
- Resolver aquellos asuntos pendientes que la persona con discapacidad intelectual piensa que tiene respecto al enfermo.

### ***B) Enfoque reactivo:***

#### B1) Ofrecer espacios adecuados:

- Un espacio confortable, donde evitar las interrupciones, contar con tiempo para dar el apoyo emocional sin prisas.

#### B2) Facilitar información:

- No ocultar la noticia del fallecimiento, información sincera y veraz.
- Información aportada simple y directa, adecuando la información al nivel del individuo, con una actitud empática.
- Utilizar la misma referencia de la persona fallecida.
- Que comprenda que ante la muerte no hay posibilidad de elección ni de control.

#### B3) Fomentar la expresión de sentimientos:

- Empatizar con la persona doliente, acompañamiento emocional.
- Estimular a la persona a hablar y a formular preguntas relacionadas con la pérdida (descargar- desahogarse) Se pueden contar experiencias personales.
- Fomentar la expresión de sentimientos tanto de forma verbal como no verbal (llanto). La ira, la depresión, las lágrimas son reacciones comunes.

#### B4) Atender cada caso de forma individual:

- Las reacciones que manifiesta la persona dependen de su historia personal.
- Suministrar apoyo a la persona.
- Disponibilidad para escuchar de una manera activa.
- Respetar fotos y otros recuerdos. Al pasar el tiempo, tales recuerdos pueden llegar a ser apreciados.
- Es útil escribir un diario o guardar fotos de la vida y muerte del fallecido para acompañar en el proceso de duelo.

#### B5) Hacer partícipe a la persona con discapacidad intelectual tanto como sea posible:

- Poner al alcance de la persona con discapacidad intelectual la participación en acontecimientos cercanos a la muerte, donde obtener el apoyo de los amigos y personas más próximas.
- Apoyar el recuerdo de aniversarios y la expresión de sentimientos en estas fechas concretas.
- Ayudar a resolver "los asuntos pendientes" que pueden crear una situación de malestar en el doliente.

#### B6) Otras buenas prácticas para enfrentarse al proceso de duelo:

- Minimizar los cambios en las rutinas establecidas.
- Buscar otras ocupaciones o actividades: deporte, establecer nuevas relaciones y realizar actividades ajenas a lo cotidiano. Evitar el aislamiento.
- Realizar una revisión de la relación personal con el fallecido, ayudar al paciente a expresar su dolor y la angustia, a reconocer las alteraciones cognitivas, afectivas y de conductas secundarias al duelo.
- Facilitar la transmisión de la dependencia del fallecido a otras fuentes de gratificación cuando sea necesario.
- Explicación al enfermo de que los síntomas que padece (ansiedad, sentimientos de culpa, ... ) son reacciones normales que desaparecerán con el paso del tiempo.
- *¿En qué consiste el apoyo emocional?* Consiste en acompañar a la persona que está en duelo, y se caracteriza por las siguientes reglas:
  - Sin juzgar ante la expresión de emociones.
  - Empatizar (comprender las emociones y sentimientos de los otros)

- No dar consejos.
- No preguntar "por qué".
- No tomar la responsabilidad del problema del otro.
- No interpretar.
- Centrarse en el aquí y ahora.
- Centrarse en los sentimientos.

## 8. Buenas Prácticas Para Las Organizaciones.

- a) Formación del personal acerca de buenas prácticas ante una situación de duelo.
- b) Creación de un espacio de intimidad para el acompañamiento y el apoyo emocional de aquella persona que se encuentra en proceso de duelo.
- c) La organización debe seleccionar al profesional o profesionales idóneos para el acompañamiento emocional.
- d) Facilitar encuentros entre profesionales para tratar el tema de la muerte.
- e) Disposición de servicios de orientación y consejo a los familiares afligidos sobre cómo actuar con el doliente discapacitado intelectual.
- f) La organización debe disponer de documentación específica acerca de cada usuario para saber cómo actuar en caso de duelo, con quién contactar (personas más cercanas afectivamente que pueden proporcionar mejor apoyo emocional), etc.

En conclusión para acompañar en un proceso de duelo se debe dar el tiempo necesario (no hay prisas); se deben respetar las diferencias que provienen de la misma persona; hay que identificar si nos encontramos ante un duelo normal o patológico para saber cómo actuar; y se deben elaborar las propias pérdidas del pasado y del presente, pues nos acerca más al doliente y nos enseña cómo siente y cómo actuar.

## SÍNDROME DEL CUIDADOR DE LA PERSONA MAYOR

### Definición De Cuidador Del Mayor.

Llamamos cuidador del mayor a la persona que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario al mayor. El cuidado del mayor es un proceso dinámico que va a requerir un progresivo incremento de atenciones y tareas por varios motivos: la pérdida progresiva de capacidad física y cognitiva por parte del mayor así como su creciente dependencia del entorno familiar.

Habitualmente es el cónyuge quien se hace cargo de la persona que precisa cuidados. Pero si quien requiere asistencia es la esposa, la situación se complica porque nuestros varones mayores no asumen fácilmente su rol de cuidador, de amo de casa. Cuando no es el cónyuge son las hijas quienes asumen el papel de cuidador. Para ello abandonan su trabajo y en muchas ocasiones desatienden su relación con sus propios cónyuge e hijos, lo que puede conducir a situaciones de desestructuración familiar. Los psicólogos y psiquiatras abogan por la creación de centros asistenciales que acojan temporalmente a los mayores, para que los familiares cuidadores puedan tomarse un respiro. El cuidado de mayores acaba causando estrés y depresiones entre quienes se encargan de su custodia.

Una gran mayoría de los cuidadores (80 %) presta sus servicios un número variable de horas durante los 7 días de la semana.

### Síndrome Del Cuidador.

La tarea de cuidar conlleva a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar constituyentes de un auténtico síndrome que es necesario conocer, diagnosticar precozmente y tratar de prevenir. Además se ha demostrado la relación entre estrés del cuidador y tasas más altas de institucionalización y que pacientes dementes que conviven con cuidadores muy estresados presentan mayor índice de problemas de conducta y episodios de agitación.

Diversos factores (edad, género, parentesco, co-residencia, tiempo de dedicación y existencia de otras cargas familiares) han demostrado su influencia en la aparición de este síndrome, conocido como el "síndrome del cuidador". Éste se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico, debido a que el cuidador tiene que afrontar una situación nueva para la que no ha sido preparada y que consume un gran número de tiempo y energías, y que incluso se puede llegar a tener un sentimiento de culpa por no haber hecho las cosas mejor.

El bienestar del cuidador depende de su propia salud, de la ayuda que reciba de su familia (apoyo emocional y el reconocimiento de otros familiares), de la capacidad de las instituciones a adecuarse a sus necesidades, de la información que tiene sobre la enfermedad, la propia tarea de cuidar, su forma de enfrentarse a la situación de cuidado y el estilo de resolver los problemas y la capacidad para

superar momentos complicados.

La carga a la que se ve sometido el cuidador puede expresarse en distintas áreas:

### **1.- Problemas físicos.**

Cabe señalar que se trata en gran número de ocasiones de problemas de aparición frecuente en el grupo de edad al que pertenecen la mayoría de los cuidadores, que se ven agravados por las tareas propias de su labor de cuidados.

Las quejas somáticas son múltiples, destacando entre todas ellas las referidas a dolor de tipo mecánico crónico del aparato locomotor; otras frecuentes son cefalea de características tensionales, abstenia, fatiga crónica, alteración del ciclo sueño-vigilia, insomnio y otros, en general mal definidos, de evolución crónica y claramente deteriorantes de su ya mermada calidad de vida.

Se ha demostrado que existe deterioro de la función inmune de los cuidadores, a expensas de una reducción de sus niveles de inmunidad celular, que los hace más susceptibles a determinadas infecciones víricas.

También se ha especulado sobre su mayor predisposición a otro tipo de patologías como la enfermedad ulcerosa péptica y la patología cardiovascular.

Asimismo se demostró un aumento del 63% en el riesgo de mortalidad entre los cuidadores mayores cónyuges que habían desarrollado un alto nivel de estrés.

### **2.- Problemas psíquicos.**

La prevalencia de desórdenes del área psíquica alcanza un 50%, a menudo difíciles de verbalizar y definidos como somatizaciones o como términos vagos del tipo de "desánimo" o "falta de fuerzas".

Entre los elementos causales de la aparición de desórdenes en esta esfera cabe destacar la propia incapacidad del paciente mayor, las tareas que debe realizar el cuidador, el impacto negativo de éstas sobre su calidad de vida y una pobre técnica de afrontamiento, que los convierte en más vulnerables.

Los principales problemas psíquicos del cuidador son la depresión, la ansiedad y el insomnio, que constituyen la vía de expresión de su estrés emocional.

Entre todos ellos destaca por su frecuencia la depresión; entre las circunstancias que influyen en mayor medida en su aparición destacan la falta de apoyo social, la carencia de recursos económicos, las relaciones previas con el paciente, el sentimiento de culpa, la existencia de una historia familiar de depresión y las limitaciones psicofísicas del cuidador.

Se ha demostrado relación entre el desarrollo de trastornos conductuales graves en el paciente demente y la aparición de depresión en el cuidador principal.

Las consecuencias de los problemas psíquicos del cuidador van a manifestarse en el terreno individual, el familiar y el de los propios cuidados al paciente incapacitado.

Los cuidadores presentan una alta tasa de automedicación, especialmente de diversos tipos de psicofármacos y analgésicos.

No se ha demostrado, sin embargo, que exista mayor consumo de alcohol entre los cuidadores si los comparamos a la población general de su mismo grupo de edad.

### **3.- Problemas de índole socio-familiar.**

En este ámbito aparecen frecuentemente conflictos familiares, consecuencias sobre las obligaciones laborales (absentismo, conflictividad laboral...), dificultades económicas y disminución de las actividades sociales y de ocio.

#### **Detección Del Síndrome Del Cuidador.**

El cuidador, en situación potencial de poder sindromizarse, es una persona especialmente vulnerable, por lo que es preciso que en el ámbito de la Atención Primaria se realicen todos los esfuerzos encaminados a su detección precoz.

Se han propuesto varios instrumentos de medida, como el *Zarit Burden Interview*, el *Caregiver Stress Test* y el Índice de Esfuerzo del Cuidador (*Caregiver Burden Scale*), que consideramos especialmente útil para su uso en atención primaria.

#### **Abordaje E Intervención Con El Cuidador.**

La intervención en relación con los cuidadores es un trabajo en el que la interdisciplinariedad juega un papel fundamental, tanto dentro del equipo de Atención Primaria (donde resulta fundamental la actuación de la enfermería, tanto en la consulta ambulatoria como en la domiciliaria, trabajador social), como en la relación con los Servicios Sociales y el equipo de Salud Mental con el que quizá haya que contar tanto para la interconsulta como para la colaboración y seguimiento del propio cuidador para su apoyo y adecuación de sus sentimientos.

Un buen manejo del paciente con demencia y sus cuidadores nos permitirá realizar un trabajo preventivo a los tres niveles: En el primario evitando la aparición de los síntomas en el cuidador, en el secundario detectando precozmente su aparición y en el terciario ya que una vez detectados podremos intervenir para evitar la progresión de los síntomas y permitir así unos cuidados más adecuados y retrasar la institucionalización (ya que los sujetos del cuidado se encontrarán mejor en tanto sus cuidadores estén en buenas condiciones).

La intervención posible en relación con los cuidadores puede establecerse con arreglo a los siguientes apartados:

*Asistencia al mayor:* cuidados, atención médica, higiene. Existen evidencias acerca de la relación entre el tratamiento farmacológico del paciente demente (con donepezilo o metrifonato) y la reducción de la puntuación en escalas (*Caregiver Burden Scale*) de sus cuidadores.

*Información acerca de la enfermedad:* informar al cuidador acerca de la naturaleza de la enfermedad (pérdida irrecuperable de las funciones cognitivas y de las actividades cotidianas), evolución y situaciones emocionales que se producen, la necesidad de atención y manejo de problemas físicos, conductuales y psicológicos.

*Promover una reunión familiar,* donde se situará el momento en que se encuentra la



enfermedad y las perspectivas de futuro del paciente.

Poner en contacto al cuidador principal con una *Asociación de personas* con su mismo problema (compartir un problema contribuye a mitigarlo). Este tipo de intervenciones demostraron retrasos muy significativos en la institucionalización de mayores con demencia.

Información al cuidador sobre la red de Servicios Comunitarios: puesta en contacto con los Trabajadores Sociales correspondientes y búsqueda de recursos apropiados para su caso particular.

El cuidado del cuidador propiamente dicho, prestando atención a su autocuidado, tanto en su salud física (alimentación, sueño, ejercicio físico, hábitos de consumo) como psicológica (estado de ánimo, cansancio, cambios de humor). Cuidado y apoyo en situaciones de culpa y ambivalencia.

Es fundamental que no renuncie a una parte del tiempo de ocio, favoreciendo la estructuración de un "tiempo de respiro", propiciado con un reparto de tareas con otros familiares o acudiendo a una institucionalización parcial.

Mantendremos un estado de alerta durante todo el proceso del cuidado ante cambios importantes en la economía, situaciones de sobrecarga y cambio en las relaciones con la persona a cuidar.

Pondremos especial atención a posibles situaciones de malos tratos, ya sean estos físicos, emocionales, sexuales, de abandono o de explotación material, que en algunas series llegan al 20% de los casos.

### ***Recomendaciones generales para prevenir el síndrome del cuidador***

- Información regular al cuidador
- Accesibilidad para el cuidador en momentos de necesidad
- Indicaciones lo más claras posibles sobre el régimen de cuidados
- Favorecer la toma de "tiempos de respiro"
- Proporcionar información sobre Asociaciones y redes de apoyo

### **Apoyo A Familias Cuidadoras.**

Es un Programa de respiro familiar destinado a intervenir en el proceso de atención a la familia cuidadora para posibilitar la evolución eficaz de la dinámica familiar, condicionada por la asistencia que dispensa a una persona mayor con su discapacidad.

#### ***Servicios.***

- Programas de información: dar a conocer los cuidados que determinados tipos de patología requieren y los recursos con los que podrían contar, al objeto de aliviar el hecho de tener al anciano en su domicilio habitual, o de sustituir a la familia en caso necesario.
- Programas de formación dirigidos a las familias cuidadoras: Enseñar al cuidador/a las habilidades o técnicas necesarias para atender a la persona mayor.



- Recursos de alivio: destinados a proporcionar al cuidador/a del anciano tiempo para sí mismo, permitiéndole mantener una vida más o menos normalizada y recuperar fuerzas, aliviando una sobrecarga que pondrán en peligro su salud física y mental.

### ***Recursos.***

- Centros de Día de Mayores.
- Unidades de Estancias Diurnas.
- Estancias temporales en Centros Residenciales.
- Programas de Voluntariado.
- Adquisición de material ortoprotésico y ayudas técnicas.
- Adquisición de elementos parasanitarios.

### ***Información.***

- Delegaciones Provinciales de Asuntos Sociales.
- Servicios Sociales Comunitarios/De Base.

## ESTRÉS EN EL PROFESIONAL

### El Agotamiento Profesional (Burn Out)

El agotamiento profesional, o su término inglés "burn out" es un síndrome de agotamiento emocional que puede presentarse de forma más común entre los trabajadores cuya labor profesional se realiza en relación directa con la gente (Maslach). Se trata de una reacción a la tensión emocional crónica creada por el contacto continuo con otros seres humanos, en particular cuando éstos tienen problemas o motivos de sufrimientos.

Es un tipo de estrés específico que se da en los profesionales de los servicios humanos que tienen que soportar un alto nivel de tensión en el trabajo, frustración personal, y enfrentamientos continuos con situaciones conflictivas, por lo que después de meses o años de dedicación éstos profesionales terminan "quemándose". Es el caso de los trabajadores sanitarios, de Servicios Sociales, de la Salud Mental, Educadores, etc.. Por eso se dice, que este síndrome es "el precio de ayudar a los demás".

El rasgo fundamental del "burn out" es la sobrecarga emocional o el cansancio emocional. La persona se implica excesivamente a nivel emocional, por lo que al final se verá desbordada y no podrá dar más de sí misma a los demás. La respuesta a tal situación es el agotamiento emocional. El individuo se siente "vacío" y le falta energía y recursos para afrontar su trabajo.

Para protegerse de éstos sentimientos negativos, el sujeto trata de aislarse de los otros, desarrollando una actitud impersonal hacia "los clientes" y los compañeros de trabajo, se transforma en una burócrata, se muestra cínico y distante y convierte las relaciones con los otros en lo que marcan las normas o el reglamento del servicio, tratando además de hacer culpables a los otros de sus frustraciones laborales.

Esta desconexión emotiva, marca otro aspecto del burn out: la despersonalización. El individuo comienza a ver en los otros a sus enemigos, se forma una mala opinión de ellos, siempre espera lo peor hasta terminar por detestarles. Esta reacción cada vez más negativa hacia la gente, se manifiesta de varios modos, llegando a ignorarles y a ignorar sus necesidades y solicitudes y a no dar la ayuda, la asistencia o el servicio que requieren.

Esta actitud negativa hacia los demás, puede terminar volviéndose contra sí mismo y así aparecen los sentimientos de culpa, la caída de la autoestima y el cuestionamiento sobre la propia valía personal.

En éste momento aparece el tercer rasgo esencial del agotamiento y es el sentimiento de fracaso profesional al comprobar que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para atenderlas adecuadamente. Este sentimiento puede estar encubierto por una sensación paradójica de omnipotencia. Ante la amenaza inconsciente de sentirse incompetente el profesional redobla sus esfuerzos para afrontar las situaciones, dando la impresión a los de fuera de que su interés y dedicación son inagotables.

## Proceso Del Burn Out

### **1.-Agotamiento emocional**

- Grandes expectativas; despliegue de mucha energía. (Fase poco realista) El trabajo lo invade todo. Identificación con la tarea. SOBRECARGA EMOCIONAL
- Sensación de no poder dar más de si. Sentimiento de "estar vaciado".

### **2°.- Despersonalización**

- Reacción defensiva que produce aislamiento, frialdad, rigidez, apego a las normas. Relación personal de tido burocrático

### **3.- Reducción de la capacidad personal.**

- Caída de la autoestima. Sentimiento de culpa e inadaptación sobre su propia valía personal

## Síntomas Asociados

### ***Psicosomáticos***

- Fatiga crónica
- Dolores de cabeza frecuentes
- Problemas de sueño
- Ulceras o trastornos gastrointestinal
- Pérdida de peso
- Hipertensión
- Asma
- Dolores musculares (espalda, cuello)
- Trastornos menstruales

### ***Conductuales***

- Absentismo laboral
- Abuso de drogas (alcohol y otros)
- Aumento de conducta violenta
- Comportamiento de alto riesgo (conducción temeraria)

### ***Emocionales***

- Distanciamiento afectivo
- Irritabilidad, celos...
- Incapacidad para concentrarse
- Baja autoestima y deseos de abandonar trabajo.

- Ideación suicida

### ***Defensivos***

- Negación de las emociones
- Atención selectiva (sobre clientes)
- Ironía, racionalización
- Desplazamiento de afectos

## **Soluciones Para El Burn Out**

### ***Personales***

- Aprender el Burn out o stress en general
- Practicar algunas técnicas antiestrés (yoga, relajación)
- Conocerse a *sí* mismo (Psicoterapia, grupos de apoyo)

### ***Relacionados con el trabajo***

- Establecer objetivos realistas
- Afrontar los problemas con cierta distancia.
- Formación permanente
- Supervisión

### ***Institucionales***

- División clara del trabajo
- - Cambiar de tareas o diversificación
- - Reconocimiento del esfuerzo personal
- - Ayuda para clarificar objetivos profesio nales
- Posibilidades de promoción
- Facilitar la formación (Seminarios, Supervisión, Grupos de apoyo).

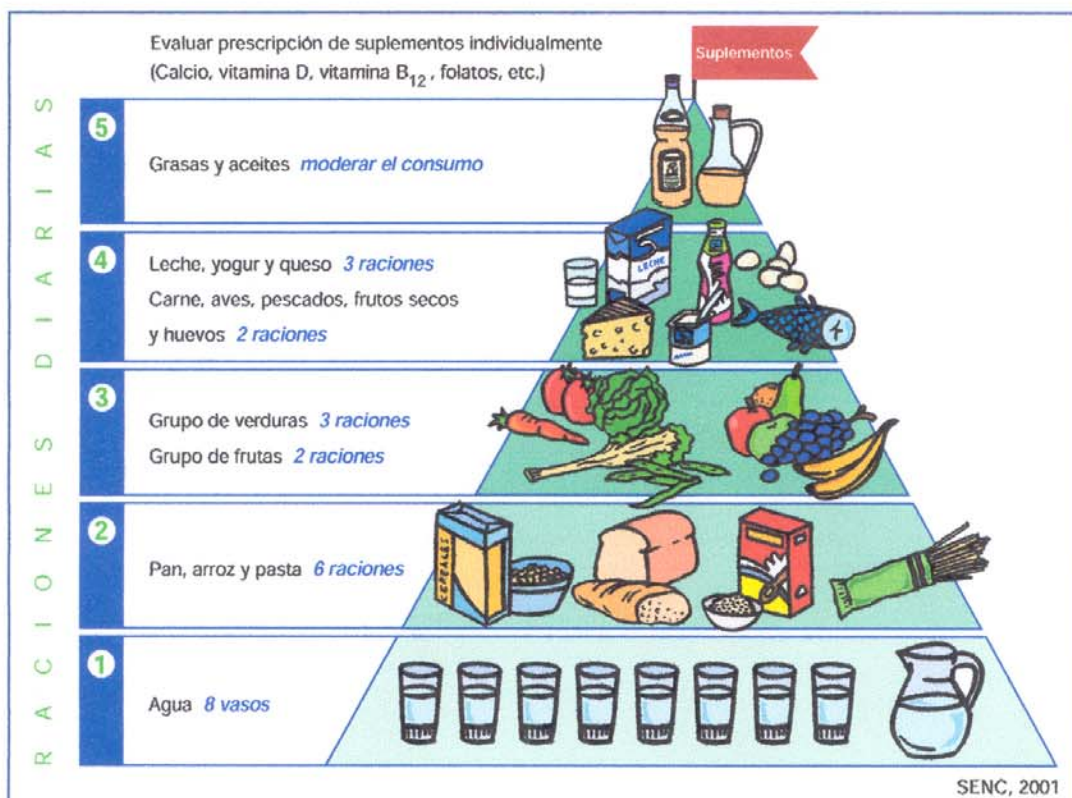
## LA ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

### La alimentación de las personas mayores

Pese a que los factores genéticos juegan un papel determinante en la expectativa de vida, la dieta y la nutrición contribuyen decisivamente a aumentar la calidad de vida de los mayores, y a prevenir y tratar numerosas enfermedades que les afectan. Una alimentación adecuada contribuye a preservar a las personas mayores de la pérdida de tejidos y funciones orgánicas, de enfermedades crónicas degenerativas, etc.

Pese a que la necesidad de energía es menor en las personas mayores debido a una reducción de su actividad física, no pasa lo mismo con su necesidad de nutrientes, mayor que en personas jóvenes.

#### Pirámide de la alimentación para personas mayores de 70 años



## *Características De La Dieta (De La Persona Mayor)*

- COMIDAS POCO COPIOSAS Y REPARTIDAS.
- FÁCIL MASTICACIÓN.
- PRESENTACIÓN ATRACTIVA
- ADAPTADA A LOS GUSTOS Y NECESIDADES DE LA PERSONA MAYOR
- VARIADA
- PRODUCTOS RICOS EN CALCIO (Leche y derivados)
- EVITAR AZÚCARES DE ABSORCIÓN RÁPIDA (sin suprimirlos)
- PROTEÍNAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO (de origen animal)
- EVITAR DIETAS HIPERPROTÉICAS
- ÁCIDOS GRASOS POLIINSATURADOS (pescados azules, aceites vegetales)
- INTRODUCIR FIBRA (aconsejar consumo de cereales integrales)
- USAR LA SAL CON MODERACIÓN (sin restringirla por debajo de los 2 grs. Diarios)
- AGUA SUFICIENTE (de 1 a 2 litros por día, según la estación del año)

## PROGRAMA PACIENTE EXPERTO

He comenzado a hacer ejercicio otra vez. Pensaba que no lo podría volver a practicar, pero ahora me siento muy bien



El mero hecho de conocer a gente con nuestros mismos problemas y hablar con ellos ha sido una gran ayuda

[www.pacienteeexperto.org](http://www.pacienteeexperto.org)

Información e inscripciones

Programa "Paciente Experto"  
Fundación Educación, Salud y Sociedad  
C/ Plaza Preciosa, 1 Erto.  
CP: 30003 Murcia  
www: [pacienteeexperto.org](http://pacienteeexperto.org)  
E-Mail: [info@pacienteeexperto.org](mailto:info@pacienteeexperto.org)  
Tel: 902 027 883

Organiza



Colabora



*¡Sentirte mejor está en tus manos!*



*date más vida...*



Cursos gratuitos para personas con enfermedades de larga duración **para todas las edades**



## Qué es el Programa 'Paciente experto'

Esta iniciativa se pone ahora en marcha en España con el mismo objetivo con el que ya funciona en otros países: **Aliviar las consecuencias de las enfermedades de larga duración**, cualquiera que sea su naturaleza.

Entre sus actividades destacan los  **cursos dirigidos a pacientes crónicos**. El Programa les ayuda a tomar un **mayor control de su salud** aprendiendo nuevas habilidades que les permiten mejorar su condición en lo cotidiano.



Los cursos incluyen, entre otras, las siguientes materias:

- Tratar con el dolor y el cansancio extremo.
- Hacer frente a la depresión.
- Técnicas de relajación.
- Alimentación saludable.
- La comunicación con la familia, los amigos y los profesionales sanitarios.
- Planificarse el futuro.

## ¿Quién puede participar?

Cualquier  **persona**  que padezca una enfermedad crónica o  **personas**  que quiera adquirir hábitos de vida saludables, (hábitos alimenticios, control del estrés, fomento de la actividad física, etc...). También se dirige a los  **cuidadores**  o  **profesionales sanitarios**  que deseen conocer esta nueva forma de ayudar a los enfermos, y a los que afecta en su propia salud la enfermedad del paciente.



## ¿Cómo me ayudará?

El participar en el programa  **Paciente Experto**  puede beneficiarte en muchos sentidos:

- Adoptará nuevas habilidades para controlar su salud.
- Tendrá mayor confianza en el manejo diario de su enfermedad.
- Encontrará a personas con las que compartir experiencias.
- Aprenderá a desarrollar relaciones efectivas con los profesionales de la salud.

**Con el curso me he dado cuenta de que tengo algo que decir sobre mi enfermedad y no dejar que domine mi vida**

## ¿Cómo se han beneficiado ya otros?

El Programa Paciente Experto se desarrolla ya en Estados Unidos y en el Reino Unido. Los pacientes manifiestan que los cursos les han beneficiado de diversas formas:

- Permitiéndoles recuperar la confianza y el control de sus vidas.
- Ayudándoles a dirigir su enfermedad y los tratamientos médicos junto con los profesionales de la salud.
- Haciéndoles ser más realistas con respecto a su salud y al impacto que ejerce en sí mismos, en sus familiares y cuidadores.
- Facilitándoles la aplicación de sus nuevas habilidades y conocimientos en mejorar su calidad de vida.



date más vida



## LOS MAYORES Y LAS DROGAS

Las drogodependencias suponen un problema de etiología claramente social y que de una u otra forma, afecta a toda la población. Y no sólo a los jóvenes, en cuanto al consumo y sus repercusiones, ni tampoco sólo a determinados profesionales, como jueces o policías, en cuanto a la represión o prevención de la oferta. Afecta como decimos y por completo, a todos los estamentos sociales, ya sean profesionales, por grupos de edad, sexo, etc.

Y dentro de este “todos”, incluimos por su puesto, a los mayores. Ya sabemos que la relación que éstos tienen con las drogas (siempre hablamos tanto de drogas legales como ilegales), no suele ser espectacular, morbosa, impactante y, por tanto, merecedora de existir siquiera para nuestros medios de comunicación social, que como sabemos, son los que a menudo configuran nuestra realidad, pero no es menos cierto que tal relación existe, en un grado realmente notable y cada vez más preocupante.

Posibilitemos que una realidad como es la relación existente entre las drogas y los mayores, pueda debatirse y analizarse abiertamente, contribuyendo así a su mejor comprensión para avanzar hacia una relación menos traumática entre los mayores y un mundo donde cada vez las drogodependencias suponen y probablemente supondrán, un problema más acuciante.

## LUDOPATIA Y REHABILITACIÓN

### Definición.-

Se puede decir que la ludopatía, juego compulsivo o juego patológico, consiste en la incapacidad progresiva de un individuo a resistir los impulsos a jugar y en la aparición de una conducta de juego que ocasiona grandes perjuicios personales, familiares o profesionales del jugador.

### El juego y los jugadores.-

El juego, en general, y por supuesto también el juego de azar no es algo exclusivo de nuestros tiempos. Según algunos estudios históricos el juego empieza cuando aparece el hombre.

El juego por placer, ocio u objetivo monetario tiene muchos miles de años de antigüedad y ha estado muy presente en la mayoría de las culturas antiguas. Los romanos, griegos, indios precolombinos y egipcios entre otros, tenían diversos tipos o formas de juegos de azar para "matar el tiempo" y también como actividades de riesgo o desafío.

De resaltar era la afición del pueblo romano al juego, en especial a los dados. Este juego se convirtió en una actividad muy extendida en toda su población y traspasó sus fronteras y descendió de las clases altas a todas las clases sociales. Incluso llegó a extenderse de tal manera que se convirtió en un problema y se promulgaron leyes para poder controlarlo.

A lo largo de la historia muchos han sido los personajes famosos que han sufrido la adicción al juego. Entre los primeros personajes conocidos destacan algunas personalidades destacadas de la antigua Roma como Julio Cesar, Marco Antonio o Calígula. Pero me gustaría resaltar a un ludópata famoso que además supo reflejar este problema en una novela que escribió para poder pagarse unas deudas de juego. Me estoy refiriendo a Dostoievski y su novela "El Jugador". Esta novela es muy recomendable y en ella se refleja la situación de un jugador patológico de la época en la que vivió el escritor.

### El ludópata.-

La adicción al juego o ludopatía puede comenzar en cualquier etapa de la vida de la persona. En su aparición van a influir distintas características o factores de tipo biológico, psicológico y sociales que predisponen a una persona hacia esta conducta. También influyen el acceso al juego y al dinero (en nuestra sociedad el acceso al juego es bastante fácil y además desde las administraciones públicas no se ponen excesivas reglas o normativas para establecer un control).

La ludopatía no es una adicción rápida, es decir se comienza jugando unas monedas sueltas, se continúan cambiando más monedas para jugar y luego todo el dinero se destina al juego y a la insistencia en recuperar el dinero perdido.

Algunas de las características más apreciables en una persona ludópata son:

- Una gran preocupación por el juego y todo lo que rodea al mismo.
- Una pérdida total de control sobre su conducta hacia el juego.
- Una necesidad imperiosa de incrementar la cantidad gastada en juego.
- En ocasiones se juega para evadirse de situaciones estresantes para la persona.
- Se sienten síntomas de abstinencia cuando no puede jugar.
- Utiliza la mentira ante otros para esconder su problema.
- Una necesidad de recuperar, a través del juego, el dinero perdido.
- Comienza a tener problemas en su vida familiar y laboral.

La persona ludópata pierde el control sobre sus actos, su voluntad y en definitiva sobre su vida. El entorno familiar, social y laboral se resiente y estas crisis sólo provocan que la persona ludópata se refugie aún más en el juego. Esta situación se hace aún más difícil cuando el ludópata es una mujer. En nuestra sociedad actual todavía se discrimina a la mujer de una manera más importante si es víctima de una adicción que a un hombre y siendo mucho más difícil para una mujer afrontar el problema (falta de apoyo de sus parejas, de sus familiares, la actitud social frente a una mujer con esta adicción ,etc.).

### **Rehabilitación de un ludópata.-**

El proceso de rehabilitación de una persona con ludopatía es largo y debe estar basado en dos principios:

- la ayuda por parte de profesionales, familiares, asociaciones u otros colectivos
- y el deseo del ludópata de abandonar el juego.

Algunos de los elementos que componen la rehabilitación de un ludópata son:

1. Reconocimiento de la adicción.- El ludópata basa su vida en la mentira, miente a todo el mundo y se miente a sí mismo. Un paso importante es el reconocimiento por parte del ludópata de que tiene un problema y quiere afrontarlo y salir de él.
2. Actitud positiva.- En todo proceso de rehabilitación de una adicción las recaídas y el desánimo son una constante, es importante conseguir que el ludópata mantenga una actitud positiva y esté convencido de que el cambio es posible.
3. Recibir apoyo.- El apoyo del entorno del ludópata es fundamental para una rehabilitación total de esta adicción, la familia y los amigos juegan un papel importante de apoyo ante el desánimo y también de control sobre la conducta del ludópata. En este proceso se puede llegar a controlar todo el dinero que maneja el ludópata, controlándole todo el dinero, recordemos que el ludópata no es consciente de sus actos ante el juego.

4. Reforzamiento de los avances conseguidos.- Desde los profesionales o asociaciones y desde su entorno familiar es importante constatar y resaltar los avances, por pequeños que sean, conseguidos en cada momento.

5. Adquisición de nuevos hábitos de conducta.- Es importante proporcionar al ludópata nuevos hábitos de conducta, sobre todo al inicio de la rehabilitación para alejarlo de las costumbres anteriores que él asocia al juego.

Actualmente en nuestro país la ludopatía no se considera una enfermedad (personalmente sí creo que es una enfermedad psicológica), por lo que las personas que la padecen deben acudir a profesionales particulares o recurrir a las asociaciones que se han creado para ayudar, atender y rehabilitar a estas personas. A través de la experiencia con estas asociaciones se ha podido constatar que la rehabilitación es difícil (el juego en España es muy asequible y rentable para las arcas del Estado) pero posible, estas asociaciones cuentan con algunas, pocas, subvenciones, con la ayuda de algunos profesionales y con la cuota que abonan sus miembros.

La metodología de la rehabilitación es variada dependiendo de los profesionales que la lleven a cabo, a continuación detallo las actuaciones esenciales que se llevan a cabo en un modelo de rehabilitación:

1. Primer contacto o acogida.- Este primer contacto se hace a través de entrevistas con los responsables de la asociación y con los profesionales. Se dan a conocer las reglas que se deben seguir para la rehabilitación, se indaga sobre la situación del ludópata y hacer una relación de las ayudas con las que se puede contar para la rehabilitación (familiares, apoyo laboral, etc.).

2. La terapia de autoayuda.- Estas terapias están basadas en una dinámica de grupo cuyas características esenciales son el carácter VIVENCIAL de las intervenciones y el desarrollo NO DIRIGIDO de las sesiones. A través de las experiencias de los más veteranos pueden los incorporados recientes tomar un ejemplo a seguir en el duro proceso de la rehabilitación. Estas terapias pueden ser sólo de enfermos ludópatas, sólo de familiares o de enfermos y familiares conjuntamente.

3. La socioterapia.- Este elemento está basado en entrevistas individuales con el profesional o profesionales que estén controlando la rehabilitación. A través de estas entrevistas personales los profesionales irán detectando el avance del enfermo en su rehabilitación y le indicarán los nuevos pasos a seguir en el proceso. Estas entrevistas pueden ser sólo con el enfermo o también con los familiares.

Debemos dar a conocer el grave problema que supone la ludopatía en un gran sector de población. La LUDOPATÍA debe ser tomada en serio por las instituciones y gobernantes y realizar actividades de rehabilitación para los enfermos y también de prevención, ya que el juego patológico es una enfermedad muy extensa debido, como ya he comentado, a la gran disponibilidad y variedad de juegos que existen en nuestra sociedad.

## LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO MAYOR

### Introducción

La actividad física se reduce con la edad y constituye un indicador de salud. La reducción del repertorio motor, junto a la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo, entre otros factores, provocan descoordinación y torpeza motriz. La inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad de tal forma que, lo que deja de realizarse, fruto del envejecimiento pronto será imposible realizar.

El ejercicio físico tiene una incidencia específica sobre los sistemas que acusan la involución retrasando la misma de forma considerable, previniendo enfermedades y contribuyendo a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos.

En primer término, la Actividad Física se ha entendido solamente como "el movimiento del cuerpo". Sin embargo, debemos superar tal idea para comprender que la Actividad Física es el movimiento humano intencional que como unidad existencial busca el objetivo de desarrollar su naturaleza y potencialidades no sólo físicas, sino psicológicas y sociales en un contexto histórico determinado. (Girginov. 1990:9). Consideramos que la práctica de la actividad física, tanto de juego como formativa o agonística, tiene una gran importancia higiénico preventiva para el desarrollo armónico del sujeto (niño, adolescente y adulto) para el mantenimiento del estado de salud del mismo. La práctica de cualquier deporte (Del francés desport, entretenimiento) conserva siempre un carácter lúdico "y pudiera ser una buena medida preventiva y terapéutica, ya que conlleva aspectos sociales, lúdicos e incluso bioquímicos que favorecen el desarrollo de las potencialidades del individuo". (Ceballos 2000: 373, 376).

### Criterios de Selección

Los criterios establecidos para la selección de las personas fueron:

Estimación de vida igual o superior a 60 años.

No ser portador de una enfermedad Cardio-respiratoria y/o locomotora,

Disponibilidad completa para el programa.

### Características del Programa de actividad física

El programa de actividad física es ejecutado en forma de circuito de entrenamiento 10 estaciones organizadas de forma que trabajan miembros superiores e inferiores alternadamente. Al final de cada sección de circuito, realizamos un descanso de 10 minutos, con control de la frecuencia cardiaca, para mejorar la condición aeróbica.

El programa de Actividad Física tiene una frecuencia de 3 veces por semana y una duración total de seis semanas.

Los resultados del programa de actividad física, se materializaron en los siguientes efectos:

- Enlentece la involución cardiovascular -previniendo la arteriosclerosis-, la involución respiratoria y la involución endocrina (especialmente de las suprarrenales con la consiguiente mejoría de la adaptación y resistencia al estrés).
- Es importante en la rehabilitación cardiaca y respiratoria comprobándose que la mortalidad postinfarto de miocardio se reduce un 20% entre quienes siguen programas deportivos.
- Facilita la actividad articular y previene la osteoporosis y fracturas óseas.
- Se incrementa la absorción de calcio y potasio.
- Aumenta la actividad enzimática oxidativa con la consiguiente mejora la utilización del oxígeno y metabolismo aeróbico de grasas y glucosa.
- Mejora la movilización de sustratos energéticos.
- Se pierde peso graso.
- Reduce niveles plasmáticos de colesterol y triglicéridos y mejora los índices de colesterol/HDL en sangre.
- Aumenta la tolerancia al esfuerzo por aumento de los umbrales aeróbico y anaeróbico.
- Aumenta el volumen sistólico.
- Aumenta el volumen de sangre (plasma y glóbulos rojos).
- Mejora la capilarización muscular.
- Aumenta el VO<sub>2</sub> máx. y mejora el sistema respiratorio por mejora de la capacidad vital, aprovechamiento de la oferta de oxígeno e incremento de la ventilación, difusión y transporte de oxígeno.
- Controla y reduce la tensión arterial en reposo y durante el esfuerzo.
- Favorece el equilibrio neurovegetativo, psicofísico y la actividad psicointelectual.
- Mejora el aspecto estético.
- Estimula el optimismo, la vitalidad y la voluntad (favoreciendo la superación del tabaquismo y otros hábitos y adicciones insanas).
- Contribuye a la integración social.
- Mejora la calidad y disfrute de la vida.

## HUERTOS PARA PERSONAS MAYORES

### ¿En Qué Consiste?

La iniciativa consiste en cederle durante un espacio de tiempo establecido a un mayor un pedazo de tierra para que se ocupe de su cultivo, un horticultor se encarga de asesorarles y orientarles siempre que lo precisen.

El éxito del programa es rotundo y llega a haber una enorme demanda de esta peculiar actividad que aporta numerosos beneficios al mayor.

### ¿A Quién Va Dirigido?

El proyecto de "Huertos y Personas Mayores" esta dirigido a las personas mayores con el objetivo de promover la mejora y la calidad de vida mediante una actividad realizada en el entorno natural.

Esta iniciativa social e innovadora ya es una realidad en otros países de Europa como Holanda, y de América, así como también se lleva a cabo en algunos enclaves de España.

Puede cultivar uno de estos huertos cualquier persona, hombre o mujer, mayor de 65 años, tanto si tiene experiencia en el cultivo de un huerto como si no y quiere aprender. Un horticultor se ocupa de dar orientación a las personas que lo deseen.

### ¿Cuáles Son Los Beneficios Del Programa?

Los beneficios son muchos y muy variados: respirar aire puro, hacer ejercicio, estar en contacto con la naturaleza, conocer a otras personas, la satisfacción de traerse a casa productos de primerísima calidad y, sin duda, el gusto de volver a comer las verduras y legumbres de antaño.

La entidad patrocinadora aporta los utensilios de cultivo y el equipamiento necesario. A nivel organizativo los Servicios Sociales de los Ayuntamientos velan por el buen funcionamiento de la actividad en los huertos.

Para poder cultivar un huerto el mayor sólo lo ha de solicitar y, si se conceden, se ceden durante un periodo de tiempo de un año con posibilidad de renovación.

Dadas las características de nuestro clima y de nuestras tierras esta iniciativa sería perfectamente extrapolable a la práctica totalidad de las provincias españolas y una manera muy saludable de potenciar la actividad entre las personas mayores de 65 años.

## LA RISOTERAPIA

### ¿Qué es la Risoterapia?

La Risoterapia es una hermosa puerta para lograr la relajación, abrir nuestra capacidad de sentir, de amar, de llegar al silencio, al éxtasis, a la creatividad, sencillamente utilizando la risa como camino.

Se utilizan técnicas que ayudan a liberar las tensiones del cuerpo y así poder llegar a la carcajada, entre ellas: la expresión corporal, el juego, la danza, ejercicios de respiración, masajes, técnicas para reír de manera natural, sana, que salga del corazón, del vientre, de un modo simple como los niños.

### ¿En qué se basa la Risoterapia?

Científicamente, se ha comprobado que la risa franca, la carcajada, aporta múltiples beneficios: rejuvenece, elimina el estrés, tensiones, ansiedad, depresión, colesterol, adelgaza, dolores, insomnio, problemas cardiovasculares, respiratorios, cualquier enfermedad. Nos aporta aceptación, comprensión, alegría, relajación, abre nuestros sentidos, ayuda a transformar nuestros pautas mentales.

Recientes estudios sobre la capacidad de las carcajadas para combatir todo tipo de enfermedades indican que mientras reímos liberamos gran cantidad de endorfinas, responsables en gran parte de la sensación de bienestar.

### ¿En qué nos puede ayudar la Risoterapia?

Se utiliza la risa con el fin de eliminar bloqueos emocionales, físicos, mentales, sexuales, sanar nuestra infancia, como proceso de crecimiento personal. Se crea un espacio para estar con uno mismo, vivir el aquí y ahora, estar en el presente, ya que cuando reímos es imposible pensar, nos ayuda a descubrir nuestros dones, abrimos horizontes, vencer los miedos, llenarnos de luz, de fuerza, de ilusión, de sentido del humor, de gozo y aprender a vivir una vida positiva, intensa, sincera y total, como los niños.

Después de una sesión de dos horas, es inevitable sentirse pleno, amoroso, tierno, alegre, vital, energético y un sinfín de sentimientos positivos. Parece mentira cómo un método tan sencillo como es la risa puede aportarnos tanto: la risa es Magia, es Alquimia, es la mejor medicina.

"La vida es en su totalidad una gran broma cósmica. No es algo serio, tómala seriamente y la perderás. Compréndela únicamente a través de la Risa". OSHO.



## Origen y evolución de la Risoterapia

Diferentes corrientes filosóficas conocen desde hace siglos la importancia de la risa y el sentido del humor y lo promueven de manera práctica.

Hace más de 4000 años en el antiguo imperio chino, había unos templos donde las personas se reunían para reír con la finalidad de equilibrar la salud. En la India también se encuentran templos sagrados donde se puede practicar la risa.

En culturas ancestrales de tipo tribal, existía la figura del "doctor payaso" o "payaso sagrado", un hechicero vestido y maquillado que ejecutaba el poder terapéutico de la risa para curar a los guerreros enfermos.

Sigmund Freud atribuyó a las carcajadas el poder de liberar al organismo de energía negativa, algo que ha sido científicamente demostrado al descubrir que el córtex cerebral libera impulsos eléctricos negativos un segundo después de comenzar a reír. En los últimos 30 años se ha avanzado mucho en la aplicación de la risa como terapia.

En los años 70, un doctor californiano aplicó la alegría y el buen humor como apoyo en la recuperación y tratamiento de enfermedades, obteniendo beneficiosos resultados. A partir de entonces se comenzó a utilizar la técnica de la terapia de la risa en hospitales de EEUU, Suiza, Alemania y Francia.

## LA AROMATERAPIA

### El Sentido del Olfato y su Conexión con la Salud

Los sentidos, además de proveernos información sobre el mundo que nos rodea, son una importante fuente de placer.

Los seres humanos hemos evolucionado acompañados del sonido del mar y del viento, viendo las estrellas, el sol y la luna, sintiendo sobre nuestra piel la caricia de otros seres humanos, gustando del sabor de los alimentos y sintiendo el aroma de las flores.

Aunque muchas veces no le prestamos gran atención, el sentido del olfato es particularmente poderoso.

### Cómo Usar la Aromaterapia

Además de trabajar a través del olfato la aromaterapia se emplea aplicándose directamente sobre la piel.

Los aceites esenciales están compuestos de moléculas sumamente pequeñas que penetran con facilidad a través de la piel llegando hasta la sangre. La absorción de los aceites esenciales a través de la piel se facilita cuando estos se aplican ligeramente calientes.

Pero cuidado con calentar en demasía los aceites esenciales ya que esto puede destruir sus propiedades. La aplicación local de aceites esenciales tiene varios usos, entre ellos el tratamiento de heridas, quemaduras, y dolores de cabeza.

La aromaterapia también se combina con el masaje. De hecho, la fricción producida por el masaje ayuda a mejorar la penetración de los aceites a través de la piel. A los aceites tradicionalmente usados en el masaje como el de almendra, ajonjolí y oliva se le pueden añadir aceites esenciales que ayudan a provocar una sensación de bienestar, a aliviar el estrés y a mejorar la circulación.

Al emplear los aceites esenciales sobre la piel conviene utilizar una manta o toalla para cubrir el área. Esto disminuye la evaporación de los aceites en el aire y facilita su absorción a través de la piel.

En algunos lugares de Europa, incluso, hay médicos que emplean los aceites esenciales en supositorios, y que los administran oralmente. Hay que tener mucho cuidado con el uso interno de aceites esenciales ya que pueden causar reacciones adversas. Por lo general, el uso interno de aceites esenciales sólo debe llevarse a cabo bajo supervisión experta.

Veamos algunos de los métodos por medio de los cuales podemos aprovechar el poder de los aceites esenciales:

**En el baño** - Podemos echar varias gotas de aceites esenciales sobre el agua tibia de una bañera y luego sumergirnos durante 15 o 20 minutos. Por este medio estamos tanto aspirando el vapor de los aceites esenciales como permitiendo que estos penetren a través de nuestra piel. Si lo prefiere puede mezclar de 3 a 5 gotas



de aceite esencial con tres cucharadas de miel de abeja antes de echarlo en el agua.

**Inhalación** - Podemos echar algunas gotas en un pañuelo y oler o podemos echar de 6 a 12 gotas en una olla de agua hirviendo, luego colocamos una toalla o manta que cubra tanto nuestra cabeza como la olla e inhalamos el vapor durante varios minutos. Se debe tener la precaución de no acercarse demasiado ya que podemos quemarnos la cara con el vapor.

**Difusión** - Existe en el mercado una amplia variedad de productos para llenar el espacio de una habitación u oficina con el aroma de los aceites esenciales. Estos productos, llamados difusores o atomizadores, esparcen los aceites esenciales formando una nube de diminutas partículas. Estos difusores pueden ser de utilidad en casos de afecciones respiratorias o simplemente para llenar el aire con una fragancia ya sea calmante o estimulante.

**Masaje** - A mediados de este siglo una bioquímica francesa llamada Marguerite Maury reintrodujo el antiguo uso de los aceites esenciales en la práctica del masaje. Los aceites esenciales al ser aplicados sobre la piel pueden tener una variedad de efectos. Algunos son calmantes, otros estimulantes. Otros son empleados para aliviar dolores y malestares musculares. Algunos masajistas también los utilizan para ayudar a limpiar de toxinas el sistema linfático. El uso de aceites esenciales es muy común en el masaje sueco, el tipo de masaje terapéutico más empleado en occidente. Sin embargo, su uso puede ayudar a incrementar la sensación y los efectos de cualquier tipo de masaje.

**Compresas** - Estas pueden ser frías o calientes. Se utilizan para aliviar dolores de cabeza, y molestias musculares. Se pueden añadir de 5 a 10 gotas de aceites esenciales a 4 onzas de agua. Se empapa una toalla en esta solución y se aplica al área dolorida.

## MUSICOTERAPIA. UN PROYECTO

### 1. En La Historia

Las referencias más antiguas de la relación entre música y medicina se encuentran en las culturas antiguas preliterarias. La música se utilizaba extensamente en rituales curativos por curanderos, o bien para apaciguar a los dioses que habían causado la enfermedad o para ahuyentar a los espíritus malvados del cuerpo del paciente.

A finales del siglo XVIII aparecieron las primeras narraciones sobre la musicoterapia en EEUU, a medida que varios médicos, músicos y psiquiatras apoyaban su utilización en el tratamiento de trastornos mentales y físicos.

Durante el siglo XIX y primera mitad del XX, la musicoterapia se utilizó regularmente en hospitales y otras instituciones pero casi siempre en combinación con otras terapias. Los primeros pioneros en el siglo XX fueron Vescelius, Anderton, Ilsen, Van de Wall y Seymour, que promovieron la musicoterapia desde cruzadas personales y asociaciones.

Durante la II Guerra Mundial, la musicoterapia se utilizó principalmente para animar a los veteranos que volvían de la guerra, pero también se aplicó en la rehabilitación de habilidades de ocio, habilidades sociales y funciones físicas y emocionales.

Con la creación de asociaciones de carácter nacional, como la National Association of Music Therapy (NAMT) en 1950 y la American Association of Music Therapy (AAMT) en 1971, finalmente se empezó a ver el reconocimiento a las mujeres y a los hombres que trabajaban como musicoterapeutas. El desarrollo de un currículum estandarizado, publicaciones regulares, una organización administrativamente eficiente, y la fusión de la NAMT y la AAMT para formar la American Music Therapy Association (AMTA) en 1998, todos han contribuido al crecimiento de la profesión. Hoy en día la musicoterapia está reconocida como una profesión fuerte y viable.

### 2. La Musicoterapia

#### a. ¿QUÉ ES?

La musicoterapia es la utilización de la música para conseguir objetivos terapéuticos: la restauración, mantenimiento y mejora de la salud mental y física.

Es la aplicación sistemática de la música, dirigida por un musicoterapeuta en un contexto terapéutico a fin de facilitar cambios en la conducta. Estos cambios ayudan a que el individuo en terapia se entienda mejor a sí mismo y a su propio mundo, llegando así a adaptarse mejor a la sociedad.

Como miembro de un equipo terapéutico, el musicoterapeuta profesional participa en el análisis de los problemas individuales y en selección de objetivos generales de tratamiento antes de planificar y dirigir actividades musicales.

Se realizan evaluaciones periódicas para determinar la efectividad de los procedimientos empleados.

#### b. EL MUSICOTERAPEUTA

Un músico, un psicólogo o un médico no pueden ser por sí solos musicoterapeutas. El musicoterapeuta debe ser ante todo terapeuta, con un conocimiento teórico y práctico de la utilización del complejo mundo sonoro, musical y del movimiento. Por ello un factor importante para que la terapia sea efectiva será el grado de cualificaciones del terapeuta en el área musical, experiencia clínica y cualidades personales.

El musicoterapeuta tiene que estar reconocido como profesional formado por un mecanismo oficial con un "diploma universitario".

### 3. Objetivos

Los objetivos más generales a cualquier modelo de musicoterapia son:

- Desarrollar destrezas manipulativas finas.
- Mejorar la coordinación viso – motriz.
- Favorecer el conocimiento físico, emocional, intelectual y social de uno mismo.
- Desarrollar la atención a uno mismo, a otros y al entorno físico.
- Desarrollar la percepción y discriminación en áreas sensoriomotrices.
- Desarrollar la expresividad emocional.
- Mejorar las habilidades sociales y de comunicación interpersonal: verbal y a través de la música.
- Potenciar la libertad personal e interpersonal.
- Favorecer el conocimiento de otros, incluyendo personas significativas de la familia, compañeros o grupos.
- Fomentar las relaciones interpersonales con personas significativas, compañeros y grupos.

### 4. Destinatarios

La oferta de sesiones de musicoterapia ofrece una doble vertiente: educativa y terapéutica. Siendo la musicoterapia un sistema alternativo de comunicación y expresión, está especialmente dirigida a personas con necesidades educativas especiales debido a su alto grado de motivación, flexibilidad y adaptabilidad a cualquier tipo de discapacidad.

Algunos colectivos a los que están destinadas estas sesiones son:

- a. Personas con trastornos graves en el desarrollo
- b. Personas con discapacidad psíquica
- c. Personas con discapacidad física
- d. Personas con discapacidad sensorial
- e. Personas con necesidades educativas especiales en general

## 5. Metodología

La metodología utilizada será un compendio de perspectivas o modelos musicoterapéuticos. Sobre todo basada en un modelo humanista transpersonal: como el modelo Nordoff Robbins. Basado en canciones con música en directo que persiguen los objetivos a trabajar.

Las sesiones comenzarán con una canción de saludo en la que se presentan todos los integrantes del grupo por turnos improvisando con el terapeuta con algún instrumento mientras los demás le escuchan. Después se realizarán las actividades diseñadas para la consecución de los objetivos: canciones con letras, estructuras específicas que persiguen objetivos más concretos, danzas, improvisaciones instrumentales y vocales, etc. Y se terminará con una canción despedida siguiendo el mismo rol que en la canción de saludo.

Las sesiones podrán ser grupales o individuales, dependiendo de las características de los usuarios. Podrán tener una duración aproximada entre 30 y 60 minutos atendiendo si son grupales o individuales.

Algunas sesiones será necesario grabarlas en vídeo para una posterior evaluación del entorno musical, previa petición de permiso a padres o tutores.

Finalización del tratamiento: Cuando el usuario haya logrado sus objetivos de tratamiento, o cuando el equipo decide que ha obtenido el mayor grado posible de provecho de la terapia, se finaliza el tratamiento. En este momento, el musicoterapeuta escribe una evaluación detallando todo el proceso, incluyendo los objetivos iniciales que se establecieron y el progreso logrado. El terapeuta puede incluir recomendaciones para tratamientos posteriores o para otros servicios. Todos los datos obtenidos, así como toda la información, es en todo momento confidencial.

## 6. Recursos

### • *Materiales:*

Para trabajar en musicoterapia es necesario un equipamiento musical con una gama considerable de distintos instrumentos que aporten diferentes timbres y sonoridades que puedan estimular, sugerir y responder a situaciones emocionales:

- *Aula*, de dimensiones aproximadas 25-35 m<sup>2</sup> y aislada de ruidos, con:
  - Armarios/estanterías para guardar instrumentos

- Moqueta
- *Instrumentos:*
  - Teclado
  - Guitarra española
  - Caja o tambor con soporte
  - Un plato de sonoridad brillante con soporte
  - Panderos y panderetas
  - Un juego de láminas o campanas
  - Bongos, congas, djembés u otros tambores con bordes redondeados
  - Melódicas y otros instrumentos de viento de fácil manejo.
  - Xilófonos y metalófonos
  - Instrumentos de pequeña percusión de distinta tímbrica: triángulos, güiros, cabasa, cortina, claves, temple-blocks, maracas, sonajas, cascabeles, etc.
  - Baquetas de diferentes tamaños y materiales.
- *Otros:*
  - Equipo HiFi, cámara de video
- *Humanos:*
  - Un terapeuta (y muy recomendable un coterapeuta)

## DOMÓTICA. TECNOLOGÍA EN EL HOGAR DE LOS MAYORES

Cada día la tecnología contribuye un poco más a facilitar la vida en el hogar: ordenadores y robots ayudándonos en las tareas domésticas.

Si con la informática y los ordenadores las personas mayores son capaces de ser internautas capaces de navegar por la red, cómo va a dar miedo la automatización del hogar.

La tecnología ha invadido nuestras casas. Casi todos los electrodomésticos albergan en su interior ese típico microchip que nos permite programar la lavadora, el vídeo o la calefacción.

La domótica ha evolucionado hacia una simplificación de la comunicación entre el usuario y el aparato, buscando facilitar su manejo.

Por ejemplo, los sistemas de agua caliente, calefacción y aire acondicionado se activan con un simple botón y un mando regulable en el que se marca la temperatura deseada. Unos sensores interiores y exteriores se encargan de ajustar la potencia necesaria en cada momento. Con un simple reloj se puede indicar las horas a las que queremos que el sistema esté activo. Y ya existen aparatos que permiten realizar estas operaciones de programación por teléfono.

Aparecen ahora sistemas de infrarrojos que detectan nuestra presencia y, si la iluminación ambiental es insuficiente, nos van encendiendo las luces a medida que nos movemos; o, cuando colocamos las manos bajo el grifo, éste se abre y nos da el agua a la temperatura que deseemos.

O sistemas que riegan nuestras plantas el día que se nos olvida, o durante las vacaciones. Alarmas que nos avisan a la hora exacta y nos dispensan las pastillas oportunas. O sensores que, por teléfono, informan al hospital de nuestro pulso y tensión.

Todo ello son avances que ya están a nuestra disposición en el mercado y que contribuirán de un modo decisivo a una elevación en los estándares de confort doméstico.

Pero eso no es todo. No nos quedamos exclusivamente en lo que supone el contacto directo con el hombre. Otras líneas de investigación abiertas buscan la forma de integrar la arquitectura con la naturaleza, diseñando edificios ecológicos, contruidos con materiales no perjudiciales para el medio ambiente, que consigan el mayor ahorro energético posible, con aislamientos inteligentes, aprovechando energías como la solar o la eólica; y que sean capaces de reciclar y aprovechar los residuos producidos.

El futuro ya está aquí y es nuestra oportunidad de disfrutarlo.



## MEJORA DEL MANEJO DE ELECTRODOMÉSTICOS POR MAYORES

El Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV) está aplicando en la actualidad las nuevas tecnologías y metodologías innovadoras, como la Ingeniería Cognitiva, en la mejora de la calidad y prestaciones de los electrodomésticos.

Los electrodomésticos están habitualmente diseñados tomando como referencia a un usuario joven, conocedor de las últimas tecnologías y acostumbrado a utilizar productos con diferentes controles, menús y programaciones. La automatización de ciertas tareas puede suponer un nivel de autonomía y una mejora de la calidad de vida que sería difícil de alcanzar de otra manera para un gran número de usuarios menos habituados.

Entre los criterios de diseño que representan una **mejora ergonómica** destacan los destinados a reducir la carga física del usuario (haciendo que los movimientos corporales sean más sencillos y menos forzados, por ejemplo, cuando tiene que meter la ropa en la lavadora o el asado en el horno) y a mejorar **aspectos cognitivos** como el uso de la programación y la simplicidad de los mandos para facilitar su aprendizaje en las personas mayores.

## LA TELEASISTENCIA INCORPORA LA TECNOLOGÍA GPS

El futuro ya no será el medallón que llevan colgado ancianos o discapacitados para alertar a una central telefónica en caso de emergencia, sino el sistema GPS, que permitirá tener localizados a los usuarios en todo momento.

Consiste en el seguimiento exhaustivo de personas con algún tipo de dependencia, de forma que se les pueda proporcionar asistencia los 365 días del año, las 24 horas del día. Para ello se utilizarán cámaras web, detectores y sensores y tecnología GPS y móvil.

El GPS permitirá localizar inmediatamente a un anciano que salga de paseo y se desoriente. Una cámara web comprobará visualmente su estado cuando se encuentre en su domicilio. Además, la instalación de sensores en la casa podrá detectar un posible escape de gas o el humo de un fuego.

El nuevo sistema contribuirá a mejorar la asistencia de personas dependientes que viven en pequeños núcleos rurales.

Además de la localización a través de GPS, destaca la amplia gama de prestaciones y la facilidad en el manejo del sistema, teniendo en cuenta a quién va dirigido. "Es como cuando uno va a un hotel, enciende el televisor y le ofrece una serie de servicios en un menú. Éste es el futuro de la teleasistencia. Ya no será sólo tocar el botón del medallón cuando el usuario se encuentra mal sino que le podremos planificar su jornada en aspectos médicos y sociales, incluso tener por videoconferencia la atención médica".

El nuevo programa piloto que pretende modernizar la teleasistencia se iniciará con 30 usuarios de Huesca y otros tantos de La Palma, que ya han sido seleccionados. Se trata de usuarios del servicio, con diferentes edades y grados de dependencia, que por diversas

circunstancias necesitan una atención específica. La denominada Plataforma de Asistencia Social es un proyecto pionero que se desarrollará en sólo dos territorios de España en la fase experimental.

## LA TELEASISTENCIA INCORPORA LA VIDEOLLAMADA

“Carmen habla animadamente con una joven por el televisor, a través de una videocámara. La joven no es una presentadora, sino una trabajadora social que mantiene desde la central de teleasistencia una videollamada con Carmen, una mujer soltera de 68 años con una movilidad reducida que apenas le permite salir de casa”.

El sistema de teleasistencia domiciliaria permite, a través de su móvil, la localización y el seguimiento de las personas dependientes, con alarmas cuando superan determinada zona, y con seguimiento del usuario por videoconferencia en el domicilio, a través de una línea ADSL.

Cuando se examinen los resultados, se podrá conocer qué tipo de equipos son mejores para atender cada tipo de situación. Algo muy necesario: Manuel, un viudo de casi 90 años, no se manejaba con soltura con el móvil adaptado mientras caminaba por la calle ayudado por muletas. En cambio, para acceder a la videollamada le basta con seleccionar el canal en su tele.

De momento, el teléfono móvil les ofrece seguridad en la calle, mientras que los usuarios que disfrutan de videollamadas aseguran sentirse más acompañados, "nos cuentan de todo", asegura una trabajadora social de teleasistencia. "También les motiva para cuidar más su aspecto", añade una compañera.

Los técnicos trabajan ahora para que los participantes puedan intercambiar videollamadas por el televisor e incluso con sus familiares.

Lo habitual es el teléfono fijo con alarmas, sólo el 10% de usuarios tienen teléfonos móviles adaptados y otro porcentaje similar, sensores de inactividad en las neveras, que alertan a la central de alarmas si la puerta no se abre en 24 horas.

### El Proyecto Piloto

Carme es una de las 80 participantes (40 de Barcelona y otras 40 de Bruselas, en Bélgica) en el **proyecto piloto europeo Attentianet**, que examina cómo mejorar la atención a las personas con dependencia, favorecer en algunos casos su movilidad y evitar su exclusión social.

El proyecto comenzó en septiembre de 2006 y finalizó en abril de 2007 y tiene un presupuesto de 1,2 millones de euros.

Liderado por Alcatel Lucent, el proyecto lo gestiona el Consorcio Hospitalario de Cataluña (CHC) y se desarrolla a través del Centro de Atención a las Urgencias Sociales del Ayuntamiento de Barcelona. También participan la Fundación i2Cat y las empresas Ono, Orange, Sabia y Androme.



COLEGIO OFICIAL  
DE DIPLOMADOS EN  
TRABAJO SOCIAL Y  
ASISTENTES SOCIALES  
DE CASTILLA-LA MANCHA

**Castilla-La Mancha**

Toledo, Junio 2007.

Curso ENVECEMIENTO ACTIVO.

Docente: Juan L. Moreno Millán.

---