

jornadas 2010



LOS mayores

y la economía actual

26, 27 y 28 octubre 2010

jornadas 2010

LOS mayores
y la economía actual



Los
mayores
y la economía actual

Jornadas 2010

Los mayores y la economía actual

Jornadas 2010

Dirección

Ilma. Sra. D.^a M.^a Concepción Dancausa Treviño
Delegada de Gobierno de Familia y Servicios Sociales

Ilma. Sra. D.^a Laura López de Ceraín Salsamendi
Directora General de Mayores y Atención Social
Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales

Coordinación

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

Ayuntamiento de Madrid

Editorial Glosa, S.L.

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

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

www.editorialglosa.es

ISBN: 978-84-7429-542-9

Depósito legal:

© Editorial Glosa, S.L.

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

Acabado de imprimir en octubre de 2011.

Índice

Presentación	11
--------------------	----

Economía y personas mayores

Economía y personas mayores	15
<i>Florencio Martín Tejedor</i>	

El poder adquisitivo de los mayores y la vulnerabilidad

Nivel económico del colectivo en nuestro país y perspectiva internacional	51
<i>Lourdes Pérez Ortiz</i>	

Interacciones entre los factores económicos, sociales, psicológicos y sanitarios	65
<i>Enrique Montoliú Martínez</i>	

¿La vulnerabilidad social es sólo economía? La exclusión social, el aislamiento y la soledad como factores de vulnerabilidad	75
<i>Manuel Muñoz López</i>	

Planes de pensiones y otras fórmulas financieras	91
<i>David Menéndez Carbajosa</i>	

Los mayores como generadores de riqueza

Hábitos de consumo en los mayores	103
<i>Rakel Poveda Puente y José Laparra Hernández</i>	
Los viajes de mayores, algo más que diversión. Programa de vacaciones para mayores	115
<i>Manuel Domínguez López</i>	
Trabajar después de los 65, ¿es posible?	129
<i>Luis Álvarez Rodríguez</i>	

Los mayores con necesidades de atención y el voluntariado

La adquisición privada de recursos y servicios	137
<i>Josep de Martí Vallés</i>	
Recursos cofinanciados en la atención a la dependencia	147
<i>Antonio Jiménez Lara</i>	
El papel de las organizaciones no gubernamentales o del tercer sector en los mayores	153
<i>José Ramón Solanillas Vilá</i>	
La familia protectora	171
<i>Iosune Goñi Urrutia</i>	
El voluntariado de mayores para mayores	181
<i>Rafael Izquierdo de Bartolomé</i>	

Propuestas innovadoras desde distintos ámbitos.

Experiencias públicas o privadas

Proyecto Convivir	189
<i>Cruz Roldán Campos</i>	
Abuelas acogedoras	201
<i>Sacramento Pinazo Hernandis y Jezabel Lluna Casabán</i>	

Estudio comparativo de la hipoteca inversa 225
Blanca Clavijo Juaneda

La construcción del espacio sociosanitario 251
Montserrat Cervera Maciá

Comunicaciones

Aceptación por parte de las personas mayores de los productos de licuación del patrimonio inmobiliario: hipoteca inversa, hipoteca pensión y renta vitalicia inmobiliaria 263
C. A. Martínez Cerezo

Influencia de la economía de las personas mayores en el acceso a los recursos sociales 269
C. Jiménez Vázquez, V. Ortega Trancón, P. Hernangil Quintero y M.S. López Fernández

Factores económicos asociados a negligencia y a malos tratos psicológicos 275
A. Chulián Horrillo, M.I. Fernández de Trocóniz y G. Pérez Rojo

El papel del voluntariado como generador de capital social 281
A. Fernández Miralles y J. Ramírez Serrano

Importancia de los agentes facilitadores informales en el abordaje del aislamiento social 287
E. Velázquez Martín, A.B. Santos-Olmo Sánchez y B. Ausín Benito

Pequeños costes directos y grandes costes indirectos de la atención a enfermos de Alzheimer 293
M.P. García Martín, S. González Durán, J. Uribarri Rodríguez, S. García Magro y J.M. Cabello Neila

El papel del nieto y del abuelo desde la óptica de nuestros mayores ... 299
M.C. de Tena-Dávila Mata, P. Serrano Garijo, E. Molina Díaz, R. Romero Chaparro y P. Giménez Díaz-Oyuelos

Palabras mayores: la situación económica actual a través de su experiencia	311
<i>C. Schleissner González, J. Pinillos Llanes, B. Napal Suárez, N. Gaité Castrillo, J.M. Terrón Moreno, S. Camacho Calderón, B. Elorrieta Echevarria, M. Montesión Fernández, S. Palos Triguero, E. Sampedro Vacas y S. Zapico Díaz</i>	
Lo no verbal del programa Cuidar al cuidador	317
<i>J.C. Sacedo Gómez, M.C. de Tena-Dávila Mata, M.S. García-Carpio, M.C. Martín Díez y P. Serrano Garjo</i>	
Protagonistas, los cuidadores: club de cuidadores	325
<i>M.S. García Carpio y M.C. Martín Díez</i>	
El papel de los hijos en el cuidado: condicionante de las necesidades de intervención psicológica en las personas mayores usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio	331
<i>E. González Antolín, S. Moure González, V. Morán Ridruejo, M. López Torralba y J.C. Sacedo Gómez</i>	
Programa de actuación en negligencia y malos tratos psicológicos. Primeros resultados	337
<i>M. González Molina, A.Chulián Horrillo, E. Pereyra Macazana, M.C. de Tena-Dávila Mata, M.I. Fernández de Trocóniz y G. Pérez Rojo</i>	
Programa para la prevención y mejora de la calidad de vida de personas mayores y cuidadores en cuatro centros de mayores del distrito de Latina	345
<i>S.S. Granado Riobobos, M. Corral Hernández, J.L. Gayoso Pardo, P. Recuenco Cotillas y J.C. Sacedo Gómez</i>	
El legado de los abuelos	353
<i>L. Agudo López</i>	
Detección y valoración de personas mayores frágiles con alto riesgo de aislamiento social a través de una central de llamadas	361
<i>P. Banegas López, M. Brizuela Fernández y E. Fernández Velasco</i>	

La formación del personal auxiliar en el Servicio de Ayuda a Domicilio: elemento de intervención en el usuario y la familia	367
<i>E. González Antolín, S. Moure González, V. Morán Ridruejo, M. López Torralba y J.C. Sacedo Gómez</i>	
Economía, autonomía y amor en la vejez: reflexiones sobre el ser y el no ser en esta etapa de la vida	373
<i>I. Parro Fernández</i>	
Actitudes hacia el proceso de envejecimiento: importancia de la participación en actividades educativas para el fomento del envejecimiento activo	377
<i>M.L. Delgado Losada y M.R. Belando Montoro</i>	

Presentación

Como cada año, el Ayuntamiento de Madrid, junto con Obra Social Caja Madrid, celebró en octubre de 2010 sus jornadas técnicas sobre los mayores. En esta ocasión, todo giró en torno a los aspectos económicos, con una doble visión. Por un lado, no podemos abstraernos del hecho de que el envejecimiento poblacional es un reto desde el punto de vista de la sostenibilidad económica de los sistemas de provisión de servicios, pero tampoco debemos olvidar que es una enorme oportunidad, ya que los mayores son consumidores de recursos y, por tanto, generadores de riqueza y de puestos de trabajo.

En una primera parte de estas jornadas se analizó nuestro actual sistema macroeconómico y el poder adquisitivo de los mayores, nuestro sistema de pensiones y las alternativas que ofrece la iniciativa privada.

En un segundo bloque se nos presentó a los mayores como consumidores y generadores de riqueza y de servicios, y se analizaron sus hábitos de consumo y aquellas iniciativas que se llevan a cabo desde los poderes públicos para la promoción del ocio y el tiempo libre, desde la óptica del beneficio a los mayores y también como garantía de puestos de trabajo y mantenimiento de los negocios que sustentan esas actividades.

Del mismo modo, se trató el tema de la provisión de recursos a los mayores con necesidades por falta de autonomía, en tanto en cuanto genera puestos de trabajo, desde la iniciativa privada o pública, así como desde la solidaridad de las organizaciones no gubernamentales (ONG) para mayores y, por supuesto, desde la protección familiar.

No hay que olvidar que la persona mayor es una gran proveedora de «servicios», tanto hacia la comunidad como hacia su propia familia, en el plano económico, de cuidados o de transmisión de valores.

Se presentaron experiencias innovadoras, locales o regionales, y se cerró con la visión del Ayuntamiento de Madrid en este campo. También pudimos conocer de primera mano diversas evaluaciones presentadas en forma de comunicación, entre las que se eligió la mejor para la concesión del premio anual.

Como siempre, fueron muchos los profesionales congregados, y las jornadas fueron un verdadero éxito para todos aquellos que realizamos un trabajo dedicado a los mayores.

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

**Área de Gobierno
de Familia y Servicios Sociales**

**Obra Social
Caja Madrid**

Economía y personas mayores

Economía y personas mayores

Florencio Martín Tejedor

Director General de Mayores en el momento de la presentación de esta ponencia. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.

Introducción

El año pasado por estas fechas, cuando finalizábamos las VI Jornadas técnicas sobre «Autonomía personal. Claves y retos», decíamos que «...hay un reto importante ante nosotros hoy día y es *hacer visibles a los mayores*. Este reto implica mostrar a la sociedad y poner en valor la nueva imagen de los mayores: positivizar la vejez, y es que los mayores son un activo de nuestra sociedad.

Lo que a continuación voy a tratar de transmitirles son unas reflexiones, desde la óptica de los servicios sociales, que nos ayuden a pensar algunas cuestiones que tienen que ver con *la economía, como actividad humana que trata las relaciones de producción y de distribución de bienes y servicios para satisfacer necesidades humanas*.

En esta definición —podríamos llamarla así— del concepto de *economía*, queda ya en evidencia que si el objetivo último es satisfacer necesidades humanas, las personas mayores, que son parte de la humanidad, tendrán unas necesidades que satisfacer. Necesidades que en unos casos serán comunes a las del resto de los mortales y, en otros casos, diferentes por razones de diversa índole.

Pero, a la vez, la economía es una actividad humana, lo que significa que todos contribuimos a su desarrollo.

Queda establecido, por tanto, de este modo, el papel que desempeñan *los mayores* en lo que vamos a tratar: por un lado, son consumidores como consecuencia de las

necesidades que han de satisfacer; por otro son productores y agentes activos por formar parte de la condición humana (fig. 1). Eliminar uno u otro de estos roles no es sino una manera, sibilina o burda, de negar una realidad.

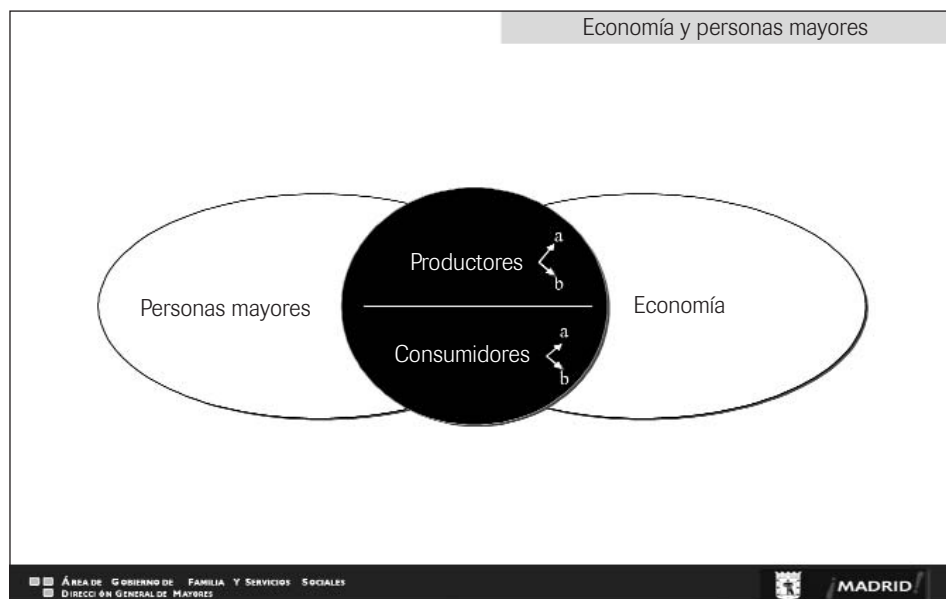


Figura 1. Papel de las personas mayores en la economía.

Y podemos compartir —creo yo— una simple pero esclarecedora clasificación de los diferentes papeles que los mayores desempeñan en la economía: por un lado, como *consumidores*, pero consumidores *normales y corrientes*. Consumidores de productos que todo el mundo compra para sí, desde calzado hasta prensa, pasando por cine, alimentos, transportes, teléfono, ropa, peluquería o libros. De esto no nos vamos a poder ocupar aquí, pero lo cito porque es preciso que lo recordemos: los mayores consumen productos como los demás.

Y también son consumidores *selectos* de productos específicos o especialmente pensados para ellos como grupo destinatario de los mismos. Productos que tienen que ver con sus condiciones de vida particulares, sus preferencias o sus necesidades específicas. Entre estos productos específicos se encuentran en lugares destacados los orientados al mantenimiento de la salud y los pertenecientes a los servicios sociales. Nos

vamos a ocupar sólo de este último enfoque: mayores como consumidores de servicios sociales.

Por otro lado, son *productores*. Y aquí nos encontramos con la misma doble vertiente: autónomos generadores de riqueza a la manera como lo hacen otras personas de menos edad. Los mayores son personas *libres* que deciden utilizar su tiempo y sus condiciones de vida en aquello que más les apetece: mayores empresarios, artistas, asesores, inversores, escritores, banqueros, creadores (creativos), trabajadores en su propia casa (antiguas amas de casa), autónomos en cualquier otro oficio o profesión (abogados, médicos, economistas, profesores, sociólogos, arquitectos, etc.), que alargan su actividad y su compromiso productivo más allá de los 65 años. Mayores voluntarios que dedican miles de horas a los demás sin percibir nada a cambio.

Y productores *forzados* de servicios específicos, que se ven obligados de una u otra manera a ejercer unas funciones o tareas que les vienen impuestas, por su condición de «mayor inactivo que tiene tiempo libre» y por su vinculación de padre, madre, tío o pariente del «empleador».

Datos sociodemográficos de la ciudad de Madrid (figs. 2-5)

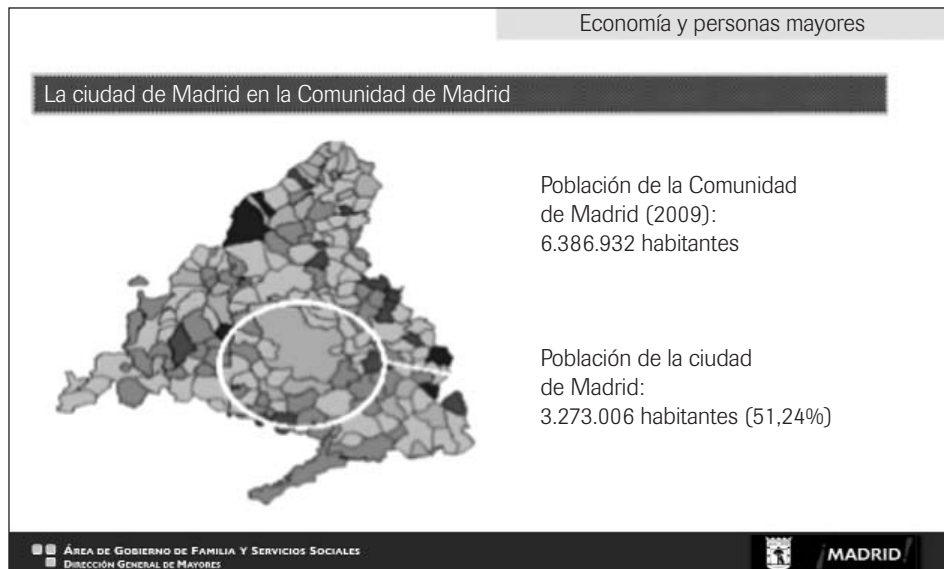


Figura 2. Habitantes de la Comunidad de Madrid y de la ciudad de Madrid (datos de 2009).

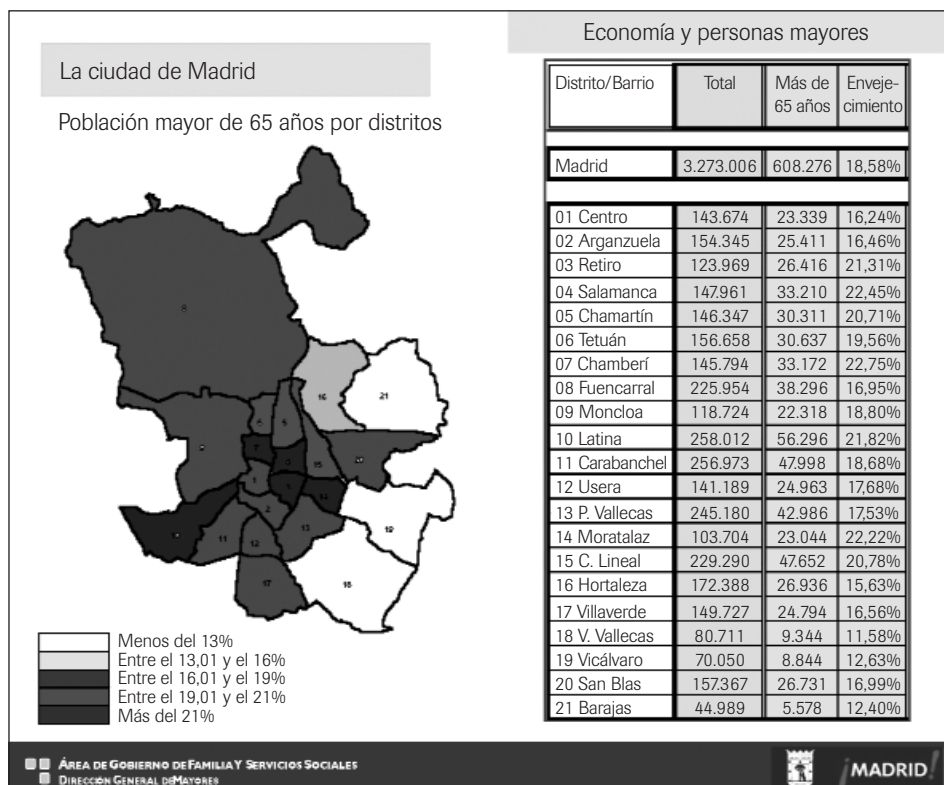


Figura 3. Población de personas mayores de 65 años en Madrid (distribución por distritos).

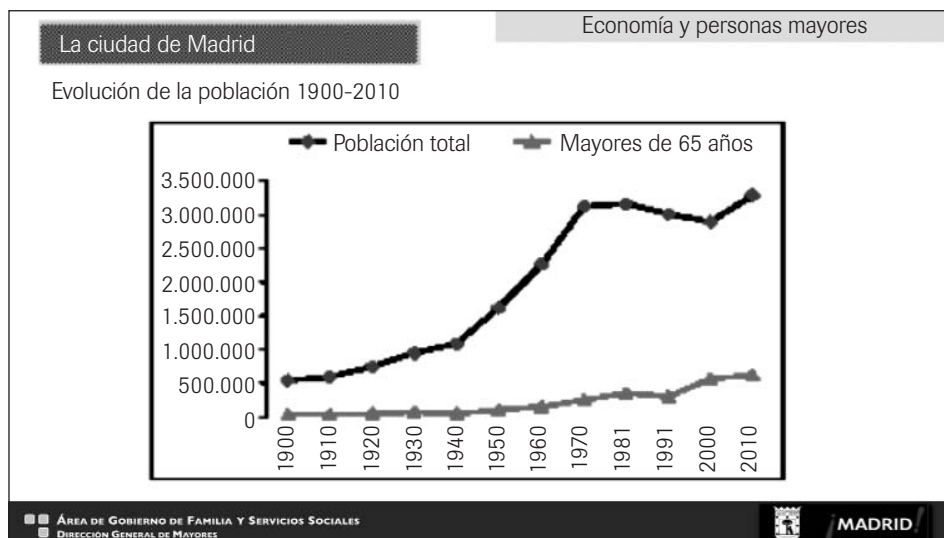


Figura 4. Evolución demográfica de la ciudad de Madrid (1900-2010).



Figura 5. Índice de envejecimiento en la ciudad de Madrid (1900-2010).

Demografía y economía. Los ingresos de los mayores

Las personas mayores actuales forman parte de un grupo poblacional con grandes diferencias entre sí. Viven en los barrios y distritos centrales preferentemente y no gozan de la misma situación económica.

Si nos fijamos en el concepto *ingresos anuales por hogar* como equivalente a poder adquisitivo de los diferentes grupos que conforman la ciudad de Madrid, observaremos que:

- Un 20,9% de los hogares tiene unos ingresos inferiores a 14.000 €/año.
- Un 28,7% de los hogares tiene ingresos de entre 14.000 y 25.000 €/año.
- Un 15,9% de los hogares tiene ingresos de entre 25.000 y 35.000 €/año.
- Un 34,5% de los hogares tiene ingresos superiores a 35.000 €/año.

Dicho de otro modo, cinco de cada diez hogares tienen unos ingresos mensuales superiores a 2.000 €, y un tercio de los hogares tiene ingresos mensuales superiores a los 3.000 €. Esto con carácter general, sin distinción de edades ni de sexos.

Tomada la variable *edad*, a la hora de analizar esa información, los datos difieren del reparto general anterior. Los mayores de 65 años se distribuyen en casi idénticos porcentajes entre quienes tienen ingresos que podemos calificar de bajos, medios y altos, tal como se muestra en la figura 6.

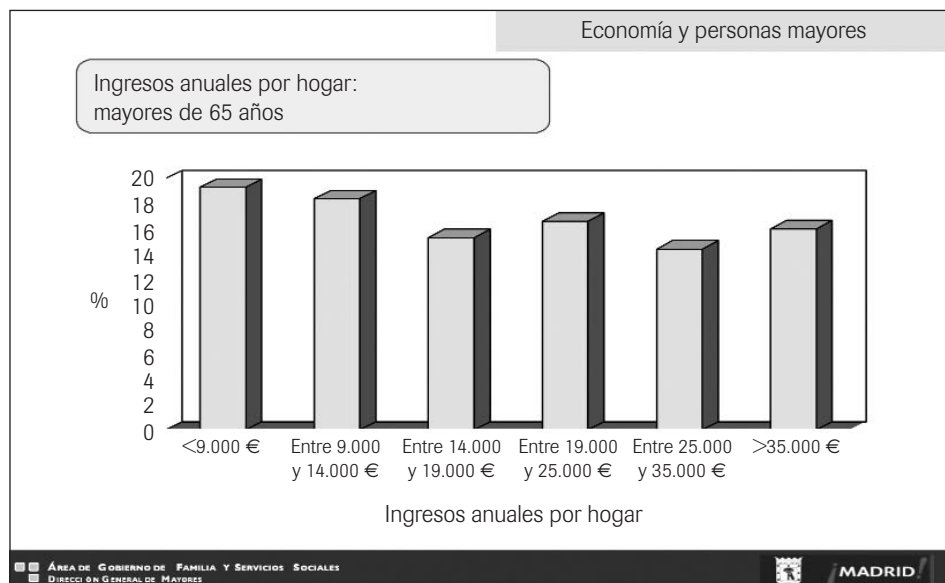


Figura 6. Ingresos anuales por hogar: mayores de 65 años.

Podemos hacer una tercera lectura, bajo el prisma del *sexo y la edad*, de los que encabezan los hogares y sus ingresos correspondientes (fig. 7).

Observamos que con ingresos menores de 9.000 €, hay un 7,5 % de hombres mayores de 65 años y un 33,3% de mujeres mayores de 65 años. Y con ingresos superiores a 35.000 €, hay un 20,5% de hombres mayores de 65 años, frente a un 10,7% de mujeres mayores de 65 años. Dicho de otro modo, cuatro de cada diez hombres mayores de 65 años gozan de ingresos mensuales superiores a 2.000 y 3.000 €, mientras que sólo dos de cada diez mujeres mayores de 65 años disfrutaban de esos ingresos.

Una visión de conjunto de estos elementos diferenciadores se muestran en la figura 8.

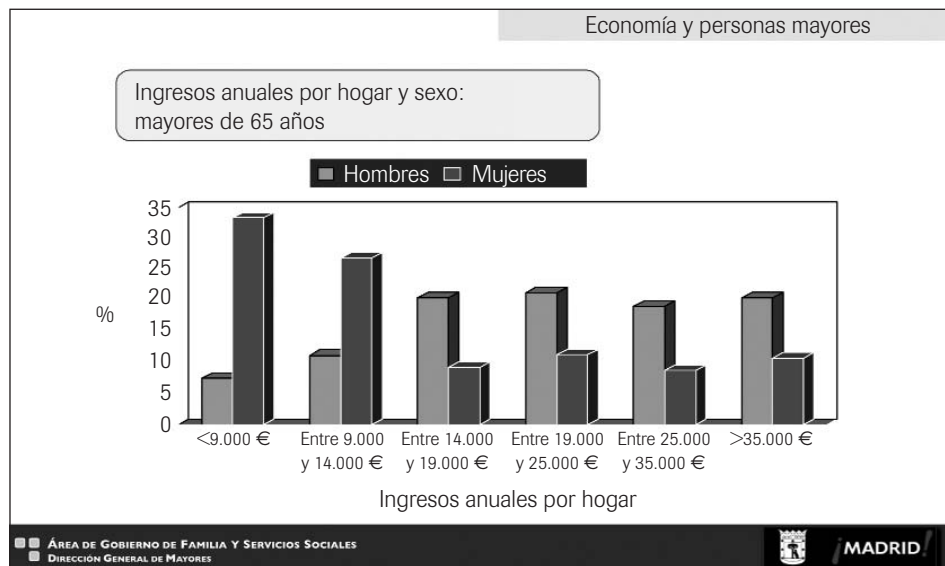


Figura 7. Ingresos anuales por hogar y sexo: mayores de 65 años.

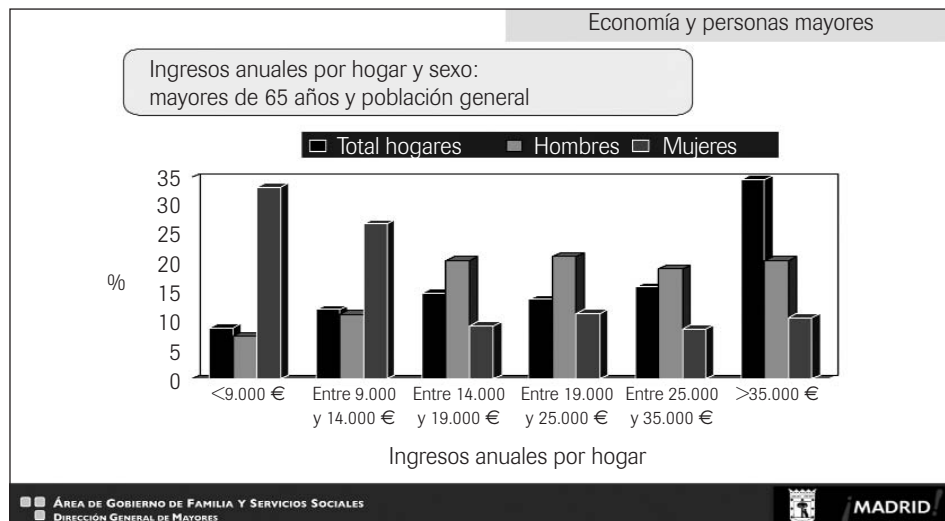


Figura 8. Ingresos anuales por hogar y sexo: mayores de 65 años y población general.

Renta distrital. ¿Cómo se distribuye la riqueza en la ciudad de Madrid?

Tomada la ciudad en su conjunto, y sin distinción de edades, observaremos que hay claras diferencias entre unos distritos y otros. Mientras que los distritos de Chamberí, Retiro y Moncloa destacan entre los que disponen de rentas per cápita más elevada, los distritos de Villaverde, Puente de Vallecas y Usera son los que tienen unas rentas disponibles brutas per cápita más bajas.

Los datos se muestran en la figura 9.

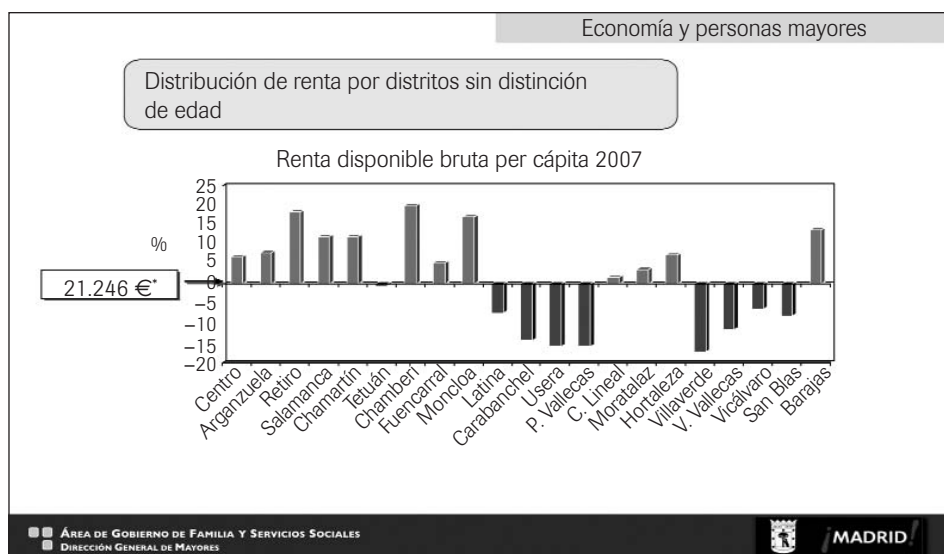


Figura 9. Distribución de renta por distritos sin distinción de edad

*Renta media bruta *per capita*.

Tenemos, por tanto, *algunas evidencias* de que las personas mayores ocupan preferentemente el centro de la ciudad, tienen unos ingresos que se reparten entre escasos, medios y elevados si tomamos a la población mayor en su conjunto, pero cuando tomamos el elemento sexo aparece un claro empobrecimiento de la población femenina y, finalmente, hay una distribución desigual de la renta en función del lugar (distrito) donde viven los madrileños, que es más baja en los distritos periféricos y del sur, y más elevada en los del centro y el norte.

Servicios sociales municipales destinados a cubrir necesidades de las personas mayores

El catálogo de recursos que los servicios sociales municipales tiene a disposición de las personas mayores, sus principales magnitudes y evolución, abarca los siguientes:

1. Dentro del domicilio:

- ¿Qué necesidades cubre?
- ¿Con qué presupuesto cuenta en 2010?
- ¿Cuál ha sido la evolución en los últimos años?
- ¿Cuánta gente se ha beneficiado de este recurso?
- ¿Cuánta gente trabaja en su despliegue (generación de empleo)?
- Otros aspectos de interés en esta prestación.

Las respuestas a estas preguntas las encontramos en las figuras 10, 11 y 12:

- Teleasistencia domiciliaria: sus principales datos se muestran en las figuras 13, 14 y 15.
- Comidas (fig. 16).
- Lavandería (fig. 17).
- Productos de apoyo (fig. 18).

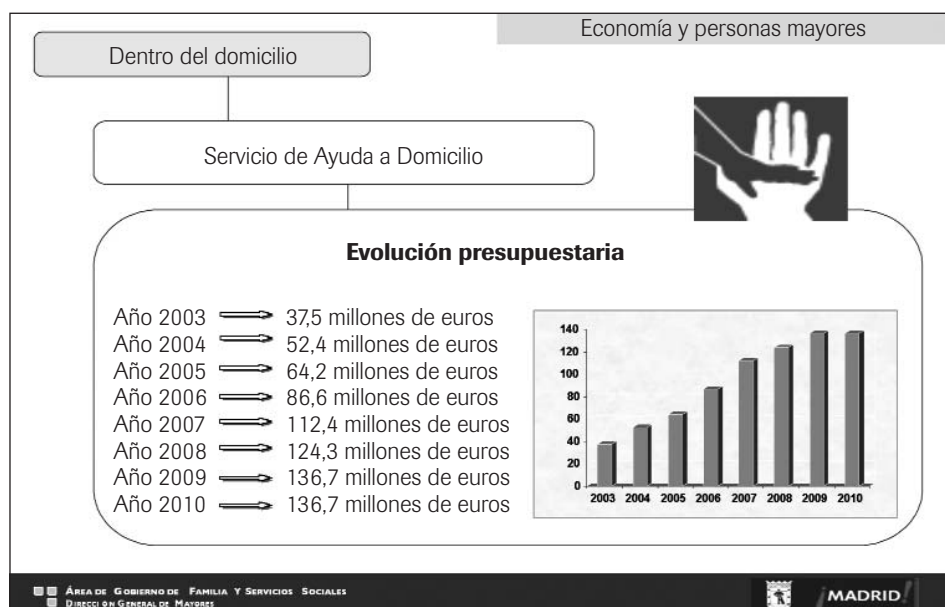


Figura 10. Evolución presupuestaria del Servicio de Ayuda a Domicilio (2003-2010).

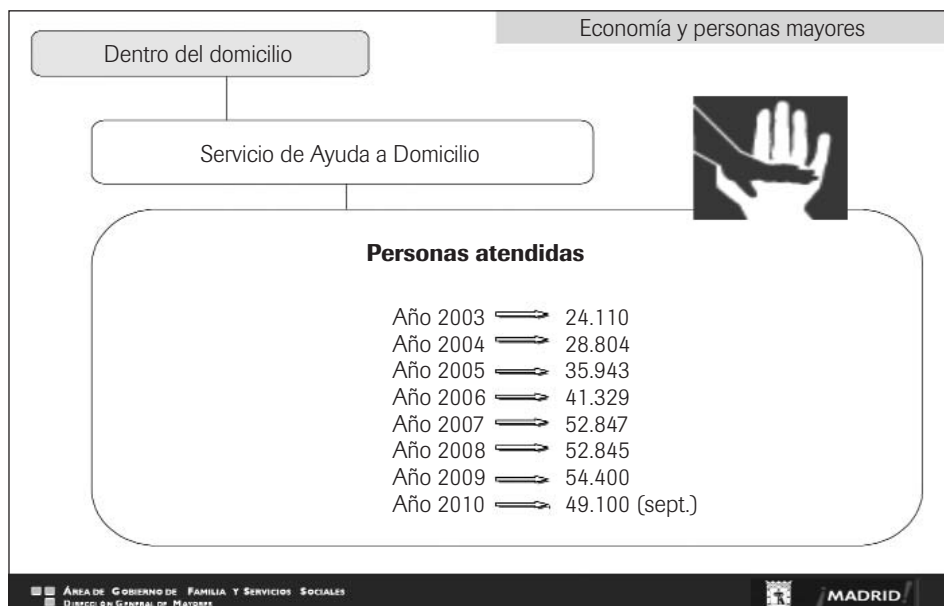


Figura 11. Número de personas atendidas por el Servicio de Ayuda a Domicilio (2003-2010).

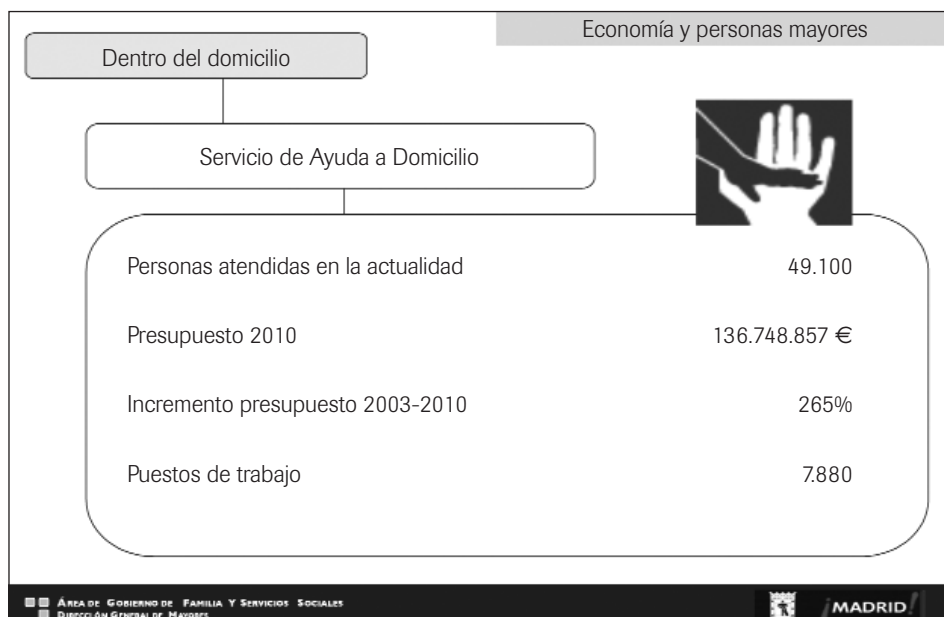


Figura 12. Servicio de Ayuda a Domicilio: datos de 2010.

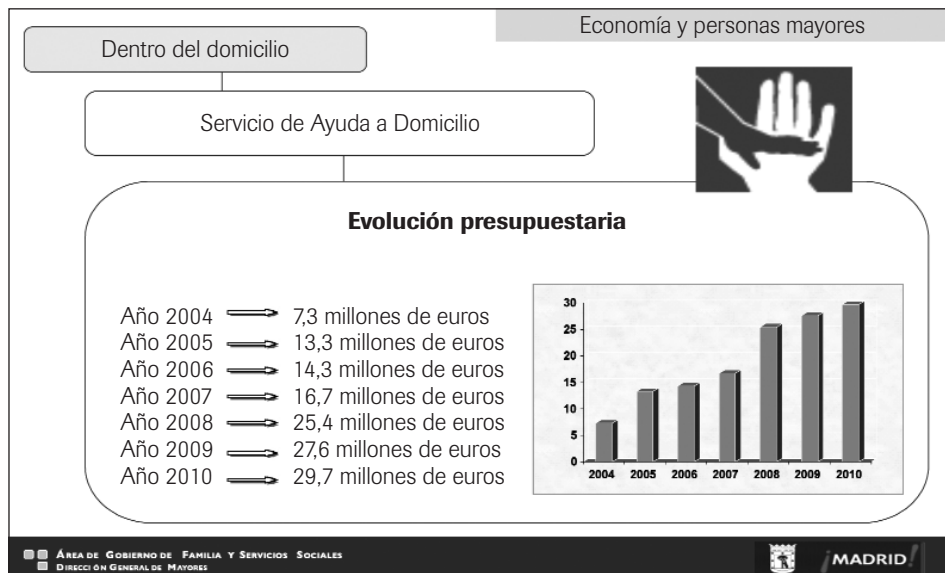


Figura 13. Evolución presupuestaria del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria (2004-2010).

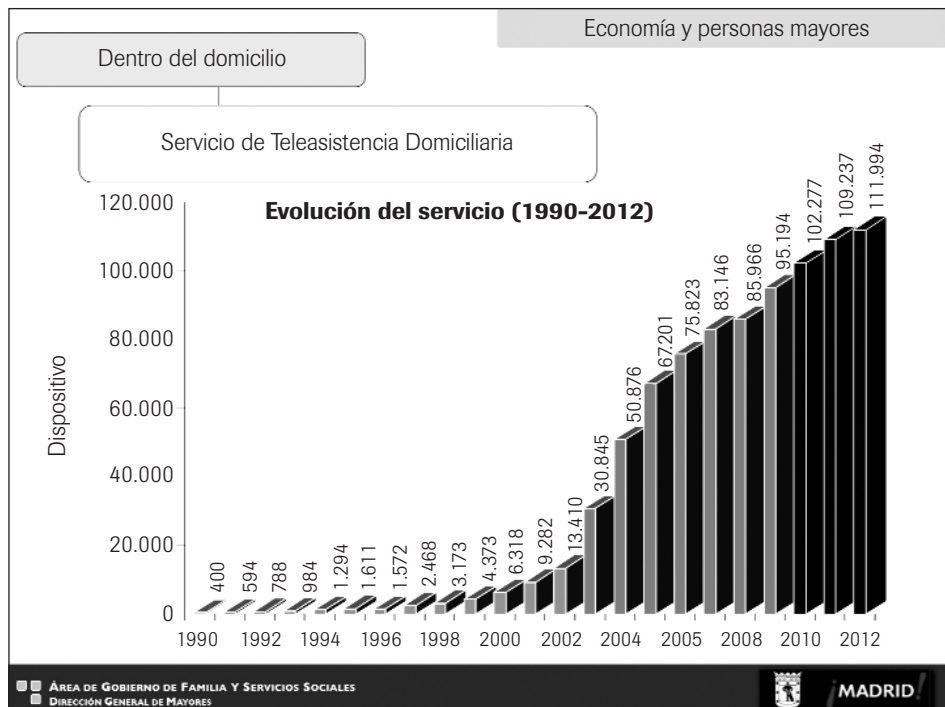


Figura 14. Evolución del número de dispositivos del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria (1990-2012).

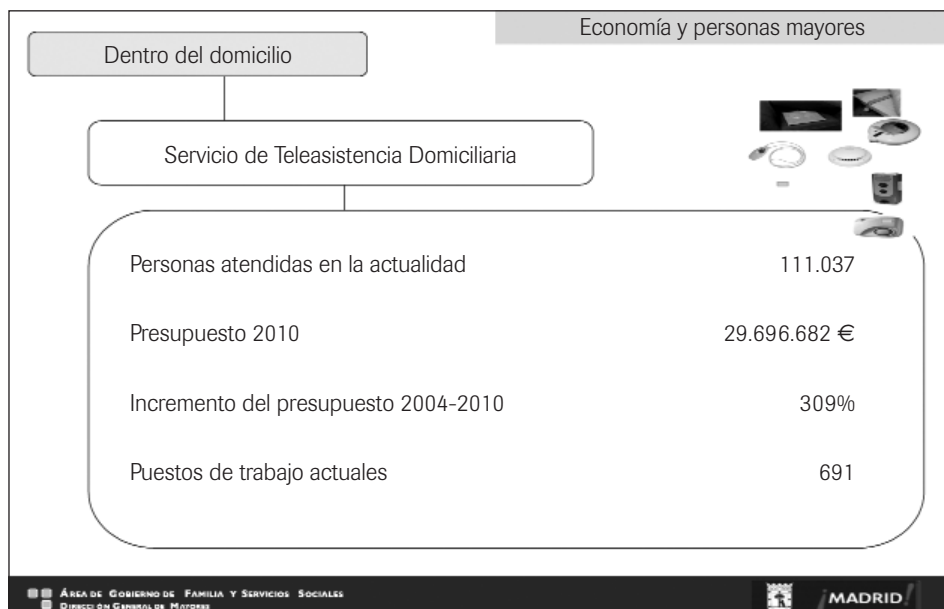


Figura 15. Servicio de Teleasistencia Domiciliaria: datos de 2010.

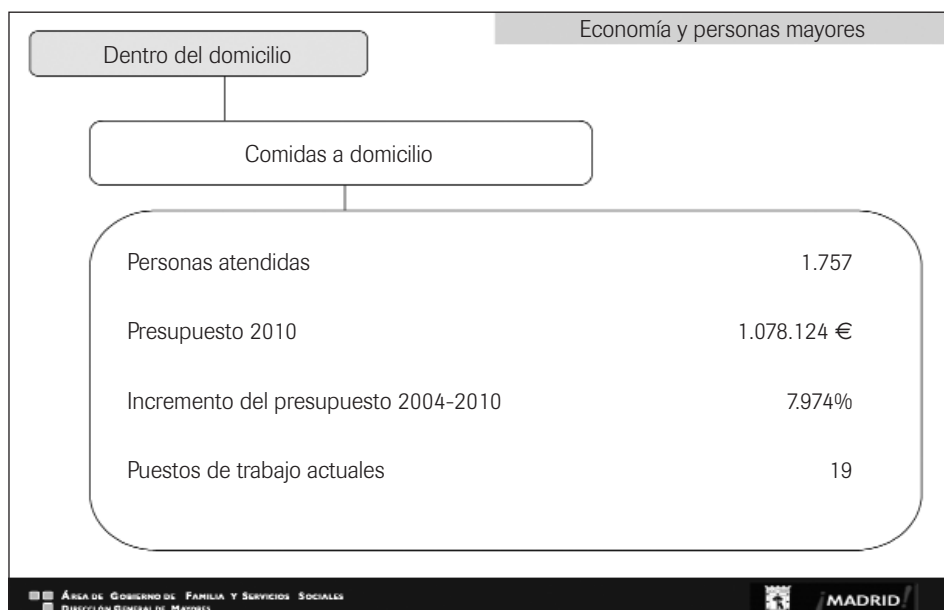


Figura 16. Comidas a domicilio: datos de 2010.

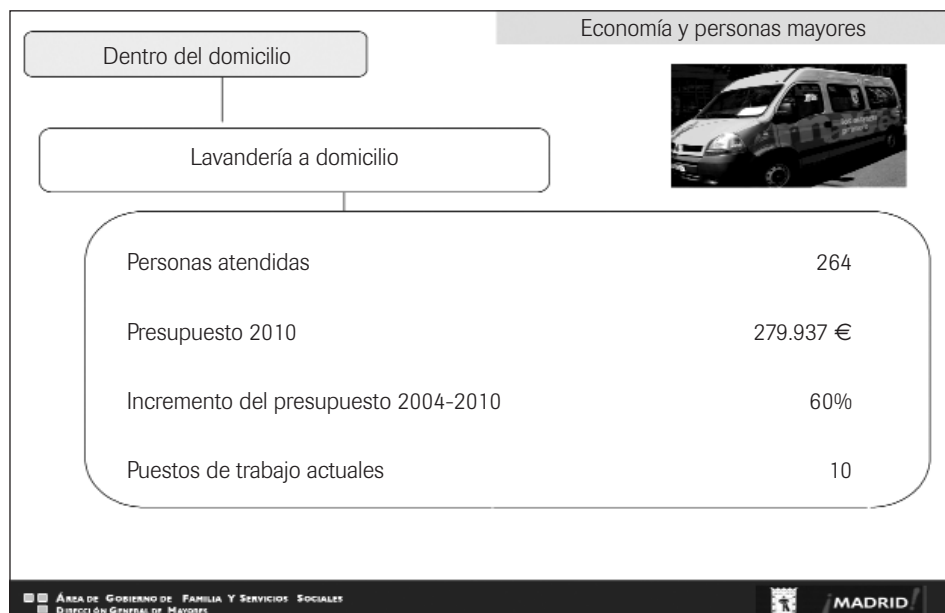


Figura 17. Lavandería a domicilio: datos de 2010.

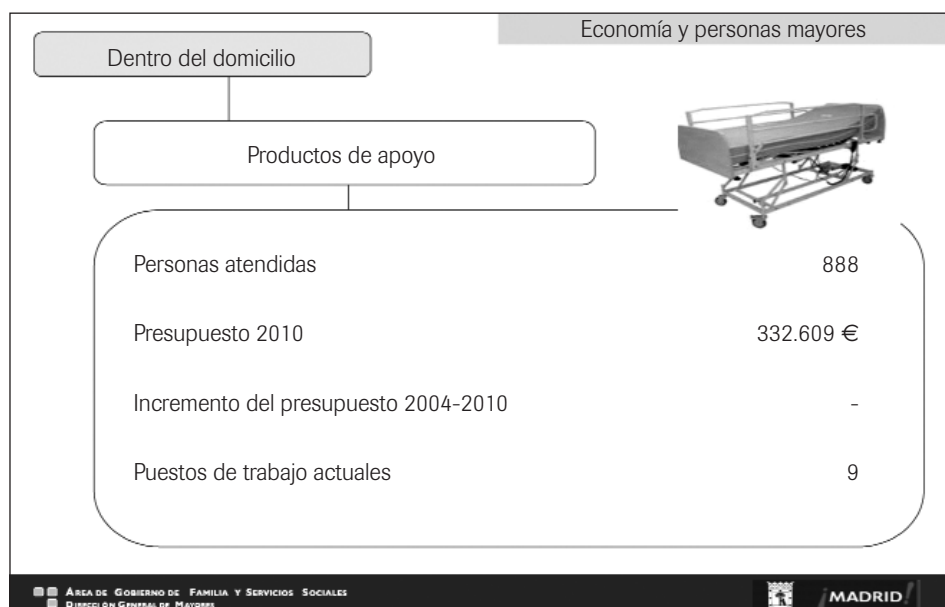


Figura 18. Productos de apoyo: datos de 2010.

2. Fuera del domicilio:

- Centros de día (figs. 19-21).
- Centros municipales de mayores (fig. 22).

Algunas evidencias que conviene destacar incluyen la de que los servicios sociales, y específicamente los destinados a la atención de las personas mayores, han evolucionado como muy pocos sectores de la economía. Vemos que se han creado miles de puestos de trabajo y que tiene identidad propia como sector productivo.

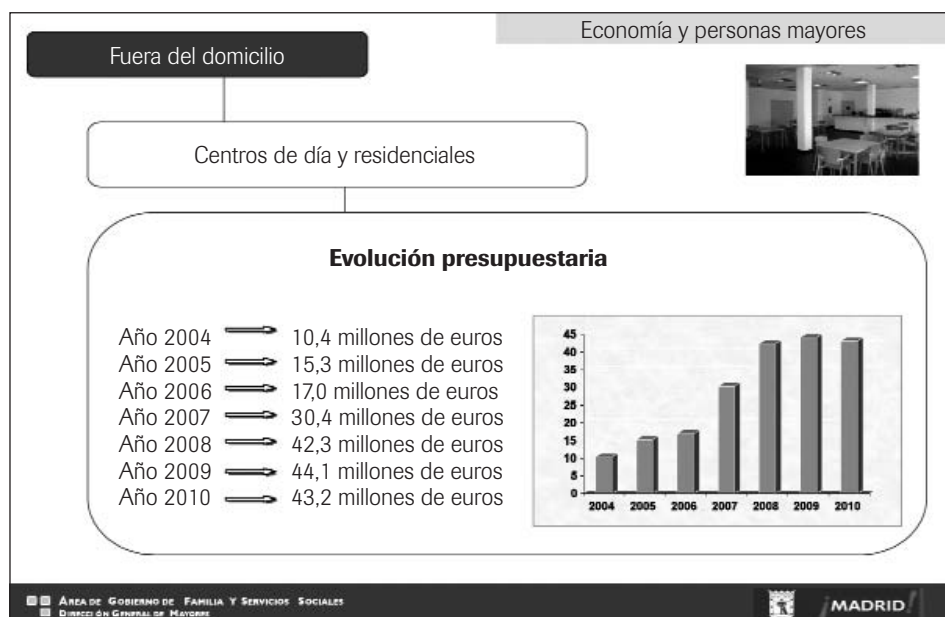


Figura 19. Evolución presupuestaria de los centros de día y residenciales (2004-2010).

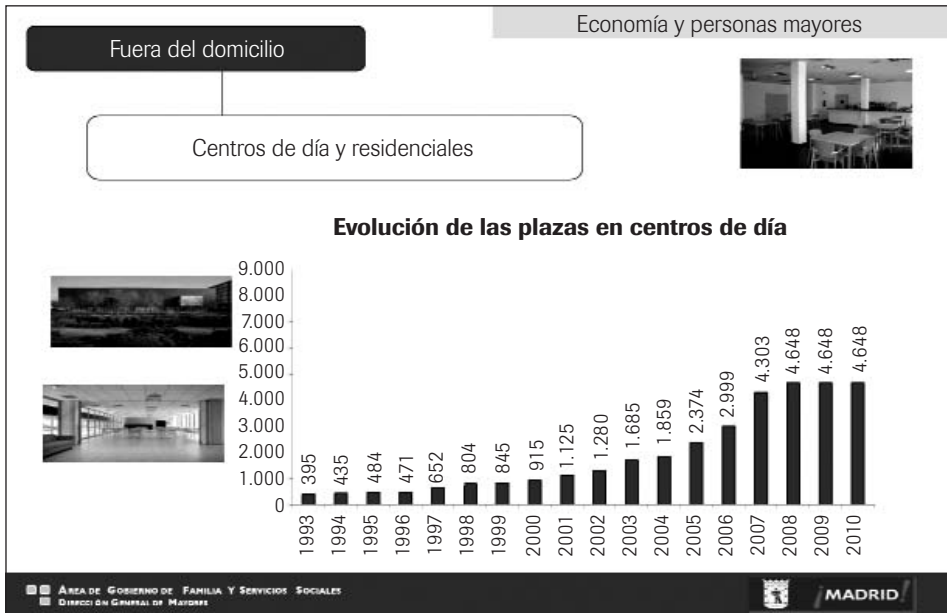


Figura 20. Evolución del número de plazas en los centros de día (1993-2010).



Figura 21. Centros de día y residenciales: datos de 2010.

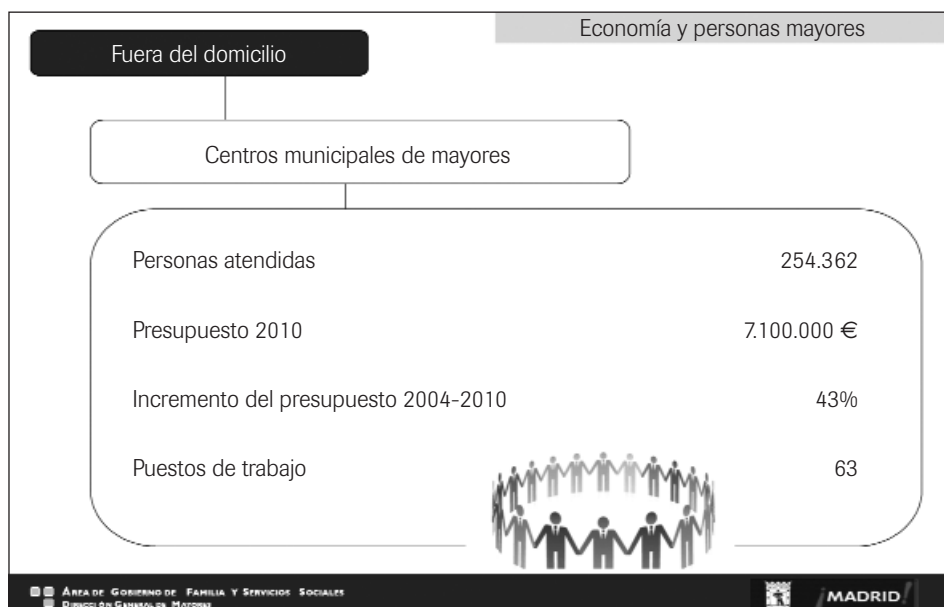


Figura 22. Centros municipales de mayores: datos de 2010.

Características principales de los recursos que se ponen a disposición de las personas mayores

Proximidad (fig. 23)

Puede que la proximidad sea la principal característica de la producción de servicios sociales de atención a las personas mayores. Con ello queremos hacer referencia a que la atención se presta con la presencia física de persona a persona, en el domicilio —generalmente— donde vive el usuario, o en un lugar cercano a su domicilio. Este hecho da lugar a que no sea posible la deslocalización de la economía derivada de la producción de los servicios que necesitan las personas mayores.

Los sistemas que propugnan la provisión de servicios y la atención a larga distancia, como es el caso de la teleasistencia, la telemedicina, la educación a distancia, la robotización de la limpieza del hogar o la compra por internet, no dejan de tener su atractivo y hasta su relativa utilidad. Hoy por hoy, sin embargo, tenemos que pensar que resulta difícilmente compatible la realidad en que viven nuestros mayores y sus necesidades con las soluciones propuestas por muchos de estos proyectos.

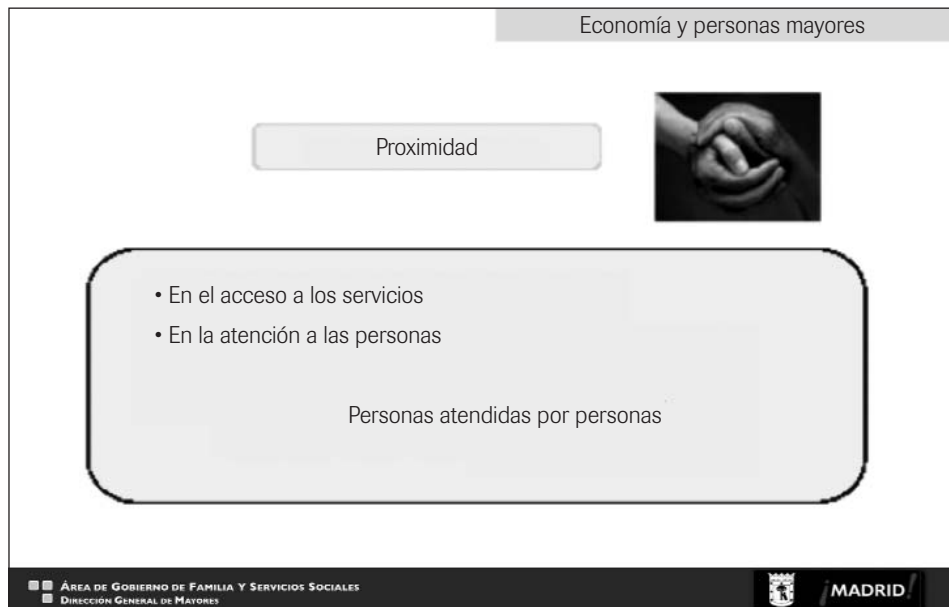


Figura 23. La proximidad como carácter primordial de los servicios a personas mayores.

Hoy día, los principales programas de atención y los servicios más demandados por parte de las personas mayores no tienen tanto que ver con aspectos técnicos, sino con carencias humanas que requieren presencia física, cercanía, tono, vista, palabra, tacto, calor de otro.

Y esta realidad, a la vista del trecho que llevamos recorrido desde el día en que el hombre adquirió la bipedación hasta ahora, no es fácil que cambie en unos años. De vez en cuando nos seguimos preguntando por qué estamos solos, por qué nos sentimos tristes, por qué odiamos a algunas personas, por qué tenemos envidia del que triunfa, por qué agredimos al otro, por qué no nos entendemos con el vecino o con el compañero, por qué no fuimos capaces de explicarnos, por qué perseguimos objetivos inalcanzables, por qué sigue habiendo guerras, ricos y pobres, gente aparentemente feliz y personas desgraciadas, por qué nos enamoramos, por qué nos invade la cólera o la ira, por qué no soportamos al que junto a nosotros camina por la senda de esta vida, etc.

La presencia humana, que comporta cercanía o proximidad, será insustituible y constituye una característica principal de los servicios sociales como bienes y servicios con proyección económica.

Igualdad y objetividad (fig. 24)

Desde la consideración de los servicios sociales como producción pública, esta característica cobra sentido. Pero no lo tiene si se trata de servicios sociales privados, en cuyo caso el propietario puede aplicar los criterios que considere adecuados en función de su rentabilidad o beneficio y no en función de la igualdad para todos los usuarios y de la objetividad en el servicio prestado. Y nada hay que se oponga a que caminemos en esta dirección.

Esta característica conlleva, desde la óptica económica, una consecuencia clara, y es que elimina la competitividad y el dinamismo que deriva de la libertad. La libertad en la provisión de servicios y bienes que las personas necesitan es una circunstancia previa a la de la igualdad en el acceso a los servicios. Sólo cuando una parte importante de la sociedad se ve privada del acceso a bienes y servicios que existen en el mercado, y que se consideran necesarios para alcanzar el pleno desarrollo de la persona, su bienestar y para mejorar su calidad de vida, es cuando interviene el Estado, cuando se convierte en provisión pública del bien o del servicio.

No tenemos que irnos muy lejos para recordar que hace 32 años se aprobó la Constitución Española y, derivado de la misma, el reconocimiento de derechos que hasta entonces



Figura 24. La igualdad y la objetividad en los servicios a personas mayores.

no existían. Así de sencillo, no existían. La atención a la personas mayores, a los discapacitados, a colectivos vulnerables, estaba en manos de la iniciativa social, en manos de personas bondadosas, altruistas o movidas por cualquier otra circunstancia personal o social. Eran los antecedentes de un Estado social y democrático de derecho. Era la beneficencia (pública y privada coexistiendo). La atención a las personas mayores no se guiaba por estas características de igualdad u objetividad que estamos comentando. Y lo mismo podíamos decir de cualquier otra actividad o servicio «social» facilitado a la población para su uso o para cubrir una determinada necesidad.

¿Quién no recuerda, por ejemplo, que en las maternidades —no sé si en todas, pero sí en muchas de ellas— se daban los hijos nacidos fuera del matrimonio, o rechazados por sus madres, o abandonados, a alguien conocido por la persona encargada o con mayor influencia en ese momento en la institución? Estamos hablando de actos o servicios que resuelven un problema social, humano. De servicios que responden a una necesidad social. De actividades humanas con trascendencia personal, familiar, social y económica que se desarrollaban con características completamente diferentes a lo que ahora conocemos.

Estas diferencias nos permiten comparar el ayer y el hoy, y dar la importancia que los servicios sociales tienen como realidad incorporada a la actividad económica de un país.

Y derivado de ello, o complementario, toda la producción legislativa que da cuerpo, protege y organiza esta nueva realidad social que son los servicios sociales. La característica de la igualdad, de la objetividad, reclama y se fundamenta —generalmente— en leyes, normas y acuerdos escritos. Esta es la manera que tenemos hoy día de procurar una convivencia pacífica y democrática que persigue la igualdad y la solidaridad con quienes más lo necesitan. Y desde el punto y la hora que se marcan estos objetivos, entran en juego las leyes y la actividad humana adquiere otra realidad.

Pero no es menos cierto que la igualdad y la objetividad son contrarios a la diferencia y a la subjetividad. Y no es que unos sean buenos y otros malos. Aquí no hay esa categoría.

La igualdad nivela y trata a todos como si fueran idénticos. La realidad es que no lo son, no lo somos. Y esto no es justo. La diferencia destaca lo que es desigual, y puede exagerarlo, dando lugar igualmente a la injusticia.

Llevado a términos económicos, la igualdad y la objetividad se pueden convertir en unos elementos intervencionistas contrarios a la propia economía de mercado y contrarios a las necesidades humanas que hay que satisfacer.

La libertad en la generación, producción, distribución de bienes y servicios es un elemento positivo que desaparece cuando dichos bienes y servicios están tasados *a priori*. La igualdad y la objetividad son un requisito, pero también se pueden convertir en un corsé que impide la creatividad y la competitividad. Por eso es tan importante otra de las características con que se prestan los servicios sociales a las personas mayores, que es la colaboración entre lo público y lo privado.

Gestión indirecta (fig. 25)

La presencia de lo privado en la provisión de servicios y bienes a las personas mayores es un elemento insustituible en nuestra realidad social, a la vez que irá creciendo poco a poco. Es necesario que la iniciativa privada aporte mayor dinamismo, mayor riqueza, nuevos productos y servicios, competitividad, etc. en un sector que tiene mucho futuro por delante.

Con ello no estoy abogando por el abandono de la administración pública de lo que son sus responsabilidades, no. Estoy planteando que trazadas las líneas fundamentales por donde tiene que transcurrir la actividad económica de este sector, se le dé la mayor libertad posible. Estoy planteando la necesidad de no abandonar a su suerte a quie-

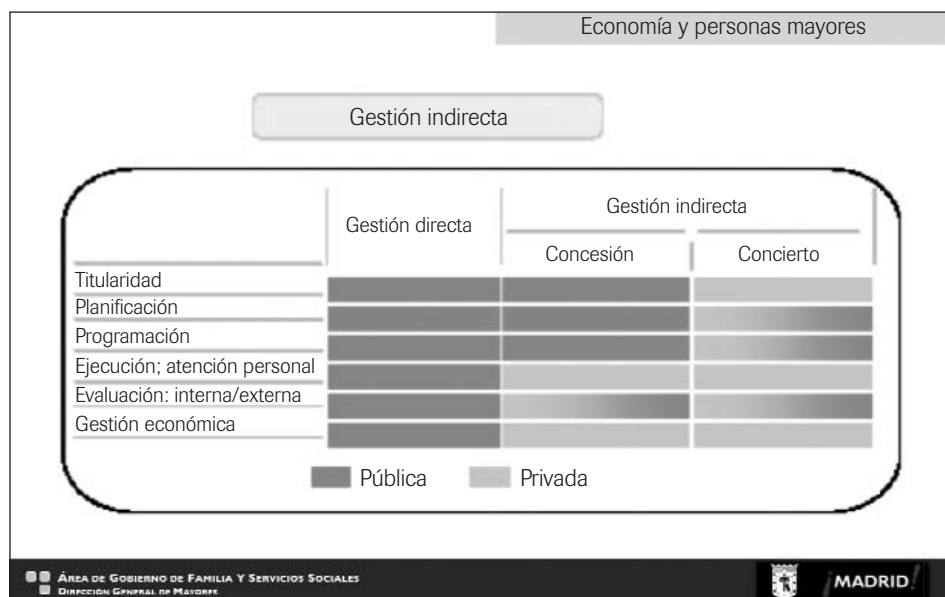


Figura 25. La gestión indirecta en los servicios a personas mayores.

nes no pueden acudir a unos servicios privados; a estos debe garantizárseles la atención debida en cantidad y calidad. Estoy abogando por el seguimiento y control de la actividad privada por parte de la administración pública. Apuesto por la evaluación y el sometimiento a parámetros de calidad de la actividad económica orientada a la atención de las personas mayores.

Hay elementos o servicios que deben ser impulsados por las administraciones; espacios que deben ser ocupados por ellas y tareas que deben realizarlas las administraciones, como son la detección de nuevas necesidades que la sociedad reclama y precisa en buena lógica, como es la planificación general de los servicios que se van a prestar y los niveles razonables que hay que garantizar, la atención a colectivos desfavorecidos, o la evaluación de los servicios prestados.

La administración debe estar atenta para evitar abusos, fraudes y engaños (ya está la justicia, desde luego, pero tratándose de colectivos vulnerables puede que sea preciso un plus de vigilancia).

Las ventajas de la presencia de lo privado, junto con lo público en la provisión de servicios sociales a las personas mayores deriva de la libertad de iniciativa que tenemos todas las personas (en el caso de la economía, especialmente los emprendedores) y de la confianza en la propia sociedad, capaz de generar nuevos servicios en función de las necesidades que la sociedad reclama.

Copago

Los sistemas de provisión de servicios a los ciudadanos que el Estado organiza tienen, en nuestro entorno, la consideración inicial de *públicos, universales, de libre acceso y gratuitos*.

Estas características, que se han ido labrando poco a poco con el paso del tiempo, encierran ocultaciones, *falsedades* y dramáticos *riesgos*, de modo que mantienen a los ciudadanos en situación de engaño. Hay que decir que muchas personas conocen las falsedades, pero prefieren permanecer en el autoengaño.

¿Cuáles son esas falsedades y los riesgos a los que me refiero?

Como paradigma de los sistemas de provisión de servicios a los ciudadanos están la sanidad y la educación. De ambos sistemas se puede decir lo mismo, que son públicos, universales, de libre acceso y gratuitos. Dejando al margen que ambos sistemas se financian con los recursos que el Estado obtiene, vía impuestos, de los ciudadanos que pagan

impuestos, como definición de entrada nos puede valer, y la afirmación es cierta en la medida en que dichos sistemas están regulados por leyes, se planifican y organizan por las administraciones públicas y el control de la actividad, en términos generales, es público.

Pero no es menos cierto que la prestación directa de los servicios se realiza, en muchos casos, por empresas, organizaciones y profesionales cuya vinculación con la administración pública es nula. Tampoco es menos cierto que, junto a dichos dos sistemas, coexisten la sanidad y la enseñanza privadas, entrando en numerosas ocasiones en clara competencia con la pública. Tampoco es menos cierto que miles (o millones tal vez) de ciudadanos de este país utilizan sólo y exclusivamente la sanidad y la educación privadas, lo que hace que se autoexcluyan de la atención y servicios que proporciona el sistema público.

Tampoco es menos cierto que como consecuencia de esta autoexclusión de miles o millones de personas, la sanidad y la educación públicas no se ven saturadas hasta el colapso de dichos sistemas. Y ya sabemos lo que significa colapso: dejar de cumplir la función para la que se creó el sistema.

No es menos cierto que en ambos sistemas se abonan cantidades menores, o no, en función de servicios complementarios, secundarios o como quiera que se llamen, recibidos por el ciudadano (matrículas, medicinas, actividades complementarias, etc.). No es menos cierto que el acceso está restringido en función de parámetros de cercanía, pertenencia a un territorio o disposición de una cartilla o tarjeta acreditativa.

Como muestra de que los sistemas de provisión de servicios por parte del Estado no son del todo públicos, ni son universales, ni son de acceso libre, ni son gratuitos, podemos poner dos ejemplos que son paradigma de las obligaciones del Estado, casi insustituibles por la iniciativa privada. Digo casi insustituibles pero no lo afirmo categóricamente porque no es cierto, también pueden ser sustituidos por la iniciativa privada. Me refiero a la provisión de infraestructuras (carreteras, ferrocarriles, aeropuertos, etc.) y la provisión de suministros (agua, electricidad, gas, etc.), que llevan muchos más años que el sistema sanitario y el educativo formando parte de esas «obligaciones» del Estado para con los ciudadanos.

Vemos en ambos ejemplos (infraestructuras y suministros) cómo se trata de una provisión de servicios necesarios para el desenvolvimiento de la actividad humana con su trascendencia económica, cuya provisión no es siempre pública, ni de libre acceso, ni universal, ni gratuita. Y sin embargo cumplen la función para la que fueron creados y su uso parece justo y racional: quien más los usa más paga, quien no los usa no los paga.

Lo público, por definición, no es intocable, perfecto, garantista y símbolo de igualdad, fraternidad y felicidad. Esto no es así y hay que saberlo. Lo público puede ser injusto, imperfecto, abusivo y despilfarrador.

Por otro lado, un sistema de provisión de servicios que sea público, universal, de libre acceso y gratuito comporta graves riesgos. ¿Cuáles son? (fig. 26).

El principal riesgo que corren estos sistemas es el de la despreocupación que muestran los ciudadanos por el bien o el servicio que se les presta. Lo público merece la desconsideración de la gente, la infravaloración y, en ocasiones, el desprecio. Lo público como señal del desinterés y escaso atractivo ciudadano.

En segundo lugar encontramos el *abuso*. El ciudadano que encuentra unos recursos a su libre acceso, si además son gratuitos, corre el riesgo de que abuse de los mismos. En nuestro entorno hay claras muestras de ciudadanos que almacenan medicinas porque no les cuesta nada, por ejemplo. En el momento en que dichos servicios exigen una aportación económica por parte de quien los usa desaparece el abuso.

En tercer lugar señalamos la *pérdida de sentido del coste*. Cuando un servicio se da a precio cero, el usuario desconoce su coste, y con el tiempo pierde el sentido de si cues-

Economía y personas mayores

Copago


Los sistemas públicos, de libre acceso, universales y gratuitos producen efectos perversos:

- Despreocupación (público)
- Abuso (libre)
- Sentido irreal del precio (gratuito)
- Anestesian la conciencia de coste

Y una especie de riesgo moral:

- Mayor consumo de lo necesario (sin aumento de beneficio)
- Desprecio por el coste real

■ ÁREA DE GOBIERNO DE FAMILIA Y SERVICIOS SOCIALES
 ■ DIRECCIÓN GENERAL DE MAYORES



MADRID

Figura 26. Efectos adversos de los sistemas públicos, de libre acceso, universales y gratuitos.

ta mucho o poco. Esta pérdida de sentido de lo que valen las cosas es una desvinculación de parte de la realidad en la que se mueve el ciudadano. ¿Cuánto cuesta un traslado en autobús por Madrid? ¿Cuánto cuesta un litro de agua del grifo? ¿Cuánto cuesta la retirada de una cornisa de un edificio por los bomberos? Porque debemos distinguir bien entre lo que cuesta producir un bien o un servicio, y lo que pagamos por él, si es que pagamos algo.

Estos riesgos, que podemos calificar como riesgos de actitud, terminan representando un riesgo supremo, que es un *riesgo moral*. ¿En qué consiste este riesgo? En consumir más de lo necesario, sin aumento de beneficio para quien lo practica. Este riesgo que calificamos de moral atenta contra los bienes y servicios que es capaz de producir el ser humano y que sabemos que son limitados. El abuso, el despilfarro de bienes y servicios por parte de unos pocos que no los necesitan, va en detrimento de su uso adecuado por parte de otros que sí los necesitan.

Podríamos añadir, además, que el riesgo moral tiene que ver con la desconsideración del trabajo ajeno, ya que en la producción de bienes y servicios intervienen personas, y estas personas merecen un salario y un respeto por su trabajo.

No hay, por tanto, nada más progresista que el ahorro y el consumo razonable, y nada más anticuado y retrógrado que el despilfarro de los recursos.

Este análisis de la provisión de servicios públicos es necesario por cuanto que los servicios sociales organizados para atender a las personas mayores podían haber corrido el riesgo de otros sistemas, pero afortunadamente no ha sido así, situando la provisión de servicios sociales entre los modelos racionales, justos y sostenibles en el tiempo.



¿Qué ventajas tiene el *copago* en los servicios de atención a las personas mayores? Varias. La primera es que la participación del usuario en el coste de los servicios aviva la prudencia de su uso; la segunda es que concilia la seguridad de poder disponer de ellos cuando se necesiten y la responsabilidad en cómo y cuándo utilizarlos; la tercera tiene un efecto pedagógico al recordar permanentemente que los servicios tienen un coste (fig. 27). El copago disuade la demanda innecesaria o la reduce, evita el despilfarro y orienta el consumo. Finalmente, el copago permite obtener recursos que son necesarios para garantizar la generación o producción de nuevos recursos (fig. 28).

Economía y personas mayores

Copago

Impedir o moderar (al menos):

- Los efectos
- Los riesgos
 - Aviva la prudencia del uso
 - Concilia seguridad y responsabilidad
 - Educa (sentido de realidad) sobre precio y coste


 ÁREA DE GOBIERNO DE FAMILIA Y SERVICIOS SOCIALES

 DIRECCIÓN GENERAL DE MAYORES



 MADRID



Figura 27. Efectos del copago en los servicios de atención a las personas mayores.

Economía y personas mayores

Copago

Además

- Disuade de la demanda innecesaria o la reduce
- Evita —o disminuye— el despilfarro
- Obtiene fines complementarios
 - Recursos financieros
 - Orientación del consumo


 ÁREA DE GOBIERNO DE FAMILIA Y SERVICIOS SOCIALES

 DIRECCIÓN GENERAL DE MAYORES



 MADRID

Figura 28. Ventajas del copago en los servicios de atención a las personas mayores.

Transparencia en la gestión, pedagogía e información responsable

La administración pública tiene que ser didáctica en sus actos. Debe señalar el camino que hay que seguir, pero además debe dar ejemplo haciendo las cosas bien, lo mejor que pueda, por atender a los ciudadanos. Y debe explicar lo que hace. Debe informar sobre lo que hace, cómo y por qué lo hace. Debe dar pruebas de que, como la mujer del César, además de ser honrada debe parecerlo.

La transparencia es una característica que entronca su filosofía con la ética y con el derecho en su sentido más sustantivo.

La información ha de ser continuada, comprensible, inspirada en el objetivo de formar a ciudadanos con criterio y responsables.

El Ayuntamiento de Madrid, con este horizonte, puso en marcha hace varios años la *facturación informada*, que consiste en decirle al usuario lo que cuesta el servicio que se le presta, cuánto paga él y cuánto pagan los demás conciudadanos (a través del Ayuntamiento) por lo que recibe (fig. 29).

Economía y personas mayores



Factura informada

FACTURA			
Fecha	Número	Fecha	Código
15/07	3561	31/07/2008	C00100

Madrid
España

Conceptos:
 Servicios correspondientes al mes de Julio en el centro CENTRO DE DÍA ARROYO BELINCOSEO

Modalidad de asistencia 3 días de la semana
 Mes entero
 Transportes: SI
 Aportación según baremo del ayuntamiento para el año 2008

Detalle:	Unid.	PrecioUnid.	Importe.
Servicios			
PU020, Servicio mensual a usuarios	1,00	129,65	129,65

MADRID ÁREA DE GOBIERNO DE FAMILIA Y SERVICIOS SOCIALES

DIRECCIÓN GENERAL DE MAYORES

EL AYUNTAMIENTO DE MADRID INFORMA:

De acuerdo con nuestra información, los servicios que usted ha recibido, en el período que comprende esta factura, han tenido un:

COSTE TOTAL DE	872,10 €	100 %
Usted abona	129,65 €	23 %
El Ayuntamiento de Madrid abona el resto	742,45 €	77 %

El Ayuntamiento de Madrid, en su permanente afán por mejorar los servicios a todos los madrileños, le ofrece esta información como ejercicio de transparencia y responsabilidad ante todos los ciudadanos.

Exento de I.V.A. porque Asociación de Servicios ASER está declarada "entidad o establecimiento de carácter social", según artículo 20. 4º, ley 37/1992 de 28 de Diciembre sobre I.V.A.

	Importe neto	129,65
Forma de pago		
Devuelto importe		
Cta. Cta. 0182 7547 00 0001617302	Liquido (EUR):	129,65
Observaciones		

Asociación de Servicios ASER CIP G79094811
 C/ Juan Ramón Jiménez nº9. 2º. 1.º 28036 MADRID

Firma y sello



Tel: 91 350 00 00 Fax 91 359 91 37

ÁREA DE GOBIERNO DE FAMILIA Y SERVICIOS SOCIALES

DIRECCIÓN GENERAL DE MAYORES



Figura 29. Modelo de factura informada del Ayuntamiento de Madrid.

Este camino que nosotros emprendimos hace un tiempo está siendo seguido recientemente por algunas comunidades autónomas para informar, sobre todo, de los servicios sanitarios que reciben los pacientes en los hospitales. En algunos sitios lo llaman «factura sombra» o se usan términos parecidos. Poco importa cómo se llame, lo que importa es el objetivo que se persigue.

Además, con el mismo objetivo, se publica anualmente la memoria de los programas de atención en servicios sociales.

Inversiones

Las inversiones en servicios sociales destinados a la atención a las personas mayores se merecen un capítulo aparte. Y no sólo porque representan un monto importante desde el punto de vista cuantitativo, sino porque son el símbolo de la permanencia en el tiempo de un sistema que es nuevo en nuestra economía y que no hará más que crecer como lo atestiguan otros países de nuestro entorno.

En los últimos años, el Ayuntamiento de Madrid ha realizado una serie de inversiones en centros de atención a personas mayores (fig. 30).



Figura 30. Inversiones en nuevos centros de atención a personas mayores del Ayuntamiento de Madrid (2005-2008).

CDEA: centros de día de enfermos de Alzheimer; CDF: centros de día de físicos; CMM: centros municipales de mayores.

Cuando se llevan a cabo inversiones como las que se hacen en centros de día, en centros de ocio para personas mayores, en residencias, en centros de rehabilitación, en centros de noche o en cualquier otra infraestructura, se están construyendo las «fábricas» de producir calidad de vida, rehabilitación, asistencia especializada, prevención de enfermedades y dependencia, bienestar individual y social, participación, envejecimiento activo, compatibilidad de la vida familiar y la vida laboral, etc. Son «fábricas» que producen servicios demandados por los ciudadanos, servicios cada vez más numerosos, cada vez más sofisticados, cada vez más variados.

Extraemos de aquí *algunas evidencias* igualmente significativas, como es el hecho de que la economía desplegada en los servicios sociales está muy vinculada, hoy por hoy, a la administración pública. Pero no necesariamente tiene que ser así en el futuro. Representa un modo de intervenir en la economía diferente a como lo están haciendo otros sistemas públicos de atenciones personales, especialmente la educación y la sanidad. Su *modus operandi* se asemeja más al que impera en sistemas de provisión de servicios como las infraestructuras o los suministros. Es una forma de acceso limitado y tasado, universal, no gratuito y de gestión indirecta.

Estas características son las que definen a los servicios sociales de atención a las personas mayores. Son servicios sociales públicos. Pero también hay una participación desde el ámbito privado, y muy importante, que se suma y que juntos conforman el sector económico que conocemos.

Efectos y consecuencias en la economía de los recursos sociales destinados a atender necesidades de las personas mayores.

Los mayores como consumidores de servicios especializados

Lo primero que tenemos que hacer es recordar la importancia que tienen las personas mayores como consumidoras ordinarias de bienes y servicios, de los que igualmente hacen uso el resto de las personas de nuestra sociedad. Y tampoco nos vamos a fijar en lo que representa el consumo de bienes y servicios vinculados a la salud de las personas mayores.

Nos fijaremos únicamente en las consecuencias del consumo de servicios sociales en la economía (fig. 31). Los mayores, por tanto, como consumidores selectos de productos especializados.

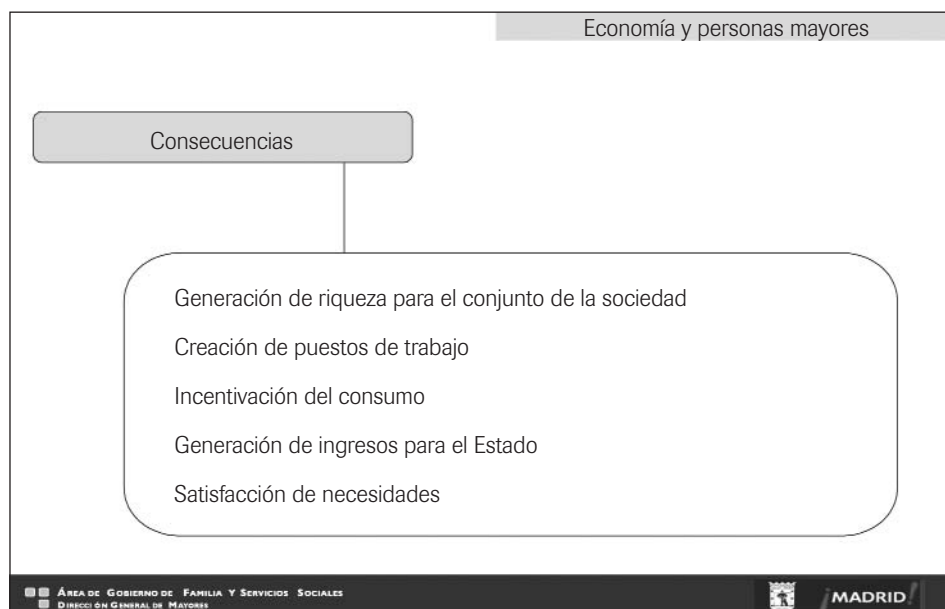


Figura 31. Consecuencias del consumo de servicios sociales en la economía.

La primera consecuencia es la *riqueza generada* por los servicios sociales de atención a personas mayores para el conjunto de la sociedad.

Si vemos la evolución de los presupuestos destinados a los servicios de atención a las personas mayores en los últimos años nos daremos cuenta de lo que esto significa (fig. 32)

La segunda consecuencia podemos encontrarla en la *creación de puestos de trabajo*.

Si contabilizamos los puestos de trabajo directo que se han generado en los últimos años para poder atender a las personas mayores nos encontramos con los datos reflejados en la figura 33.

La tercera es la *incentivación del consumo* de productos específicos. La aparición de productos encaminados a la atención de la dependencia, así como otros encaminados a su prevención, como son los aparatos para el ejercicio físico, los viajes para personas mayores, las tecnologías diseñadas para ser utilizadas específicamente por personas de mayor edad, etc.

La cuarta consecuencia, derivada de la anterior, es la *generación de ingresos para el Estado*, tanto vía impuestos sobre los productos (IVA), como sobre el trabajo (IRPF).

Evolución presupuestaria (millones de euros)

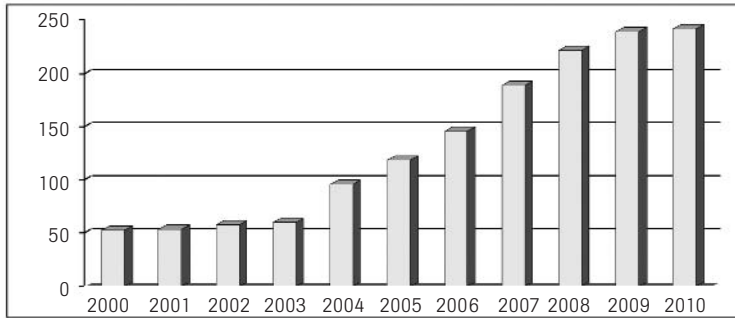


Figura 32. Evolución de los presupuestos destinados a los servicios de atención a las personas mayores (2000-2010).

Generación de empleo 2009

10.578 puestos de trabajo

Servicio de Atención Domiciliaria	7.880
Centros de día	1.756
Teleasistencia	691
Otros	251

Figura 33. Atención a las personas mayores: generación de empleo (datos de 2009).

Este factor constituye un elemento que se debe tener en cuenta especialmente cuando se habla del gasto que representan los servicios sociales, porque muestra a las claras que este gasto genera ingresos nada desdeñables al Estado.

La quinta es que interviene en una *redistribución de la riqueza*, en la medida que en el sistema de servicios sociales paga más el que más tiene, menos el que menos tiene, y nada o casi nada el que nada tiene.

Pero una última y tal vez más genuina consecuencia de los servicios sociales de atención a las personas mayores en la economía es que permite *satisfacer necesidades* que las personas mayores tienen por su condición de edad. Y es la más genuina porque, como recordarán, la economía se ha definido como la actividad humana encaminada a satisfacer necesidades humanas mediante bienes o servicios determinados (fig. 34).

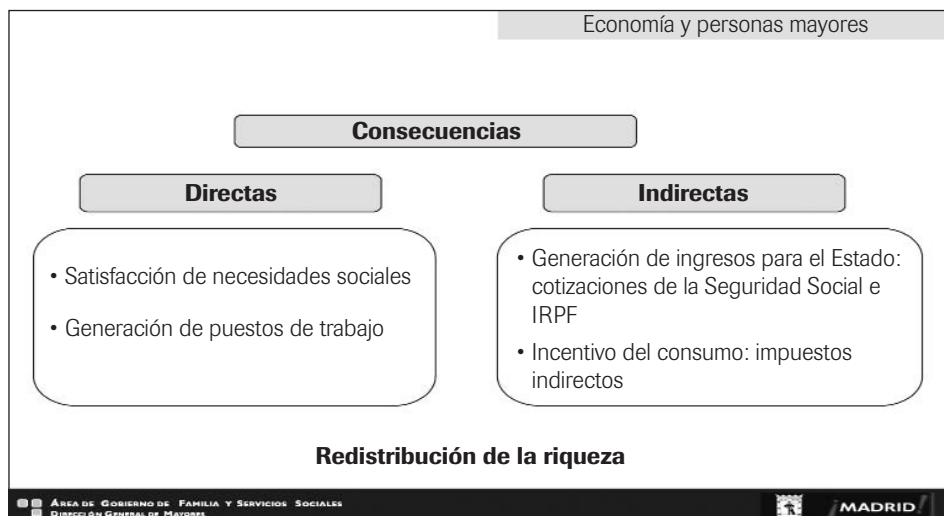


Figura 34. Consecuencias de los servicios de atención a las personas mayores en la economía.

Algunas reflexiones finales a modo de hipótesis, provocación o desenfoque de la realidad

Normalmente estamos acostumbrados a calcular lo que cuestan las cosas que adquirimos. Esto es lo que hemos hecho: decirles lo que cuestan los servicios sociales destinados a la atención de personas mayores en el municipio de Madrid. Esto se conoce como cálculo de *costes producidos*.

Ahora, para ir finalizando, les voy a pedir un último esfuerzo de imaginación, de modo que nos situemos en una óptica desde la que calculemos los *costes evitados*. Esta óptica nos lleva a calcular los gastos que he evitado hacer (por los servicios sociales o por otros sistemas de provisión de servicios), como consecuencia de mi «inversión» en servicios sociales. Y aquí puedo traer, igualmente, los ingresos generados con estos gastos o inversión.

En las figuras 35, 36 y 37 se muestran algunos ejemplos a modo de hipótesis.

El resultado expuesto no deja de ser una hipótesis de trabajo, una invitación a la imaginación, pero tiene la virtud de mostrar que la inversión en servicios para los mayores desde los servicios sociales puede evitar otros gastos en los que no pensamos.

Como no pensamos y vemos como normal que a los mayores les consideremos consumidores de productos específicos, pero no como consumidores normales.

Como no pensamos y vemos como normal que lo que hacen los mayores como tareas o funciones impuestas, esto es, como productores obligados por los vínculos de parentesco, no tenga valor alguno, ni económico ni de otro tipo.

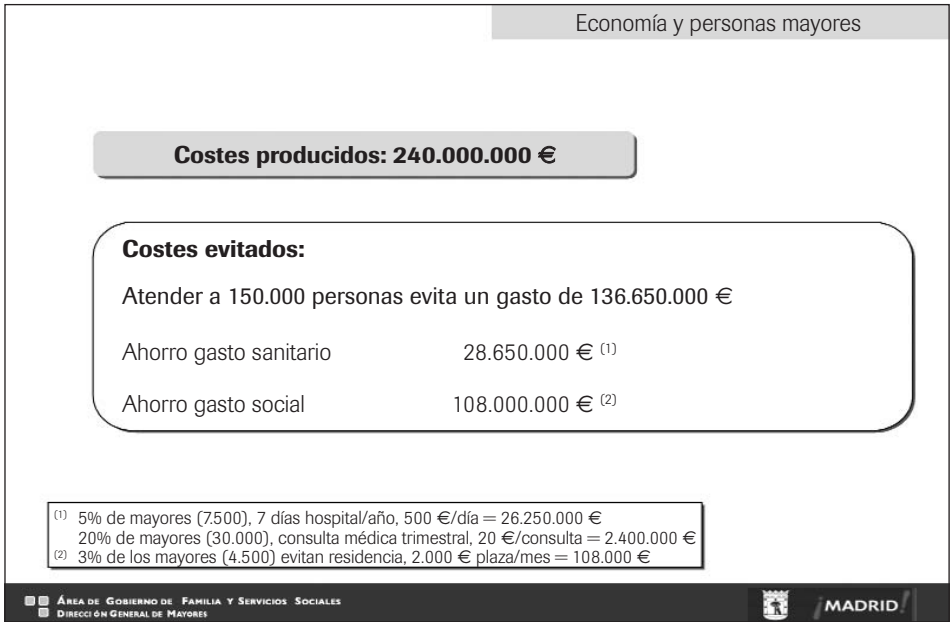


Figura 35. Costes evitados en gastos sanitarios y sociales con la atención en servicios a las personas mayores.

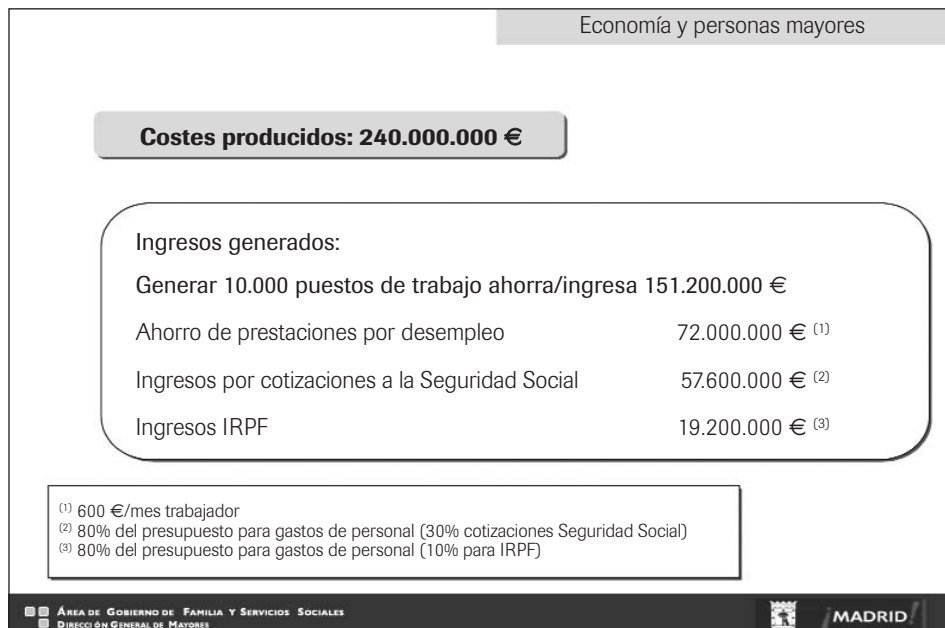


Figura 36. Puestos de trabajo e ingresos generados con la atención en servicios a las personas mayores.

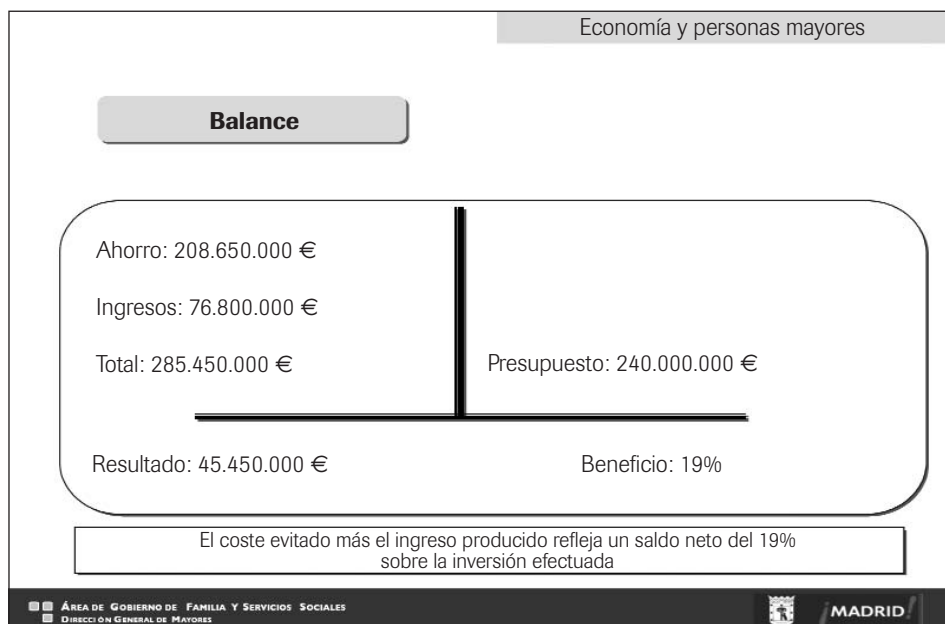


Figura 37. Balance de la atención en servicios a las personas mayores.

El poder adquisitivo de los mayores y la vulnerabilidad

Nivel económico del colectivo en nuestro país y perspectiva internacional

Lourdes Pérez Ortiz

Profesora Titular de Sociología. Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción

La situación económica de los mayores ha mejorado en todos los países desarrollados en las últimas cuatro décadas, la relación inmediata entre vejez y pobreza ya no es cierta, e incluso se habla de un fenómeno de *inversión de la pobreza* en virtud de lo cual, si la pobreza era antes un asunto fundamentalmente de personas de edades veteranas, en los años más recientes estaría relacionado sobre todo con las familias con niños.

En España se ha verificado la primera parte de la afirmación, la situación económica de los mayores ha mejorado de una forma muy notable; sin embargo, los mayores siguen teniendo una peor situación que cualquier otro grupo de edades, especialmente si se considera su situación desde el punto de vista del riesgo de pobreza.

En realidad, ninguno de los países de nuestro entorno ha conseguido erradicar la pobreza de las personas mayores; sin embargo, entre ellos hay algunos colectivos cuya situación económica es bastante favorable, sobre todo en el caso de los jubilados más recientes, mientras que la pobreza es especialmente elevada entre las mujeres y las personas de 75 años o más. Sin embargo, la causa última de esta peor situación entre ancianos y mujeres no es la edad o el sexo, sino más bien la forma de convivencia: las personas que viven solas son las que presentan la situación más vulnerable, lo que sucede es que entre ellos predominan las mujeres, en razón de su esperanza de vida más alta, y las personas de mayor edad (Smeeding, 2005). Los jubilados jóvenes suelen vivir en pareja.

En nuestro país, esta distinción interna en el colectivo de personas mayores no es tan clara. Aunque las mujeres, las personas más mayores y sobre todo, los ancianos que viven solos tienen mayor riesgo de pobreza, los jubilados jóvenes no parecen haber conseguido alcanzar la posición económica del término medio de los españoles. Dado que los jubilados jóvenes suelen vivir en pareja, su situación económica vendrá condicionada esencialmente por los ingresos de ambos cónyuges; en los países de nuestro entorno, la mayoría de las mujeres tienen su propia pensión y en un importe equiparable al de los hombres. En España esto no sucede: la mayoría de las mujeres no tiene una pensión propia y, si la tienen, su importe suele ser notablemente más bajo, de tal forma que la mayoría de las parejas mayores afrontan su jubilación con una sola fuente de ingresos que no consigue mantenerlas alejadas definitivamente del riesgo de pobreza. Esta es, de alguna forma, una característica común a todos los hogares españoles: hasta el momento, la única garantía de mantenerse alejado de la pobreza ha sido vivir en un hogar con dos ingresos, por más que las perspectivas económicas de los próximos años reduzcan las posibilidades de conseguirlo.

La situación económica de los mayores

La situación económica o la pobreza se pueden medir de formas muy diversas. En Estados Unidos suelen utilizar lo que denominamos *medidas absolutas*, que consisten básicamente en comparar lo que las personas pueden comprar en relación con una *cesta* de bienes y servicios que se consideran imprescindibles para vivir. Si una persona no es capaz de adquirir esos bienes se considera que vive en una situación de pobreza.

En Europa es más habitual utilizar más bien *medidas relativas*, según las cuales la capacidad económica de una persona se mide en relación con la del término medio de los ciudadanos de su país, aunque normalmente lo que se comparan no son situaciones personales, sino las de los hogares. Así lo hacen las estadísticas que recoge EUROS-TAT, que mide la situación económica de los ciudadanos de los países miembros según el indicador de *renta mediana equivalente*. El indicador se elabora sumando todos los ingresos que recibe un hogar a lo largo del año y descontando los impuestos que el hogar soporta. A continuación se aplica un coeficiente con el objeto de recoger las *economías de escala* de los hogares y se calcula la renta equivalente para cada una de las personas, la *renta equivalente*. Una vez calculado el indicador para todos ellos, se ordenan de más a menos ingresos y se selecciona el individuo que queda en la posición central; la renta atribuida a esa persona es la *renta mediana equivalente* y es el valor representativo de la situación económica de los ciudadanos del país.

Mediante este indicador, lo que nos dicen las estadísticas de EUROSTAT es que los hogares encabezados por personas mayores tienen una capacidad económica notablemente inferior a la del término medio de los españoles e inferior al valor representativo de cualquier otro grupo de edades (fig. 1), ya que la renta mediana equivalente de los hogares encabezados por una persona de 65 años o más supone el 81% del valor representativo del término medio de los españoles. Esta información tampoco nos permite sustentar la tesis de la inversión de la pobreza, ya que, aunque la situación económica de los más jóvenes es inferior al valor mediano de todos los hogares, la de las personas mayores es aún más baja.

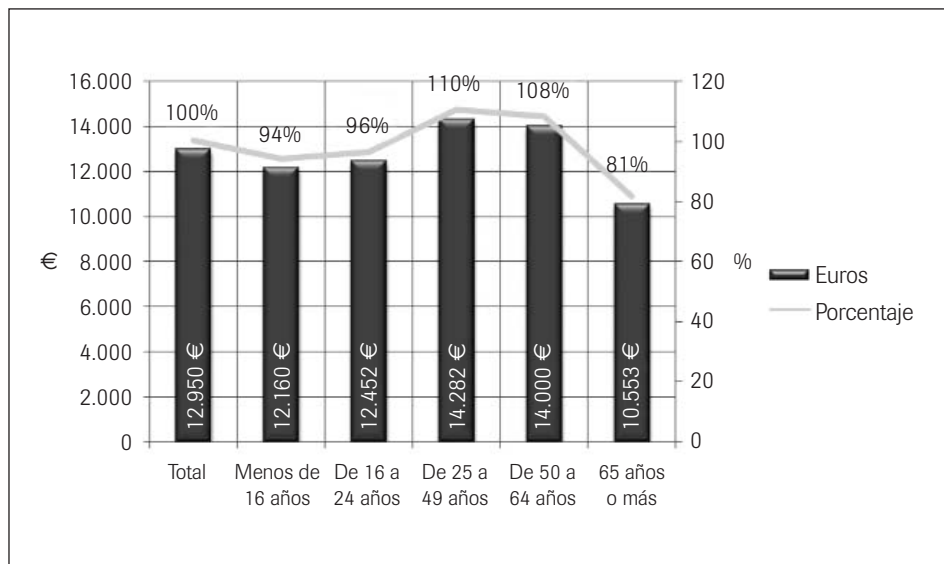


Figura 1. Renta mediana equivalente de los hogares españoles según la edad de la persona de referencia, 2008*.

*Los datos se recogieron en 2008, pero se refieren a las rentas obtenidas en 2007. Fuente: EUROSTAT.

Sobre la experiencia de los otros países de la Unión Europea, se puede decir que en la mayoría de ellos la posición económica de los mayores es inferior a la media de las edades. Así ocurre en la mayoría de los nuevos países miembros, pero también en algunos de los antiguos socios, como Dinamarca, Irlanda, Finlandia, Reino Unido, Bélgica y Suecia; en el resto de los países de la Europa de los quince (UE-15), las diferencias son bastante más reducidas que en España y, por último, en cuatro países se puede decir que la posición económica de los mayores es plenamente equiparable a la de los ciudadanos de otras edades; se trata de Francia, Luxemburgo, Hungría y Polonia.

La distribución de este indicador por edades puede interpretarse como una suerte de *ciclo de vida de rentas*, es decir, podemos suponer que la información recogida en ese año refleja correctamente de qué forma evolucionan los ingresos con la edad del cabeza de familia. Los resultados son bastante lógicos, puesto que otorgan las posiciones más elevadas a las personas en edades activas (de 25 a 64 años) y las más bajas a quienes tienen más posibilidades de estar fuera del mercado de trabajo.

El ciclo de rentas que describe la información referida a España presenta algunas diferencias con respecto a lo que sucede en otros países de la Unión Europea (fig. 2), en particular con la denominada Europa de los quince (UE-15), que agrupa a los miembros más veteranos. Hay diferencias con respecto a la situación de las personas mayores porque en España los ingresos de los mayores son más reducidos, pero también en las edades centrales, y es que la renta máxima en España corresponde a las personas de 25 a 49 años de edad, mientras que en el término medio de los quince países corresponde al siguiente grupo de edades (de 50 a 64 años); también sucede así en los nuevos países miembros. La razón de estas diferencias hay que buscarla en las tasas de actividad de estos trabajadores mayores, en los salarios que perciben los que continúan trabajando o en los ingresos de los que disponen los que ya han abandonado el mercado, pero también en las formas de convivencia, y es que en España, dada la pauta de

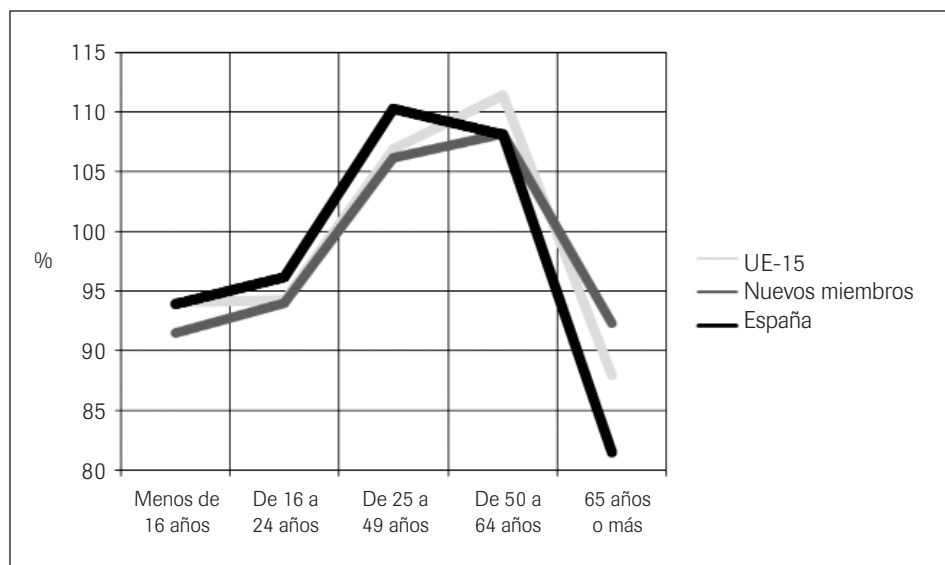


Figura 2. Renta y ciclo vital en España y en la Unión Europea, 2008.

Fuente: EUROSTAT.

emancipación tardía de los jóvenes, muchos de estos hogares tienen todavía un número elevado de miembros, que además suelen ser dependientes de las rentas principales del hogar. Rose (2007; pág. 270) ha destacado el efecto de la sobrecarga financiera de la emancipación tardía de los hijos. A su juicio, los años «de nido vacío» representan una oportunidad para que las parejas acumulen recursos que puedan complementar sus rentas en la vejez, sobre todo si los dos miembros de la pareja trabajan, y supone que esa situación puede durar unos 10 o 15 años. Sin embargo, esa oportunidad está relativamente mermada en España, fundamentalmente porque aquí los hijos se emancipan de los hogares paternos bastante tarde.

Dentro del colectivo de personas mayores existen algunas diferencias destacables en función de variables personales como el sexo, la edad y la forma de convivencia. En España, el sexo y la edad son variables influyentes, pero, como en los países de nuestro entorno, la más significativa es la que introduce la forma de convivencia: vivir solo reduce la capacidad financiera del hogar por encima de cualquier otra consideración (fig. 3). Como la mayor parte de estos hogares están compuestos por mujeres y de edades avanzadas, esta información puede interpretarse como el efecto combinado de las dos variables, al que se añade el efecto de vivir solo. Si las mujeres suelen tener una situación económica inferior en cualquier circunstancia, para ellas vivir solas suele impli-

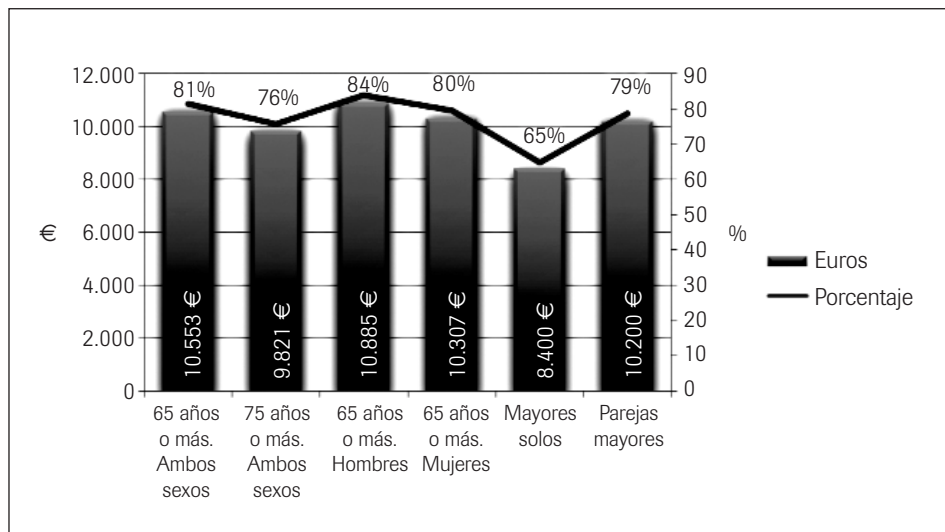


Figura 3. Renta mediana equivalente de los mayores según distintas variables, 2008.

Fuente: EUROSTAT.

car un cambio en la fuente de ingresos, desde la pensión de jubilación que compartía con su cónyuge hasta una pensión de viudedad. Además, la edad reduce la capacidad adquisitiva de las pensiones frente a otras fuentes de ingresos alternativas. Afortunadamente, esas otras fuentes de ingresos suelen aumentar más deprisa que el índice de precios al consumo (IPC), que es la variable con arreglo a la cual se actualizan los importes de las pensiones; con el paso del tiempo (10 o 15 años), la brecha es cada vez más importante.

Estas diferencias internas entre las personas mayores también existen en el resto de los países de la Unión Europea. En la mayor parte de ellos existen diferencias entre hombres y mujeres y entre quienes viven solos o en pareja y, en menor medida, entre las personas más jóvenes y las mayores. Sin embargo, existen algunas discrepancias con respecto a la situación de los mayores españoles. Así, la distancia entre la renta mediana equivalente de mujeres y hombres mayores es menor en España que en el resto de los países, pero con respecto a las formas de convivencia ocurre exactamente lo contrario: en primer lugar, en términos generales, vivir solo es un factor de riesgo en todos los países, pero en España la diferencia con respecto a otras personas mayores es más amplia que en la mayoría de esos países. En segundo lugar, en casi toda la Unión Europea, las rentas de las parejas mayores son prácticamente iguales a las del ciudadano medio, salvo en España, donde la diferencia supera los 20 puntos porcentuales (fig. 3).

Riesgo de pobreza

Como para medir la situación económica, para medir la pobreza, EUROSTAT también utiliza una medida relativa. La pobreza es la incapacidad de alcanzar el nivel de vida representativo del ciudadano medio de un país. EUROSTAT considera que esa incapacidad se produce cuando una persona tiene unos ingresos inferiores al 60% de la renta mediana equivalente; a ese valor se le denomina umbral de pobreza. Desde luego, se pueden calcular umbrales alternativos; por ejemplo, EUROSTAT facilita un umbral de pobreza grave que se sitúa en el 40% de la renta mediana equivalente.

En España, la tasa general de riesgo de pobreza para las personas de todas las edades es más elevada que en el resto de la Unión Europea, pero además, ningún otro grupo de edades presenta unas tasas más elevadas que las del grupo de personas mayores (fig. 4). Por lo tanto, en nuestro país no se puede hablar de inversión de la pobreza, ya que aunque las tasas de los menores de 16 años son más altas que en el término medio del resto de los países, las correspondientes a las personas mayores son mucho más elevadas. El proceso sí parece estar produciendo en los nuevos países miembros, mientras que en la Europa de los quince las tasas de pobreza son muy similares en las

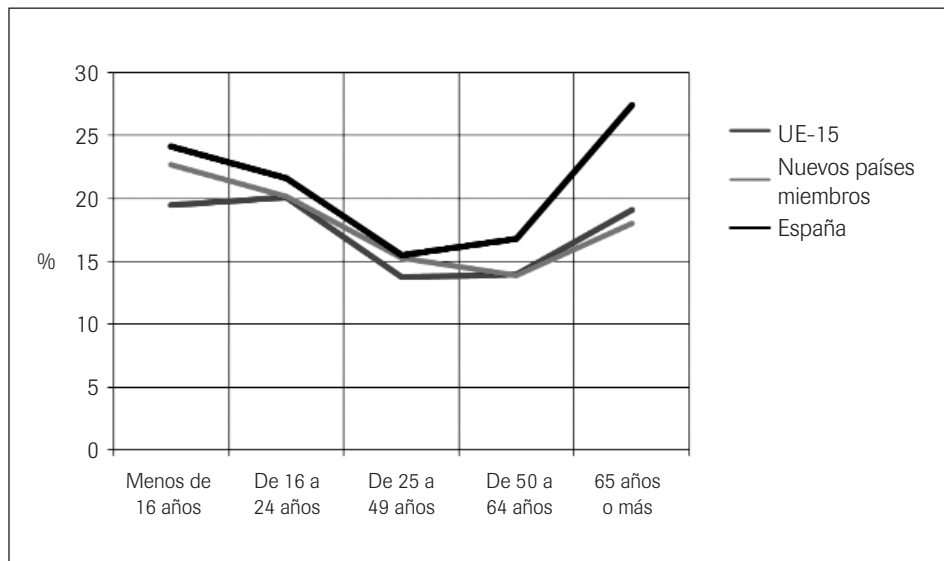


Figura 4. Tasas de riesgo de pobreza por edades en España y en la Unión Europea, 2008.

Fuente: EUROSTAT.

edades más altas y en las más bajas. Las diferencias con España en las edades centrales son menos notables, aunque hay que destacar que este nuevo indicador confirma una posición económica menos favorable para las personas de mediana edad (de 50 a 64 años) de nuestro país. Por lo que respecta a las personas mayores, la comparación con los países del entorno puede resumirse diciendo que en la mayoría de los países la pobreza afecta relativamente más a las personas mayores que al conjunto de los ciudadanos, pero que en muy pocos de esos países la diferencia es tan amplia.

De nuevo, la edad, el sexo y la forma de convivencia actúan como factor de riesgo. Pero todos ellos parecen tener una magnitud mucho más importante en España que en el resto de los países. El riesgo añadido que introduce la edad es mucho menor en los dos conjuntos de países, mientras que en España introduce un riesgo adicional de 5 puntos en la tasa de pobreza (fig. 5). Esta vez, la diferencia entre hombres y mujeres es bastante similar en toda la Unión Europea, donde en todos los países, las mujeres soportan mayor riesgo de pobreza; en España el riesgo añadido no es mayor que en otros países. Como en el indicador de renta mediana equivalente, la diferencia más importante viene marcada por las formas de convivencia. En todas partes, vivir solo supone un riesgo añadido de pobreza, pero en ningún sitio como en España, donde casi una de cada dos personas mayores que vive sola se encuentra por debajo del umbral de pobreza,

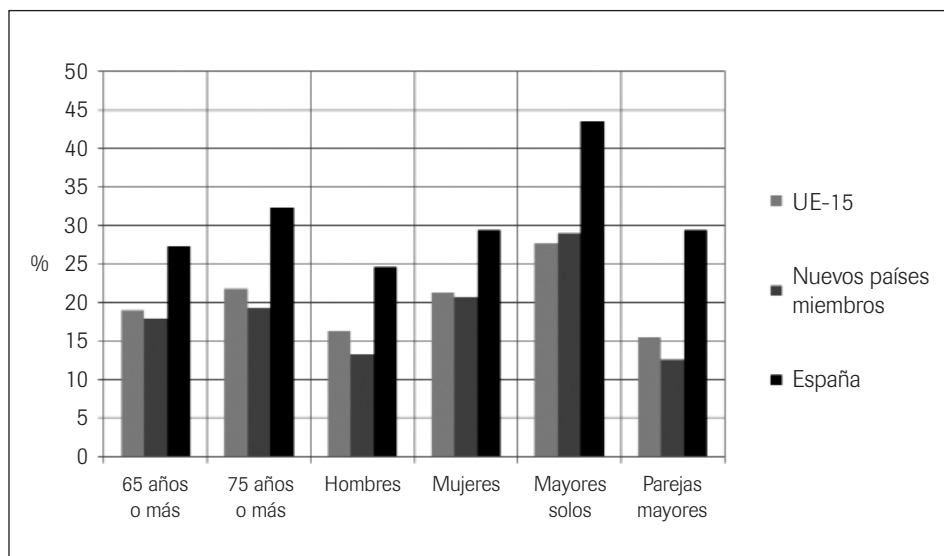


Figura 5. Tasas de riesgo de pobreza (umbral del 60%) de las personas mayores según algunas variables, 2008.

Fuente: EUROSTAT.

con una diferencia de unos 15 puntos con el resto de los países. Aproximadamente la misma diferencia se registra con respecto a las parejas mayores. En España, su tasa se aproxima al 30%, y en el resto de los países es aproximadamente de la mitad.

Afortunadamente, las tasas de riesgo de pobreza extrema (por debajo del umbral del 40% de la renta mediana equivalente) son bastante inferiores: en términos relativos, en España hay aproximadamente un 8% de personas en esta situación; la tasa en el conjunto de los países de la Unión Europea (antiguos y nuevos socios incluidos) es aproximadamente de la mitad. En este caso, además, la introducción de variables como la edad, el sexo o la forma de convivencia no introduce diferencias significativas en nuestro país. Sin embargo, a pesar de que en términos absolutos esta tasa del 8% representa una minoría muy abultada (casi 650.000 personas), esta información matiza la anterior en un sentido relativamente positivo, y es que aunque las tasas de pobreza de los mayores y, en especial de los que viven solos son muy elevadas, la mayoría de esas personas identificadas como pobres perciben ingresos relativamente próximos al umbral de pobreza (entre el 40 y el 60% de la renta mediana equivalente del español medio).

Dependencia de la situación económica de los mayores con respecto al sistema de pensiones

Cuando se habla de los ingresos de las personas mayores normalmente se hace referencia de forma inmediata a las pensiones, en el entendido de que son su fuente principal de ingresos. Si comparamos algunas magnitudes que proporcionan las estadísticas presentadas hasta el momento con otras relativas al sistema de pensiones, la conclusión es que, en efecto, la situación económica de los mayores españoles parece muy dependiente del sistema de pensiones. En la tabla 1 se comparan algunos de esos datos. Como puede leerse, la pensión media de jubilación del sistema contributivo de la Seguridad Social está muy próxima al valor de la renta mediana equivalente de los mayores; el valor de la pensión mínima se encuentra muy próximo al del umbral del 60% y la pensión del SOVI o la no contributiva, muy próxima al valor del umbral de pobreza extrema. Los valores situados a la derecha (los relativos al sistema de pensiones) son algo más altos, pero hay que recordar que los datos de renta de EUROS-TAT están calculados después de impuestos. En la tabla se ha incluido una información adicional relativa a la protección que el sistema de pensiones procura a las mujeres casadas: en primer lugar, se destaca la cifra de personas mayores que no percibe ningún tipo de pensión (900.000 personas en el año 2006); hay que entender que la mayoría de estas personas serán mujeres casadas a las que se proporciona una protección a través de la pensión del cónyuge cuando se trata de una pensión mínima. EUROSTAT supone que cuando dos personas viven en el mismo hogar el gasto total

Tabla 1. Magnitudes de renta y magnitudes del sistema de pensiones, 2007.

Magnitudes de renta	Magnitudes del sistema de pensiones
Renta mediana anual: 9.640 €	Pensión media de jubilación (contributiva): 9.820 € Pensión máxima: 31.256 €
Umbral de pobreza (60% renta nacional mediana): 7.203 €	Pensión mínima de jubilación con cónyuge a cargo (o de viudedad para mayores): 6.538 €
Umbral de pobreza grave: 4.800 €	Pensión del SOVI: 4.579 € Pensiones no contributivas: 4.222 €
Protección de las mujeres	900.000 personas mayores sin pensiones en 2006 Complemento por cónyuge a cargo en pensiones mínimas 1.383 € anuales (menos de 100 € al mes; el 21% del importe de la pensión mínima)

Fuente: EUROSTAT e Instituto Nacional de la Seguridad Social.

equivale a 1,5 veces el que haría una persona sola; sin embargo, en esta protección adicional del sistema de pensiones, el complemento por cónyuge a cargo supone el 21% de la pensión mínima. Esta diferencia sólo explica en parte por qué las personas mayores que viven en pareja tienen en nuestro país una posición económica comparativamente más baja; sin embargo, como declaración de intenciones, la diferencia no puede ser más evidente.

Si la posición económica de los mayores en España y en toda Europa depende estrechamente de los ingresos que les proporcionan los sistemas públicos de pensiones, es conveniente medir cuál es la diferencia entre esos ingresos y los de otras fuentes de renta. Para realizar esta comparación se puede utilizar el indicador, que también facilita EUROSTAT, de la *tasa de reemplazo agregada*, es decir, el cociente entre los ingresos por pensiones de las personas de 65 a 74 años y las rentas del trabajo al final de la vida activa, entre los 50 y los 69 años. El indicador constituye una medida de la suficiencia de las pensiones y también del «escalón» de renta que implica el tránsito a la jubilación para los europeos. Aunque la medida tiene un carácter muy aproximado, hay que tener en cuenta que las rentas que se comparan corresponden no sólo a personas distintas, sino a generaciones diferentes. Una parte de las diferencias observadas podrían corresponder a un efecto generacional, es decir, al hecho de que la generación de los que ahora trabajan sean considerablemente superiores (no es muy probable que sean inferiores) a los que percibieron en su día los que ya están jubilados. En España, el valor de la tasa de reemplazo agregada se aproxima al 50% (fig. 6), lo que significa que las rentas de los pensionistas equivalen aproximadamente a la mitad de las que perciben los trabajadores veteranos. El valor es muy similar al del término medio de los países de la Unión Europea, lo que podría interpretarse en el sentido de que los sistemas de pensiones europeos están muy lejos de poder garantizar a sus ciudadanos rentas próximas a las que obtenían en el mercado de trabajo precisamente en los años previos a su salida. Sin embargo, en nuestro país esta situación tiene un agravante, y es que, tal como se ha señalado anteriormente, las rentas de las personas en edades próximas a la jubilación ya han descendido considerablemente con respecto a las de los más jóvenes, el sistema público de pensiones de nuestro país parece encontrarse lejos de la imagen de generosidad que ha tenido en otros tiempos (Zaidi et al., 2006).

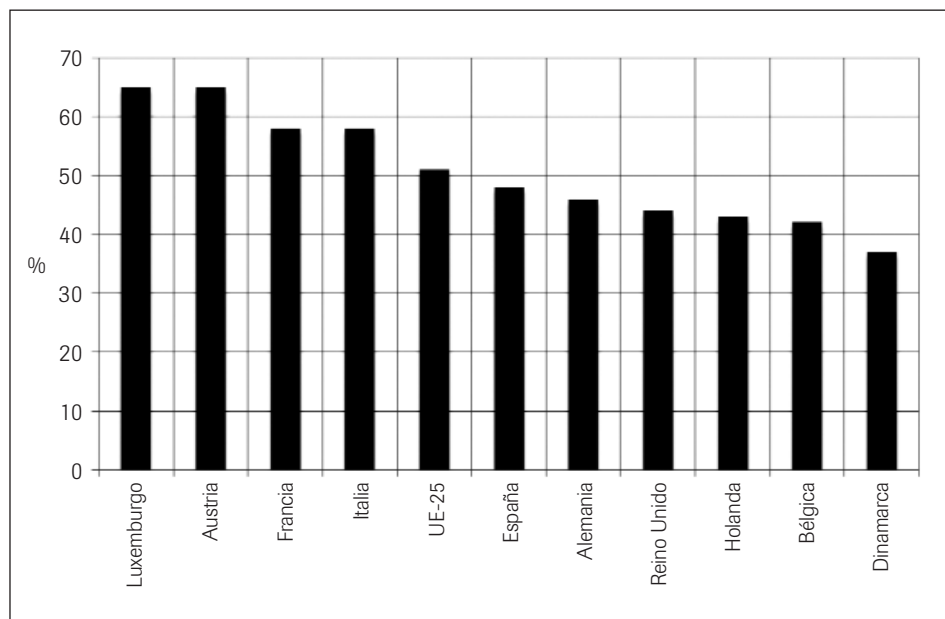


Figura 6. Tasa de sustitución agregada en varios países de la Unión Europea, 2008.

Fuente: EUROSTAT.

Conclusiones

A la vista de estas magnitudes, se puede decir que las rentas de los mayores parecen muy dependientes del sistema de pensiones, que no consigue proteger a este grupo de personas del riesgo de pobreza, aunque al menos protege de la pobreza extrema a la inmensa mayoría. En cualquier caso, lo que sí parece claro es que lo que suceda con las pensiones en el futuro inmediato será determinante para la situación económica y, en general, para las vidas de las personas mayores. De hecho, algunas cosas ya han estado sucediendo en nuestro país; por ejemplo, el acercamiento cada vez mayor entre los valores mínimos y máximos del sistema de pensiones, como consecuencia de la mejora de los mínimos, pero también de la estabilidad de la pensión máxima y de los topes de las cotizaciones sociales. Todo indica que en el futuro esta tendencia va a continuar; con ello se avanza hacia un sistema de corte universalista o asistencial (Molinas, 2008; pág. 16), desvirtuando en buena medida los principios del sistema español de pensiones, que ha sido históricamente un sistema de carácter contributivo, que devolvía a cada ciudadano en función de cuáles habían sido sus aportaciones durante su vida activa. Cada uno de estos sistemas tiene un objetivo diferente. El sistema contributivo

distribuye las rentas a lo largo del curso vital de los trabajadores sin alterar las diferencias horizontales (las distintas posiciones económicas de los coetáneos), mientras que el sistema universal reduce las diferencias horizontales, pero no se ocupa de las verticales (de unas edades a otras). Por otra parte, cada uno de estos principios se corresponde con una financiación diferente. Así, el sistema contributivo puede considerarse un mecanismo de protección sostenido de trabajadores y para trabajadores, y se financia con las rentas del trabajo y en función de los importes de las mismas. El sistema universal, por el contrario, es de ciudadanos y para ciudadanos y, además, protege a todos por igual; no tiene sentido que se financie con las rentas del trabajo ni tampoco tiene que implicar necesariamente una aportación diferencial en función de los ingresos, puesto que no hay correspondencia entre lo que se aporta y lo que se recibe. Además, en los países en los que existen sistemas de protección de carácter universalista, se dispone de otros mecanismos que complementan las rentas en la vejez, y los poderes públicos se encargan de promover que los ciudadanos se procuren estos medios. En España, sin embargo, el único mecanismo específico de ahorro para la vejez, los planes de pensiones de carácter privado, no tienen por el momento mucho desarrollo. Es cierto que muchas personas han suscrito planes de pensiones; sin embargo, el patrimonio acumulado todavía es bastante reducido (Sancho et al., 2009). Por fin, si el sistema español de pensiones quiere aproximarse a un sistema de carácter universal, debería proporcionar una protección más apropiada a las mujeres que no han cotizado o no lo han hecho en la medida suficiente como para obtener una pensión a la edad de jubilación. Hay que tener en cuenta que en nuestro país todavía tardarán en alcanzar la edad de jubilación las generaciones de mujeres con plena integración en el mercado de trabajo que tendrán sus propias pensiones de jubilación cuando lleguen a la vejez. También hay que hablar de las diferencias en esperanza de vida de hombres y mujeres. Poco cabe esperar de este proceso en los próximos años porque, si bien las diferencias se han reducido en los años más recientes, el proceso avanza con mucha lentitud.

La información que se ha presentado corresponde al año 2007, por lo que todavía no refleja los efectos de la crisis económica actual. Es muy probable que en la información de los próximos años las tasas de pobreza de los mayores se reduzcan, y además disminuya su diferencial con respecto a otros grupos de edades. Sin embargo, este resultado no significará que la situación económica de las personas mayores haya mejorado, es casi un efecto óptico. Lo que habrá sucedido es que la situación económica de los demás habrá empeorado por efecto de la crisis, mientras que la de los mayores se habrá mantenido como mucho. El efecto óptico se produce porque las medidas que utilizamos, tanto para la renta como para el riesgo de pobreza, son medidas relativas que toman como referencia la situación general del país. Por otra parte, como consecuencia de la

crisis económica, las personas que tienen fuentes de ingresos alternativas a las pensiones podrán ver mermadas sus rentas, e incluso otros —pensionistas o no— se verán obligados a compartir sus ingresos con otros miembros de sus familias en peor situación. Esta circunstancia puede afectar a las personas mayores, pero también a las de mediana edad, que encontrarán aún mayores dificultades para preparar su vejez desde el punto de vista financiero.

Bibliografía

- Molinas, C. (2008). *Instrumentos financieros para la jubilación*. Madrid: Fundación de Estudios Financieros.
- Munnell, A.H. (2004). Why are so many older women poor? *Just the Facts on Retirement Issues*, 10, 1-7.
- Pérez Ortiz, L. (2008). Población y estructura social. Reflexiones sobre las consecuencias del envejecimiento de la población. En Meil, G., Torres, C., Montoro, R., Alonso, L.E., González Blasco, P., Toharia, J.J., et al. (Eds.), *Sociología y realidad social. Libro homenaje a Miguel Beltrán (pp. 171-191)* Villalva, Madrid: CIS.
- Rose, R. (2007). *A pension is not a person: the portfolio resources of older people*. En Marin, B. y Zaidi, A. (eds.) (2007), *Mainstreaming ageing*. Viena: Ashgate. p. 265-282.
- Sancho, M. T., Abellán, A. y Pérez Ortiz, L. (2009). *Las personas mayores en España*. Informe 2008, Madrid: IMSERSO.
- Smeeding, T. y Sandstrom, S. (2005). *Poverty and income maintenance in old age: a cross-national view of low income older women*. World Institute for Development Economic Research (WIDER) and LIS.
- Zaidi, A., Grech A.G., y Fuchs M. (2006). *Pension policy in EU25 and its possible impact on elderly poverty*. Centre for Analysis of Social Exclusion, CASE/116.

Interacciones entre los factores económicos, sociales, psicológicos y sanitarios

Enrique Montoliú Martínez

Jefe de Sección de Estadísticas Sociales y Demográficas.
Dirección General de Estadística. Ayuntamiento de Madrid.

Introducción

Las distintas ciencias humanas y/o sociales necesitan modelos que permitan explicar de forma aislada y sin interferencias —ese es el objeto de su análisis— el comportamiento de las personas en relación con el dominio de cada disciplina. Así surgen el «Homo economicus» (W. Pareto, 1906; *Manual of political economy*), el «Homo sociologicus» (R. Dahrendorf, 1959) o el «Homo psicologicus» (N.K. Humphrey, *Consciousness regained*, 1983). Sin embargo, la persona es un ente complejo en el que interaccionan el conjunto de perfiles, facetas, factores o dimensiones que la constituyen y que, en definitiva, la individualizan, la transforman en un individuo diferente de los demás.

La persona mayor —que es lo que nos trae aquí— es mirada, observada y estudiada desde todos los puntos de vista —por parte de los especialistas— y a mí me incumbe la tarea de hablar sobre las interacciones entre las diferentes dimensiones o facetas que los especialistas investigan con rigor científico, pero aisladas unas de otras. En fin, hacer una especie de contrapunto en la melodía de estas jornadas tan especializadas.

Las personas mayores

Los mayores configuran un grupo —en términos estadísticos o mejor dicho mediáticos— profundamente heterogéneo, configurado por superar una determinada edad.

A efectos estadísticos, se considera, al menos en el contexto occidental, que una persona de 65 años o más es mayor. Pero en una reciente investigación (Encuesta de mayores; IMSERSO 2010), la respuesta mayoritaria de los entrevistados es que una persona es mayor a los 70 años; por otra parte, el cambio de normativa en cuanto a la edad de jubilación, que pasa de 65 a 67 años, además del incremento de la esperanza de vida al nacimiento —Instituto Nacional de Empleo, con datos de 2009—, que alcanza los 78,5 años para los hombres y los 84,5 para las mujeres, con unas probabilidades de supervivencia a los 80 años del 55,1% en los hombres y del 76,1% en las mujeres, puede hacer que se vaya pensando en revisar ese límite convencional que ahora se utiliza para determinar la entrada en la tercera edad.

Independientemente de estas consideraciones, entre los 65 y los 95 años hay 30 años de diferencia. En los primeros años de vida de una persona, este espacio se divide en tres etapas: infancia, adolescencia y juventud. Hace tiempo se ha considerado, con buenas razones, una subdivisión en el grupo de los mayores: a partir de los 80 años se es «muy mayor»... es un avance. Y todo ello, teniendo en cuenta tan sólo la edad cronológica —los años cumplidos— y sin considerar la edad biológica —estado físico, psicoemocional y socioambiental de la persona—, que daría para establecer otras clasificaciones más afinadas.

Además, las personas de más de 65 años se diferencian por algo más que los más o menos años cumplidos. La frase «se envejece como se ha vivido» se puede resumir en dos dimensiones iniciales, pero a la vez interrelacionadas: la primera de índole individual (biografía) y la segunda de carácter social o colectiva (historia). Nos referimos a la primera como la acumulación de recursos y vulnerabilidades materiales e inmateriales que representa el *continuum* de los muchos años vividos. La segunda, la historia, la entendemos como el contexto en que se han vivido esos años y los profundos cambios que ha experimentado la sociedad en la que han tenido un papel, han sido protagonistas, actores secundarios, figurantes, etc., pero ahí estaban con mejor o peor fortuna.

No se puede olvidar que los más jóvenes de los mayores de hoy, los que tienen 65 años, nacieron en 1945, los de 75 lo hicieron en 1935 y de ahí para atrás. Es decir, vivieron, pocos, la guerra civil, casi todos la durísima posguerra, después el «levantar cabeza», las migraciones internas (el 70% de los mayores de 65 años que viven ahora en la ciudad de Madrid nacieron en otro lugar) y las migraciones exteriores (entre 1960 y 1979, cerca de dos millones de españoles emigraron a países de Europa), vivieron el desarrollo, las crisis, la transición a la democracia, la informática, internet, la globalización, lo digital... ¡vaya aventura!

La biografía y la historia colocan a cada persona —en nuestro caso la persona mayor—, como ser integral y complejo, en su realidad actual. Pero junto a estas dos dimensiones, que podríamos denominar contextuales, podemos distinguir, pero no separar —dejemos eso a los especialistas—, otros factores o dimensiones: físico-biológica, psíquica, económica, sociológica y ecológica, cuya combinación e interrelación determinan a cada persona como un ser único.

Se debe encontrar un instrumento o una serie de instrumentos capaces de medir ese complejo de interrelaciones cuyo equilibrio determina el bienestar de las personas, de las sociedades y su progreso. Desde hace muchos años se utiliza un único indicador como síntesis de la situación económica y social de los países —sociedades—: el producto interior bruto (PIB) per cápita y sus derivadas, renta nacional, renta disponible, etc.

Pero ya en 2007, y a iniciativa de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) tiene lugar una conferencia de alto nivel con el lema «Beyond GDP» (Más allá del PIB) y un objetivo: reconociendo que el PIB no da cuenta, como indicador, de otras dimensiones sociales y ambientales, buscar nuevos indicadores del bienestar y verdadero progreso de las sociedades. Las cosas se mueven despacio, pero se mueven. Ya en 1934, el padre de los sistemas de contabilidad nacional, del que surge el indicador PIB, S. Kuznets (Premio Nobel de Economía en 1971), se planteaba que «es muy difícil deducir el bienestar de una nación de su renta nacional per cápita».

En 2009, ya en plena crisis económico-financiera, la Unión Europea publica la comunicación «GDP and beyond: measuring progress in a changing world» (PIB y más allá: medir el progreso en un mundo cambiante); aparte de la sutileza en el cambio de orden de las palabras, asume la necesidad de ir más allá en la medición del progreso.

Entre ambos acontecimientos, el mediático presidente de Francia, N. Sarkozy, encarga a dos premios Nobel, Joseph Stiglitz y Amartya Sen, la formación de una comisión para determinar «los límites del PIB como indicador de los resultados económicos y del progreso social, reexaminar los problemas relativos a la medición, identificar datos adicionales que podrían ser necesarios para obtener indicadores del progreso social más pertinentes [...]». En las conclusiones y recomendaciones, todas ellas del máximo interés, cabe resaltar la noción de bienestar como concepto que afecta a múltiples dimensiones que han de aprehenderse de forma simultánea:

- Las condiciones de vida materiales (ingresos, consumo, patrimonio).
- La salud.
- La educación.

- Las actividades personales, y dentro de ellas el trabajo.
- La participación en la vida política y la gobernanza.
- Los lazos y relaciones sociales.
- El medio ambiente (estado presente y porvenir).
- La inseguridad, tanto económica como física.

A continuación, hace la siguiente recomendación: «La calidad de vida depende de las condiciones objetivas en las cuales se encuentran las personas y de sus capacidades dinámicas. Sería conveniente mejorar las medidas estadísticas de salud, de educación, de actividades personales y de condiciones ambientales, de las relaciones sociales, de la participación en la vida política, y de la inseguridad, conjunto que constituye un buen elemento para predecir la satisfacción que la gente obtiene de su vida».

Países como Canadá (<http://www4.rhdcc.gc.ca/h.4m.2@-fra.jsp>), Australia (<http://www.australianunitycorporate.com.au/community/auwi/Pages/default.aspx>), Estados Unidos (<http://www.well-beingindex.com/methodology.asp>) y Francia han iniciado sistemas de información estadística en relación con estos conceptos equivalentes de bienestar y calidad de vida en su consideración multidimensional.

Parece asumirse, pues, el concepto multidimensional de calidad de vida/bienestar como un estándar deseable para medir la situación y el progreso de las personas y las sociedades, y las diferencias entre diferentes grupos de población, puesto que sobre aquello que no se mide es imposible actuar, o se actúa a ciegas, que puede llegar a ser peor.

Este concepto, que se construye sobre componentes diversos y que no se explica por un solo elemento sino por la combinación o interrelación de todos ellos, tiene dos ámbitos de reconocimiento: individual (subjetivo/objetivo) y colectivo. Pero, además, es un concepto de ya larga tradición en la investigación gerontológica, pero bienvenido sea si ahora cuenta con avales tan reconocidos (Stiglitz et al., 2009) y de tanto poder (Unión Europea y OCDE).

Calidad de vida: algunos análisis

Me centraré en tres experiencias que tienen en común aplicar el concepto de calidad de vida a las personas mayores con distintos métodos, pero que aceptan la cualidad multidimensional del ser humano y relacionan cada una de esas dimensiones para analizar su influencia en situaciones objetivas, independientes de las apreciaciones de los individuos, y subjetivas, aquellas valoraciones que hacen los propios entrevistados; ade-

más de realizar observaciones directas mediante encuestas y, en otro caso, utilizar los datos secundarios referidos a diferentes países.

El artículo «Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales» (Fernández-Ballesteros, R.; 1997) pone de manifiesto la multidimensionalidad del concepto, así como la necesidad de tomar en consideración las apreciaciones subjetivas de los individuos, pero no sólo éstas, sino analizar las condiciones objetivas. La autora identifica las siguientes dimensiones de la calidad de vida:

- Salud.
- Nivel de actividad física.
- Actividades de ocio.
- Forma de vida (sola o acompañada).
- Frecuencia y satisfacción con las relaciones sociales.
- Satisfacción con la vida.
- Nivel de conocimiento y uso de los servicios sociales y sanitarios.
- Calidad ambiental (vivienda y entorno).
- Condiciones económicas (ingresos).
- Condiciones educativas y culturales.

Sobre ellos se desarrolla un cuestionario que se aplica a tres muestras de mayores de 65 años residentes en sus propios domicilios, o en residencias, en este caso, se distingue si la titularidad de las mismas es pública o privada.

En el análisis de resultados se utilizan, además de los distintos contextos de vida, tres factores sociodemográficos diferenciales (edad, sexo y nivel socioeconómico), que se muestran como elementos relevantes en la calidad de vida de los mayores, de tal modo que las personas de menos edad con respecto a las más mayores, los hombres con respecto a las mujeres y las personas que pertenecen a posiciones sociales más altas en relación con las que se inscriben en las más bajas, presentan, en términos generales, una mayor calidad de vida.

Los resultados parecen lógicos, puesto que con la edad disminuye la independencia, la mujer tiene —tradicionalmente— una posición socialmente subordinada, la posición social está relacionada con el nivel de ingresos y el nivel cultural, aumentando los recursos materiales e inmateriales; en definitiva, las posibilidades —«gente de posibles» se decía— de desarrollar las capacidades de la persona.

Diez años después, un artículo elaborado por científicos del Centro de Ciencias Humanas y Sociales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), titulado «Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid, 2005» (Prieto-Flores et al., 2008) presenta la influencia de elementos objetivos en determinados dominios de la calidad de vida y la interrelación entre todos ellos. Los autores pretenden analizar el vínculo que se establece entre el estado emocional y los recursos personales para afrontar la vida, como dominio específico de la calidad de vida global, y su relación con distintos factores sociodemográficos y de salud de las personas mayores. Se aplicó un cuestionario con preguntas de carácter objetivo y subjetivo de varias dimensiones de la calidad de vida a una muestra de 499 personas, de 65 años y más, residentes en viviendas familiares de la Comunidad de Madrid. El análisis se realiza con un amplio aparataje informático-estadístico, recurriendo a técnicas de análisis factorial, análisis de correlación canónica y regresión logística.

Para determinar el *estado emocional* se pregunta a la persona con qué frecuencia se siente:

- Feliz, alegre (+).
- Intranquilo, nervioso (-).
- Útil (+).
- Aburrido, apático (-).
- Ilusionado, con ganas de hacer cosas (+).
- Deprimido, triste (-).
- Seguro de sí mismo (+).
- Solo (-).

Mediante el análisis factorial se determinan tres componentes principales: estado emocional positivo (asociado a los ítems marcados con «+»); estado emocional negativo (asociado a los ítems marcados con «-»); soledad (asociado al ítem «Solo», que no presenta asociaciones significativas con los otros dos componentes).

En relación con el *reconocimiento externo* y las capacidades personales, se pregunta sobre la satisfacción en relación con:

- La capacidad para tomar decisiones (PDE).
- La libertad que tiene para expresar sus opiniones y pensamientos (PDE).
- El respeto y el trato que obtiene de los demás (RE).

- Su posición y reconocimiento en la sociedad (RE).
- Su apariencia física (RE).

Los componentes principales, denominados por los autores «recursos de afrontamiento» son: reconocimiento externo (asociado a los ítems marcados con «RE»), y poder de decisión y expresión (asociado a los ítems marcados con «PDE»).

Relacionando los resultados de estos componentes: valoración del estado emocional (+/-) y recursos de afrontamiento (+/-), con las variables sociodemográficas de edad, sexo y nivel socioeconómico, aparece una a modo de diagonal, que va de ambos componentes positivos a los dos negativos. En el grupo en el que ambos componentes son positivos, aparecen personas de 65 a 74 años (el grupo más joven en que se ha estratificado a los entrevistados), los hombres, los que poseen educación secundaria o superior y aquellos que pertenecen a la clase media. Por el contrario, en el grupo con ambos componentes negativos aparecen los más mayores (85 años y más), las mujeres, los que tienen un nivel de estudios inferior a educación primaria y los que pertenecen a la clase baja (tabla 1).

Tabla 1. Relación entre estado emocional y recursos de afrontamiento

Bienestar emocional positivo Afrontamiento positivo 65 a 74 años Hombres Educación secundaria o superior Clase media	Bienestar emocional positivo Afrontamiento negativo Clase media-baja
Bienestar emocional negativo Afrontamiento positivo	Bienestar emocional negativo Afrontamiento negativo 85 años y más Mujeres Inferior a primaria Clase baja

De nuevo, aparecen los valores sociodemográficos edad, sexo y posición social, que intervienen de forma decisiva en dominios relevantes de la calidad de vida individual.

Por último, creo que resultará interesante dar cuenta de una investigación, esta vez no centrada en los individuos sino en las sociedades (países): el *Interim report on development of the index of well-being in older populations* (informe provisional sobre el desarrollo del índice de bienestar en mayores), elaborado por el Population Reference Bureau

y referido a doce países desarrollados: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Estados Unidos, Francia, Grecia, Holanda, Italia, Suecia y Suiza (Kaneda et al., 2010).

Se analizan cuatro dimensiones del bienestar (*well-being*), equivalente al concepto multidimensional de calidad de vida, con diferentes indicadores en cada una de las dimensiones:

1. Bienestar material:
 - Ingresos personales (promedio).
 - Ingresos del hogar per cápita (promedio).
 - Personas que no están en pobreza absoluta (%).
2. Bienestar físico-cognitivo:
 - Personas sin discapacidad (%).
 - Personas sin dificultades para tomar medicamentos (%).
 - Personas con buena memoria reciente y remota (%).
 - Personas sin limitaciones en sus funciones físicas (%).
 - Personas no obesas (%).
 - Esperanza de vida a las edades de 65 a 69 años y 75 a 79 años.
3. Integración y relaciones sociales:
 - Personas que participan en actividades económicas o sociales (%).
 - Personas que mantienen contacto con al menos un hijo (%).
4. Bienestar emocional:
 - Personas sin depresión (%).
 - Tasa de suicidio de personas mayores (por mil) (modificada).

El método de análisis consiste en ordenar los países en función de las puntuaciones estandarizadas que obtienen en cada uno de los subíndices (dimensiones), una vez reescalados los valores de cada uno de los indicadores.

Las posiciones que ocupa España, de entre los doce países estudiados por los autores, en casi todos los subíndices es muy baja para los grupos de edad (65 a 74 años y 75 años o más), que convencionalmente se denominan «mayores» (tabla 2).

En definitiva, en esta clasificación no queda nada bien parado nuestro país. Si se relaciona con el PIB per cápita, comprobaremos que España ocupa el lugar número once en el *ranking* formado por los doce países analizados con datos del año 2007, muy pare-

Tabla 2. Posición de España

	65 a 74 años	75 y más años
Bienestar material	11	11
Bienestar físico-cognitivo	10	11
Integración y relaciones sociales	10	10
Bienestar emocional	8	9
Esperanza de vida	3	4
Tasa de suicidios	5	6
Contacto con hijos	8	9

cido a los que ocupa en los diferentes subíndices de bienestar referidos a la población mayor. Con todo esto, se puede dar la razón a la iniciativa de la Unión Europea denominada «PIB y más allá», es decir, el PIB como indicador de la riqueza y sintético del bienestar de una sociedad (país) puede ser un buen indicador, pero es demasiado simple y no permite observar las desigualdades entre los individuos y los grupos significativos de cada sociedad.

«Las desigualdades de calidad de vida deberán ser evaluadas entre personas, categorías socioeconómicas, sexos, y generaciones [...]» (Stiglitz et al., 2009) para que los aspectos objetivos de la calidad de vida (la salud y la educación, las condiciones de vida cotidiana, la participación en la sociedad, el medio ambiente social y natural, y la seguridad física y económica) y el bienestar subjetivo (satisfacción en la evaluación cognitiva de la vida, las emociones positivas y negativas, etc.) puedan integrarse en un sistema multidimensional de la calidad de vida que reconozca —y pueda llegar a medir— las diferencias y las interrelaciones de los diferentes aspectos que conforman la vida de las personas, más allá de las visiones demasiado parciales que se derivan de los análisis especializados de cada una de las disciplinas que, aun siendo metodológicamente correctas desde el punto de vista científico, ignoran o soslayan el carácter integral de las personas y las interrelaciones de los diferentes factores, facetas o dimensiones que las conforman como individuos.

Bibliografía

Aranibar Munita, P. *Calidad de vida y vejez*. Recuperado el 28 de julio de 2011, de <http://www.cia-pe.org.br/artigos/calidaddevidayvejez%5B1%D.doc>

- Cuenca Molina, A. (2008). *Calidad de vida en la tercera edad*. Cuadernos de Bioética, nº 66. Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Murcia.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). *Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales*. Anuario de Psicología. Facultad de Psicología. Universitat de Barcelona.
- Kaneda, T., Lee, M. y Kelvin Pollard, K. (2010). *Interim report on development of the index of well-being in older populations*. Population Reference Bureau. Washington, D.C.
- Prieto-Flores, M.E., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Lardiés-Bosque, R., Rodríguez-Rodríguez, V., Ahmed-Mohamed, K., et al. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid, 2005. *Rev Esp de Salud Pública*, nº 3, Mayo-Junio.
- Stiglitz, J.E., Sen, A. y Ftoussi, J.P. (2009). *Report of the commission on the measurement of economic performance et social progress*. Recuperado el 28 de julio de 2011, de http://www.stiglitz-senfitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf

¿La vulnerabilidad social es sólo economía? La exclusión social, el aislamiento y la soledad como factores de vulnerabilidad

Manuel Muñoz López

Profesor titular de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Introducción

En los últimos años se ha hecho evidente el papel que factores como la exclusión social, el aislamiento y la soledad desempeñan en el desarrollo vital de todos nosotros y de las personas mayores en particular. De acuerdo con los datos más recientes del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2010), en la ciudad de Madrid, las personas mayores de 65 años suponen casi el 19% del total de la población (615.820 en el año 2010); de ellas, entre el 20 y el 25% viven solas; de las que viven solas, tres de cada cuatro son mujeres, y más de la mitad vive con menos de 523 € al mes. A pesar de sus condiciones de soledad y pobreza, una gran parte de ellas se encuentra perfectamente integrada en la sociedad, goza de una buena calidad de vida y tiene los apoyos familiares y sociales que precisa.

Cada vez con mayor frecuencia, la exclusión social se incluye en las agendas de gobierno a todos los niveles —internacionales, nacionales, autonómicos y locales— desde perspectivas económicas y sociales (desempleo, inmigración, etc.) y tiende a asociarse con teorías y formas de intervención macroeconómicas. Sin embargo, de forma para-

lela —es decir, simultáneamente pero con poco contacto entre ellas—, también se ha puesto de manifiesto la importancia que los factores psicológicos y microsociales relacionados con el rechazo social, el aislamiento, la soledad y la exclusión social tienen en la salud mental y en el bienestar y la calidad de vida de las personas (Cattan et al., 2005; Heinrich y Gullone, 2006; Muñoz et al., 2003).

Siguiendo a Baumeister y Leary (1995), los seres humanos tienen una necesidad de pertenencia que consiste en un deseo de formar y mantener una cierta cantidad de relaciones sociales significativas y positivas. Desde este punto de vista, las personas que experimentan dificultades importantes y persistentes para establecer y mantener este tipo de relaciones satisfactorias con otras personas, y por tanto tienen dificultades para cubrir sus necesidades de pertenencia, corren el riesgo de sufrir sensaciones de privación que se manifiestan como sensaciones de soledad, depresión, ansiedad e ira. Esta realidad ha llevado a que organizaciones internacionales y nacionales como el British Department of Health y la Organización Mundial de la Salud hayan centrado su interés en la importancia de identificar estos factores en distintos grupos de población y en especial en las personas mayores.

Exclusión, soledad y aislamiento social

Antes de avanzar en el análisis de los determinantes y los efectos de las situaciones de aislamiento y soledad conviene realizar un comentario terminológico que ayude a clarificar los términos de *exclusión social*, *aislamiento* y *soledad*.

Exclusión social es un término claramente relacionado con los procesos estructurales, macroeconómicos y sociológicos que se comenzó a emplear por Jacques Delors (Presidente de la Comisión Europea 1985-1995) unido al concepto de exclusión del mercado laboral en el marco de la Unión Europea. Desde entonces, su definición ha ido incorporando dominios de exclusión y en la actualidad se puede entender por exclusión social: «la situación en que se encuentran las personas que no pueden participar plenamente en la vida económica, social y civil y cuyos ingresos o recursos (personales, familiares, sociales y culturales) son tan inadecuados que no les permiten disfrutar de un nivel y una calidad de vida considerado aceptable por la sociedad en la que viven» (Comisión Europea en el Informe conjunto sobre la Integración Social, Bruselas, 12 de diciembre de 2001).

La propia Comisión Europea había definido los factores básicos presentes en las situaciones de exclusión (Comisión Comunidades Europeas, Com (92) 542, 23 de diciembre de 1992):

- Persistencia del desempleo, en particular el de larga duración.
- Mutaciones industriales y sus consecuencias en los trabajadores menos cualificados.
- Cambios en las estructuras sociales y familiares con el debilitamiento de estas últimas.
- Hundimiento de los valores de cohesión y de las formas tradicionales de solidaridad.
- Tendencia a la fragmentación social.
- Evolución de los fenómenos migratorios.
- Factores individuales, como los problemas físicos.

Desde este punto de vista, los procesos de exclusión implican la existencia en nuestra sociedad de personas que no pueden disfrutar de sus derechos fundamentales, personas que son excluidas del mercado laboral, del mercado de la vivienda, de la educación, del acceso a la sanidad, del uso de los servicios sociales, de su propia vida social y familiar y, finalmente, de su dignidad e identidad social y personal. A pesar de que la exclusión social se conceptualiza como un proceso multidimensional que afecta a todas las personas, resulta obvio que algunos grupos de población se ven afectados más directamente por un mayor número de factores de exclusión. Algunos de los colectivos más implicados pueden ser: las minorías étnicas y culturales, los inmigrantes, las personas con discapacidad, las personas con enfermedad mental crónica y, por supuesto, las personas mayores que viven en situaciones de aislamiento y soledad.

Un segundo grupo de términos hace referencia al concepto de *soledad*, término que proviene de la tradición psicológica, y que se ha definido como: «el estado aversivo experimentado cuando existe una discrepancia entre las relaciones interpersonales deseadas y las percibidas en cada momento» (Peplau y Perlman, 1982). Este tipo de definiciones señalan el carácter principalmente afectivo y cognitivo de la soledad, como experiencia emocional subjetiva (Heinrich y Gullone, 2006). La soledad es un hecho básico de la vida y es sentido por todos los seres humanos en algún momento. Es decir, la soledad es una experiencia humana universal consecuencia de la necesidad humana de pertenencia (Baumeister y Leary, 1995; Peplau y Perlman, 1982; Rotenberg, 1999).

En este sentido, debe mencionarse la ya clásica diferenciación de Weiss (1973) entre *soledad emocional* (pérdida de relaciones sociales significativas con sentimientos de vacío y ansiedad) y *soledad social* (falta de red social —familia, amigos— que apoye e implique a la persona en sus intereses y actividades con sentimientos de marginalidad, falta de apoyo o ayuda, etc.). Algunos autores parecen abundar en esta diferenciación señalando cómo la soledad emocional se relaciona con problemas de apego, mientras que la social se relaciona con la integración social de la persona (Di Tommaso y Spinner, 1997). En nuestro país, López (2005) hace notar que es a nivel físico y social (soledad

objetiva), por encima de lo emocional, donde más reconocen sufrir la soledad los mayores, y concluye que lo verdaderamente grave de la soledad está más relacionado con el estado objetivo de aislamiento que con el sentimiento interno de soledad.

Esta conclusión conduce directamente a la necesidad de considerar el tercer término en cuestión: *aislamiento*, concepto más próximo a los niveles microsociales, familiares, de grupo, amigos y, en definitiva, factores relacionales y psicosociales. En general, se habla de aislamiento social como la ausencia de relaciones sociales satisfactorias y de un nivel bajo de participación en la vida comunitaria. Hall y Havens (1999) definieron el aislamiento social como la medida objetiva de tener mínimas interacciones con otros; y aislamiento emocional (o soledad), como el sentimiento subjetivo de insatisfacción con el bajo número de contactos sociales mantenidos. El paralelismo entre *soledad objetiva-soledad social-aislamiento social* y *soledad subjetiva-soledad emocional-aislamiento emocional* resulta obvio, y para muchos autores configura el significado de ambos términos. En esta misma línea, recientemente Cattán et al. (2005) definen la soledad o el aislamiento emocional como el sentimiento subjetivo de falta o pérdida de compañía, mientras que consideran que el aislamiento social es la ausencia objetiva de contactos y de interacciones entre la persona mayor y la red social.

Factores psicológicos relacionados con la exclusión social, el aislamiento y la soledad

Al analizar los factores psicológicos y sociales relacionados con la exclusión, el aislamiento y la soledad, pueden identificarse dos grupos principales, muy relacionados pero con diferentes funciones: los factores que parecen funcionar en el origen y el mantenimiento del aislamiento, y aquellos otros que aparecen como consecuencia del mismo. Aunque muchas veces se hace difícil la diferenciación, y las relaciones tienden a ser más complejas, a continuación se resumen los principales factores más relacionados con cada momento.

Factores de riesgo y/o mantenimiento del aislamiento social

En los últimos años se han ido identificando con cierto detalle un número de variables que parecen desempeñar un papel como factor de riesgo y/o de mantenimiento del aislamiento social. Findlay (2003) ha llevado a cabo una de las revisiones más completas de las variables que pueden considerarse factores de riesgo para el aislamiento social de las personas mayores tomando como base la evidencia empírica disponible. Señala once factores de riesgo, que agrupan a su vez un número mayor de variables. Hemos

tomado la revisión de Findlay como punto de partida y la hemos completado con un número creciente de variables y factores que se han ido incorporando a la investigación en los últimos años.

De este modo, se pueden señalar los siguientes:

- 1. Pérdidas.** En las personas mayores son frecuentes las pérdidas, en muchos sentidos; el envejecimiento es un devenir en el que la persona va perdiendo distintas cosas, algunas de las más importantes pueden ser:

 - Salud y funcionamiento (hipoacusia, otras habilidades de comunicación, visión, movilidad y salud en general).
 - Relaciones personales y familiares (pérdida de la pareja por fallecimiento o divorcio, pérdida de los hijos cuando se van de casa o por fallecimiento, pérdida de los nietos si la familia se traslada de ciudad o tras un divorcio).
 - Redes sociales (dejar de trabajar, trasladarse a un lugar de retiro, tener restricciones económicas para la realización de actividades).
 - Opciones de movilidad (no poder renovar la licencia de conducir o no poder permitirse mantener un vehículo, transporte público no accesible). Estas pérdidas tienden a ser mayores en aquellos que viven en zonas rurales o periféricas.

- 2. Problemas de salud física.** Como en otras etapas de la vida, las personas mayores se ven afectadas por los posibles problemas de salud física, más frecuentes según se incrementa la edad. De acuerdo con Gardner et al. (1998), éste es el predictor más importante del aislamiento social, seguido de una actividad social reducida en los últimos 5 años. Por el contrario, el apoyo social y tener una red social están asociados con una mejora de la salud y el bienestar en las personas mayores (Edelbrock et al., 2001). En definitiva, las personas mayores que están en aislamiento social presentan mayor riesgo de padecer problemas de salud (Hall y Havens, 1999).

- 3. Trastorno mental.** Igual que en el caso anterior, los trastornos psicológicos pueden tener un papel determinante en el bienestar de la persona mayor. Además, los trastornos mentales mantienen una fuerte relación con las variables sociales y con la pobreza, ambas variables con presencia entre las personas mayores. Una persona que padece un trastorno mental puede sufrir muchas de las pérdidas indicadas anteriormente y, además, también puede perder la confianza para hacer nuevas amistades o emprender nuevas actividades sociales.

Los trastornos más prevalentes entre grupos de personas mayores que sufren aislamiento social parecen ser los trastornos de personalidad, los episodios depresi-

vos y la depresión, y la dependencia del alcohol (Alonso et al., 2004)¹. La depresión y el aislamiento social están muy relacionados y, en realidad, puede ser un problema circular (Anderson, 2001). En este sentido, una persona puede llegar a mostrar un trastorno depresivo que, como consecuencia, provoque un distanciamiento de la familia, los amigos y de la sociedad y llegar a aislarse socialmente, lo que refuerza el trastorno depresivo. Lo peligroso es que el aislamiento social por sí mismo, más que la depresión (factor precipitante), derivado de cualquiera de las causas vistas anteriormente, puede llevar a un estado depresivo que, a su vez, exacerba el aislamiento social. Un problema añadido a la depresión es la escasa atención prestada al uso de fármacos antidepressivos que pueden reducir la motivación y aumentar el aislamiento social.

Jenkins et al. (2008), revisando las relaciones entre distintas variables económicas y la salud mental (psicosis, trastornos de ansiedad y estado de ánimo, alcohol y drogas), en un estudio panel con más de 8.500 participantes en una muestra representativa de Gran Bretaña, han señalado el papel que, junto a la pobreza en general (bajos ingresos), desempeña el nivel de endeudamiento personal. De forma coincidente, en un trabajo reciente del Banco Mundial, Das et al. (2008) señalan que las relaciones entre pobreza y salud mental parecen estar mediadas por otras variables económicas, como el endeudamiento personal, y psicológicas, como los sucesos vitales estresantes de cierta gravedad. En el caso de las personas mayores, ambos grupos de variables están presentes, por lo que el impacto sobre la salud mental puede llegar a ser extremo.

- 4. Ser un cuidador.** Cada vez es más evidente el peso que tiene en la vida de las personas el ser cuidador de personas enfermas o dependientes. La situación parece complicarse cuando el propio cuidador (quizá sea mejor decir «cuidadora», ya que la mayoría son mujeres en nuestro contexto) es también una persona dependiente o con limitaciones en la actividad, como es el caso de muchas personas mayores que cuidan de sus padres o de sus hijos con problemas de discapacidad y dependencia. Ser cuidador principal de otra persona, ya sea su cónyuge u otro familiar, a largo plazo y a tiempo completo, especialmente cuando cuenta con escasos apoyos informales, puede conducir a esta persona al aislamiento social.

¹Un caso especial es el denominado síndrome de Diógenes, que afecta a un número importante de personas mayores aisladas pero que no se ha incluido en los principales estudios epidemiológicos y, por tanto, las cifras sobre su incidencia son menos claras.

- 5. Comunicación.** Como ya se ha adelantado al hablar de las pérdidas, las pérdidas funcionales que pueden sufrir las personas mayores dificultan el acceso a la información y pueden aumentar su aislamiento. Una nueva barrera que aísla a las personas es la dificultad que encuentran para utilizar las nuevas tecnologías (tarjetas de crédito, internet, etc.). Por el contrario, las personas mayores que se familiarizan con las nuevas tecnologías (por ejemplo, ordenadores o el correo electrónico) potenciarán con este uso su inclusión social.
- 6. Desconocimiento de la lengua.** Que el idioma del lugar de acogida no sea la lengua materna podría ser un factor de riesgo del aislamiento social en las personas mayores inmigrantes. Incluso los que llegan a aprender castellano pierden esta habilidad en el transcurso de una demencia.
- 7. Lugar de residencia.** El lugar de residencia puede convertirse en una herramienta de integración o de exclusión. El aislamiento social está muy relacionado con la localización geográfica. Así, por ejemplo, las personas mayores que viven en zonas rurales o periféricas tienen mayor riesgo de sufrir aislamiento social, particularmente aquellas que viven lejos de la ciudad, las que no conducen y aquellas cuyas familias se han trasladado a otra ciudad. En las zonas rurales y periféricas, la falta de servicios de transporte dificulta el acceso a las interacciones sociales, especialmente para aquellas personas —especialmente mujeres— que nunca han aprendido a conducir. El cambio de domicilio a una residencia de mayores, incluso en situaciones positivas, puede complicar la situación. Trasladarse a una residencia de mayores puede exacerbar el aislamiento social, incluso cuando este traslado buscaba el efecto contrario (White et al., 1999). Aunque el personal sea agradable, no es lo mismo que tener amigos o familiares cerca. Buys (2001) encontró que incluso entre personas cuya amistad es de hace años, cuando uno de ellos va a una residencia, en general, deja de recibir visitas de estos amigos.
- 8. Miedo y sentimiento de vulnerabilidad.** Muchas personas mayores se sentirán aisladas porque no salen de sus casas por la noche e incluso muchas no saldrán de casa por el día. Y es que hay un nivel muy alto de miedo por parte de los mayores a que les asalten o agredan, o a sufrir accidentes. La percepción de la propia vulnerabilidad física es mayor y puede llegar a determinar una limitación en la actividad social.
- 9. Variables demográficas: sexo y estado civil.** De forma contraria a muchos otros factores que afectan más a las mujeres que a los hombres, en varios estudios se encuentra que éstos son mucho más propensos al aislamiento que las mujeres (Edelbrock et al., 2001). Teshuva et al. (1994) destacan que, mientras que el

matrimonio es beneficioso para la salud de los hombres, no supone una reducción de la mortalidad entre las mujeres mayores y, además, las mujeres parecen beneficiarse bastante más que los hombres de las relaciones con amigos y parientes que tienden a desarrollarse con otras mujeres. De todos modos, la mayor esperanza de vida de las mujeres a menudo lleva a que la mujer tenga un envejecimiento con problemas financieros y de aislamiento social.

10. Actitudes comunitarias. La actitud de la comunidad hacia las personas mayores puede tener el efecto de provocar un detrimento en la habilidad de estas personas para obtener interacciones satisfactorias y significativas en su comunidad. En este sentido, las actitudes negativas hacia los mayores y hacia la edad limitan las oportunidades de estos para participar en la comunidad.

11. Transporte. Ya se han adelantado algunos problemas relacionados con el transporte. Las personas mayores, en muchas ocasiones, tienen que devolver el permiso de conducir por una discapacidad u otro problema de salud. Por otro lado, en el caso de las mujeres mayores que nunca han aprendido a conducir, sus opciones de transporte se ven reducidas cuando fallecen sus maridos. Por este motivo, la calidad y accesibilidad del transporte público puede llegar a ser una variable clave de la movilidad de las personas mayores.

Efectos del aislamiento social y la soledad

De forma similar, se han ido realizando trabajos de revisión y sistematización de los efectos de la soledad y el aislamiento social (Heinrich y Gullone, 2006; Jones y Hebb, 2003). Aunque los resultados deben ser considerados como iniciales, se han empezado a identificar grupos de variables de funcionamiento psicológico que mantienen una relación conocida con el aislamiento y la soledad. Resumiendo las principales conclusiones de los trabajos actuales, se ha identificado que la exclusión social y el aislamiento pueden producir efectos cognitivos, emocionales, motivacionales y comportamentales en las personas que los sufren.

Hoy está bien establecido que las personas que sufren exclusión social o fuerte aislamiento (ostracismo) tienden a tener también sentimientos de desesperación, falta de cariño, rechazo, problemas del estado de ánimo que tienden a la depresión, sensaciones de impaciencia y parecen mantener unos esquemas de funcionamiento cognitivo tendentes a la autodevaluación, y las personas aisladas tienden a sentirse peores, poco atractivas, indeseables y socialmente incompetentes. Además, aparecen comportamientos cohibidos, poco asertivos y de poca habilidad social.

De forma paralela, se han identificado variables cognitivas relacionadas con la suspicacia hacia los otros y la sensibilidad al rechazo; de hecho, se han observado sesgos perceptivos que llevan a la percepción de los otros como «hostiles» (Ernst y Cacioppo, 1999). En otro orden de cosas, y en línea con los aspectos afectivos y cognitivos, se identifica un estilo de afrontamiento triste caracterizado por una perspectiva pesimista de las propias opciones personales y un sentido trágico que lleva a los esquemas de comportamiento pobres, con poca actividad y estilos de solución de problemas poco activos (Dill y Anderson, 1999).

Finalmente, la conjunción de muchas de estas variables determina el agravamiento o incluso la aparición de problemas psicopatológicos derivados de la situación de aislamiento y soledad. En definitiva, las personas que sufren los efectos del aislamiento social presentan un estado de salud más deteriorado, menor felicidad y un peor nivel de bienestar que aquellas que mantienen redes sociales fuertes (Cacioppo et al., 2003).

Uno de los avances más importantes se ha producido en la investigación de laboratorio, que ha dado un salto cualitativo en los últimos años gracias al grupo de Twenge y Baumeister en la Florida State University. Esta línea de trabajo ha comparado el comportamiento de las personas que sufren rechazo social u ostracismo con aquellas que reciben aceptación en los grupos o simplemente permanecen sin cambios. Las personas rechazadas presentan un comportamiento menos cooperativo y prosocial (Twenge, Ciarocco, Cuervo y Baumeister, 2003); déficit en el funcionamiento cognitivo básico, como el razonamiento lógico (Baumeister et al., 2002); problemas perceptivos, por ejemplo tienden a situar su centro de atención en el presente más que en el futuro, tienen una aparente pasividad casi letárgica y mantienen procesos de evitación de su autoconciencia (Twenge, Catanese y Baumeister, 2003). También aumentan sus tendencias auto-destructivas y sus comportamientos de riesgo para la salud (Twenge et al., 2002).

Finalmente, las personas rechazadas también pueden llegar a comportarse de modo más agresivo y hostil (Twenge et al., 2001). En uno de los trabajos de revisión más completos sobre los efectos psicológicos de la exclusión social, Blackhart et al. (2009) realizan un metaanálisis de 192 estudios sobre exclusión social (rechazo interpersonal, ostracismo, etc.). Llegan a la conclusión de que la exclusión social —contra lo que se creía— no produce descensos inmediatos en la autoestima o en variables de autodepreciación, sino que sus efectos más potentes se dirigen hacia la aparición de un estado de neutralidad emocional o aplanamiento afectivo. Las implicaciones de este tipo de estudios en la intervención son de gran relevancia: las personas no han perdido sus defensas de autoprotección y autoestima que, de hecho, pueden ser aprovechadas en el proceso de recuperación, sino que se ven más necesitadas de intervenciones afecti-

vas y motivacionales. Igualmente, se van identificando las vías de conexión entre la exclusión social y la conducta agresiva, posiblemente mediada por la percepción hostil de situaciones neutras (DeWall et al., 2009).

De forma paralela, se ha producido un avance igualmente importante en el conocimiento de las bases *neuropsicológicas* de los procesos subjetivos de exclusión social. En este sentido, se han llegado a identificar los circuitos neuronales con los que reacciona nuestro cerebro a la exclusión social y se ha puesto de manifiesto el solapamiento de estos circuitos neuronales con los del dolor físico, hasta el punto de que se está empezando a configurar una nueva teoría del dolor social con una estricta base biológica y psicológica que relaciona el dolor físico con el producido por la exclusión social y ambos con los circuitos relacionados con las sensaciones depresivas (Eisenberger et al., 2009; Onoda et al., 2009).

En esta misma línea se sitúan algunos estudios recientes de corte inmunológico, por ejemplo, nuestro grupo ha comparado el perfil inmunológico de 40 personas sin hogar con un grupo domiciliado equivalente en edad y sexo. Los resultados indican una fuerte supresión de la respuesta inmunológica en el grupo sin hogar, con descensos de la adherencia, la quimiotaxis, la fagocitosis, los niveles de superóxido, la proliferación de linfocitos y una menor actividad de las células NK. Los niveles de antioxidantes e IL-2 en plasma estuvieron también reducidos (Arranz et al, 2009). Todo ello parece indicar el papel de la exclusión social en el funcionamiento inmunológico, una de las bases fundamentales de nuestro estado de salud física y mental.

Todos los efectos que sufre la persona como resultado de su exclusión, aislamiento y soledad pueden verse complicados por algunas *variables sociales* que podrían potenciar esos efectos. Así, por ejemplo, el impacto sobre la salud mental de este conjunto de variables puede verse agravado por la falta de apoyo social que sufren estas personas, una de las principales variables protectoras en todos los estudios de salud mental. Igualmente, los efectos de la exclusión social pueden verse potenciados en las personas con enfermedad mental por el estigma asociado a dichos trastornos en la población general (Crespo et al., 2007; Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2008; Muñoz et al., 2009) y que afecta a todas las personas con enfermedad mental y sus familias. El estigma, además, se extiende más allá de la enfermedad mental a otros grupos, como personas con discapacidad, con enfermedades graves o simplemente de mayor edad.

Hacia un modelo integrador

Si se considera todo lo anterior, el hecho de que una persona pueda llegar a encontrarse aislada depende de una conjunción de factores de distinto nivel, y provoca, igualmente, distintos tipos de consecuencias. En la figura 1 se resumen las principales relaciones entre estos factores.

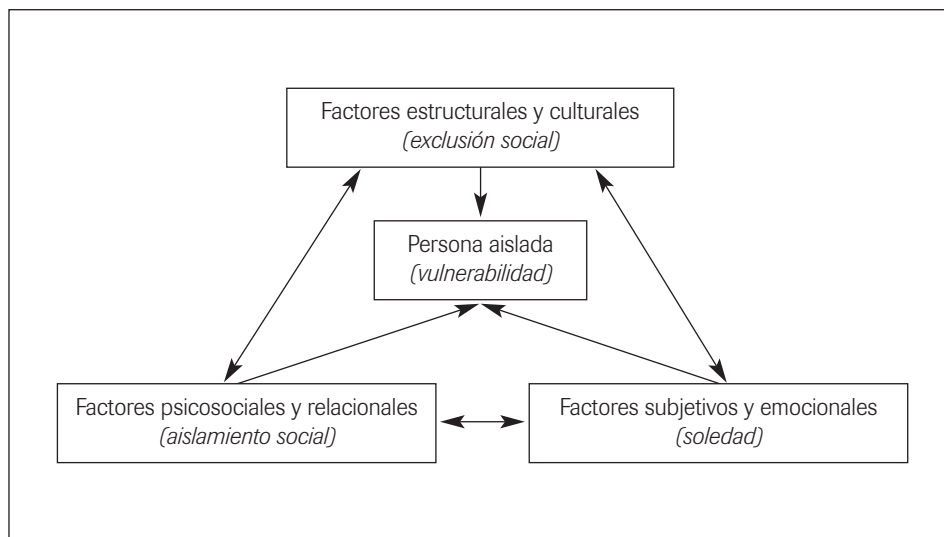


Figura 1. Modelo multifactorial del aislamiento social.

Como puede observarse en la figura, aunque no es una relación completa y estanca, existe una cierta asociación de cada término con un grupo de factores predominantes y una interacción muy importante entre ellos. De esta forma, los factores relacionados con la exclusión social son *factores estructurales* unidos a las dinámicas sociales y a los mercados de trabajo y vivienda de cada sociedad (por ejemplo, parados de larga duración). Igualmente, los ámbitos educativos, sanitarios y sociales generan también funcionamientos excluyentes en mayor o menor medida. Incluso en las sociedades más avanzadas, en las que la sanidad, la educación y los servicios sociales son universales, existen grupos con difícil acceso y barreras en este sentido (por ejemplo, personas sin hogar o grupos culturales minoritarios).

De forma paralela, todas las sociedades mantienen en su seno estructuras y dinámicas culturales relacionadas con la exclusión (por ejemplo, del extranjero). En este sentido,

los factores estigmatizantes ante distintos problemas o características personales añaden un papel de rechazo social a las personas que los sufren que puede llegar a resultar determinante en muchos casos (por ejemplo, estigma hacia la enfermedad mental, la discapacidad, la vejez o la orientación sexual).

Sin embargo, los factores estructurales y culturales podrían servir en el mejor de los casos para indicarnos cuántas personas pueden sufrir procesos de exclusión en cada sociedad, pero no quiénes serían esas personas. Es necesario recurrir a factores más próximos a la persona para conocer mejor este tipo de procesos complejos. De esta forma, los *factores sociales y de relaciones personales* se asocian al aislamiento social. Son factores como tener o no tener familia, pérdidas de amigos y familiares, estilo familiar de relación o apego, y existencia y tipo de los grupos de apoyo y referencia más próximos a la persona (amigos, asociaciones, etc.). En este mismo sentido, aunque con un carácter más social, debe destacarse el papel que desempeñan los vecinos y las dinámicas de barrio o población en los elementos de cohesión social fundamentales en toda sociedad. Las situaciones personales de jubilación, desempleo, emigración, etc. son elementos que, sin ninguna duda, ayudan a configurar unos factores de vulnerabilidad ante el aislamiento muy relevantes.

La interacción entre los factores estructurales y psicosociales podría explicar gran parte de las dinámicas de exclusión y aislamiento, pero todavía podríamos encontrar personas que aun con el peso de las variables sociales y psicosociales en su contra fueran capaces de mantener conexiones y superar el aislamiento. En los últimos años se han identificado *factores psicológicos* de resiliencia y protección personal que ayudan a superar este tipo de situaciones sociales adversas. De forma paralela, se encuentran personas que incluso en sociedades y grupos sociales muy inclusivos permanecen aislados. Es decir, existe un último grupo de factores psicológicos, más unidos a lo subjetivo y lo emocional (soledad) que pueden influir en esta ecuación. La investigación ha puesto de manifiesto cómo ciertos estilos de personalidad (introversión, hostilidad, paranoia) y determinados estilos de apego pueden ayudar a generar procesos psicológicos de aislamiento y soledad.

Desde un punto de vista más comportamental, puede señalarse que las personas aisladas mantienen comportamientos sociales poco eficaces y con un número de autorrelaciones emocionales muy bajo. En el plano afectivo, la soledad se relaciona con la ansiedad social, los sentimientos agresivos o de victimización y la depresión. En este sentido, es destacable el paralelismo, ya comentado, entre el dolor físico y el dolor social proveniente del rechazo social y la exclusión encontrados a nivel neuroanatómico y funcional del sistema nervioso. Finalmente, los aspectos cognitivos se ven implicados en

este proceso, por ejemplo, con elementos de deterioro del procesamiento superior o con procesos de internalización del estigma social.

Es decir, ninguno de los grupos de factores por sí solo parece poder explicar el tipo de situaciones extremas de aislamiento que encontramos en algunas personas mayores en nuestras sociedades (personas sin hogar, mayores aislados, etc.). Es por ello que cuando nos preguntan si la vulnerabilidad de las personas mayores reside en los factores económicos, aun reconociendo su importancia, tenemos que contestar un no rotundo. La vulnerabilidad (y la fortaleza) son fruto de una compleja interacción de los factores macro y microsociales entre ellos y con el funcionamiento personal. Parece evidente que el hecho de que una persona se encuentre en un momento determinado de su vida en una situación de aislamiento extremo y vulnerabilidad, está en función de la interacción de la biografía de la persona con su mundo relacional en un marco social y cultural determinado.

Por todo ello, las medidas de apoyo y protección de las personas mayores vulnerables y de lucha contra la exclusión, el aislamiento y la soledad en los mayores deben adoptarse considerando todos los planos y niveles, y coordinar los distintos tipos de actuaciones desde una perspectiva global e integradora que respete la soledad, pero que luche contra el aislamiento y la exclusión.

Bibliografía

- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., et al.; Grupo ESEMed (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109: 28-37.
- Anderson, D.N. (2001). Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age and Ageing*, 30, 13-17.
- Arranz, L., de Vicente, A., Muñoz, M. y De la Fuente, M (2009). Impaired immune function in a homeless population with stress-related disorders. *Neuroimmunomodulation*, 16: 251-260.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2008). Documento de consenso sobre el estigma de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 103.
- Baumeister, R.F. y Leary, M.R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117: 497-529.
- Baumeister, R.F., Twenge, J.M. y Nuss, C.K. (2002). Effects of social exclusion on cognitive processes: Anticipated aloneness reduces intelligent thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83: 817-827.
- Blackhart, G.C., Nelson, B.C., Knowles, M.L. y Baumeister, R.F. (2009). Rejection elicits emotional reactions but neither causes immediate distress nor lowers self-esteem: a meta-analytic review of 192 studies on social exclusion. *Personality and Social Psychology Review*, 13: 269-309.

- Buys, L. (2001). Life in a retirement village: implications for contact with community and village friends. *Gerontology*, 47 (1): 55-61.
- Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C. y Bernston, G.G. (2003). The anatomy of loneliness. *Current Directions of Psychological Science*, 12: 71-74.
- Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., Bernston, G.G., Ernst, J.M., Gibbs, R.S. y Hobson, J.A. (2002). Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science*, 13, 384-387.
- Cattan, M., White, M., Bond, J. y Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25, 41-67.
- Comunicación de la Comisión de las Comunidades Europeas Com (92) 542, 23 de Diciembre de 1992.
- Crespo, M., Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Guillén, A.I. (2007). Stigma associated with severe and persistent mental illness among the general population of Madrid (Spain): descriptive study. *Community Mental Health Journal*, 44: 393-403.
- Das, J., Do, Q.T., Friedman, J., McKenzie, D. y Scott K. (2008). Mental health and poverty in developing countries: revisiting the relationship. *Social Science and Medicine*, 65: 467-480.
- DeWall, C.N., Twenge, J.M., Gitter, S.A. y Baumeister, R.F. (2009). It's the thought that counts: The role of hostile cognition in shaping aggressive responses to social exclusion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96: 45-59.
- Dill, J.C. y Anderson, C.A. (1999). Loneliness, shyness, and depression: The etiology and interrelationships of everyday problems in living. (pp. 93-125). Chapter in T. Joiner and J.C. Coyne (Eds.) *The international nature of depression: Advances in interpersonal approaches*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- DiTommaso, E. y Spinner, B. (1997). Social and emotional loneliness: A re-examination of Weiss' typology of loneliness. *Personality and Individual Differences*, 22, 417-427.
- Edelbrock, D., Buys, L., Creasey, H. y Broe, G.A. (2001). Social support, social networks and social isolation; The Sydney older persons study. *Australasian Journal on Ageing*, 20 (3).
- Eisenberger, N.I., Inagaki, T.K., Rameson, L.T., et al. (2009). An fMRI study of cytokine-induced depressed mood and social pain: the role of sex differences. *Neuroimage*, 47: 881-890.
- Ernst, J.M. y Cacioppo, J.T. (1999). Lonely hearts: psychological perspectives on loneliness. *Applied and Preventive Psychology*, 8, 1-22
- Findlay, R.A. (2003). Interventions to reduce social isolation among older people: where is the evidence? *Ageing and Society*, 23, 647-658.
- Hall, M. y Havens, B. (1999). *Ageing in Manitoba Study*. Winnipeg: University of Manitoba.
- Heinrich, L.M. y Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718.
- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., et al. (2008). Debt, income and mental disorders in the general population. *Psychological Medicine*, 36: 1485-1493.
- Jones, W. H., y Hebb, L. (2003). The experience of loneliness: Objective and subjective factors. *International Scope Review*, 5 (summer). Retrieved 24 February 2004. Recuperado el 28 de julio de 2011, de http://www.internationalscope.com/journal/volume%202003/issue%209/pdf/2_jones.pdf
- López, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas*. Premio IMSERSO "Infanta Cristina" 2004. Madrid: IMSERSO.
- Muñoz, M., Vázquez, C. y Vázquez, J.J. (2003). *Los límites de la exclusión*. Madrid: Ed. Tempora.

- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M. y Guillén, A.I. (2009). *El estigma de la enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- Onoda, K., Okamoto, Y., Nakashima, K., et al. (2009). Decreased ventral anterior cingulate cortex activity is associated with reduced social pain during emotional support. *Social Neuroscience*, 4: 443-454.
- Peplau, L.A. y Perlman, D. (1982). Perspectivas on loneliness. En Peplau, L.A. y Perlman, D. (Eds.). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1-18). Nueva York: Wiley.
- Rotenberg, K.J. (1999). Parental antecedents of children's loneliness. En Rotenberg, K.J. y Hymel, S. (Eds.), *Loneliness in childhood and adolescence* (pp. 176-200). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Teshuva, K., Stanislavsky, Y. y Kendig, H. (1994). *Towards healthy ageing*. North Blackburn, Victoria: Collins Dove.
- Twenge, J.M., Baumeister, R.F., Tice, D.M. y Stucke, T.S. (2001). If you can't join them, beat them: effects of social exclusion on aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81: 1058-1069.
- Twenge, J.M., Catanese, K.R. y Baumeister, R.F. (2002). Social exclusion causes self-defeating behavior. *Journal of Personality and Social Behavior*, 83: 606-615.
- Twenge, J.M., Catanese, K.R. y Baumeister, R.F. (2003). Social exclusion and the deconstructed state: Time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion and self-awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85: 409-423.
- Twenge, J.M., Ciarocco, N.J., Cuervo, D. y Baumeister, R.F. (2003). *Social exclusión reduces pro-social behavior*. Manuscrito no publicado.
- Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.
- White, H., McConnell, E., Clipp, E., Bynum, L., Teague, C., Navas, L. y Halbrecht, H. (1999). Surfing the net in later life: a review of the literature and pilot study of computer use and quality of life. *Journal of Applied Gerontology*, 18 (3): 358-378.

Planes de pensiones y otras fórmulas financieras

David Menéndez Carbajosa

Director Comercial de Caja Madrid Pensiones. Madrid.

Introducción

¿Debo preocuparme por la jubilación?:

- ¿Podré mantener mi nivel de vida cuando me jubile?
- ¿Cómo serán mis necesidades?
- ¿Qué me ofrecerá la vida?
- ¿Podré mantener mi ocio?
- ¿Podré echar una mano a los míos?
- ¿Tendrán que echarme ellos una mano a mí?

Evolución del sector de planes de pensiones

En las figuras 1 a 4 se refleja la evolución de los planes de pensiones en diferentes aspectos, como son: patrimonio, aportaciones, partícipes y prestaciones.

¿Qué es un plan de pensiones?

Un plan de pensiones es un plan de ahorro personalizado para obtener un complemento a la pensión de jubilación.

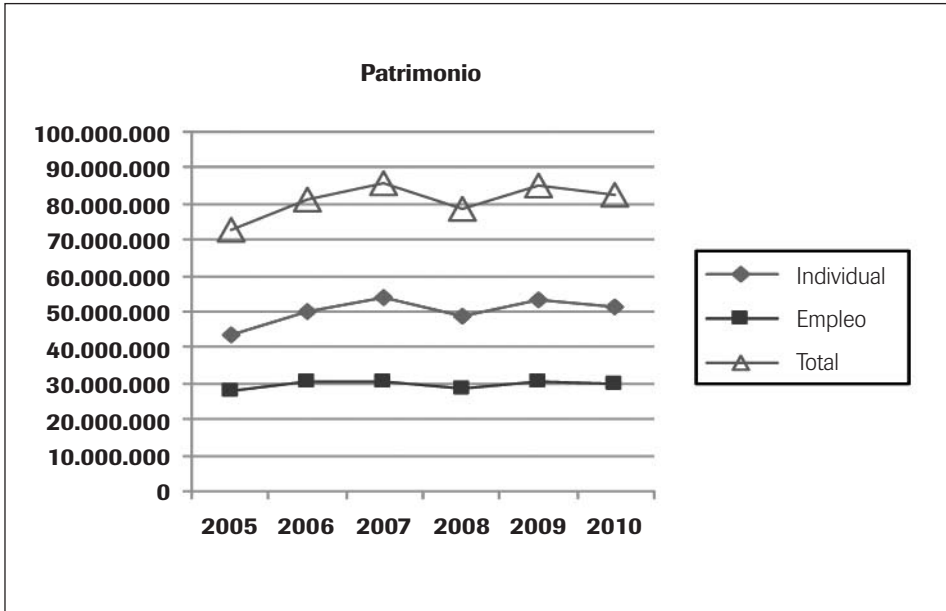


Figura 1. Evolución del patrimonio.

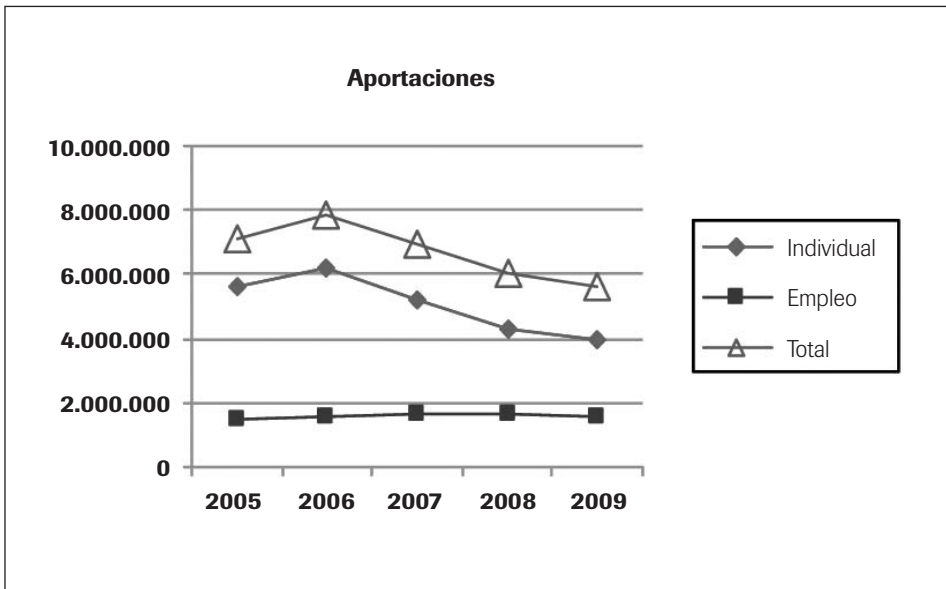


Figura 2. Evolución de las aportaciones.

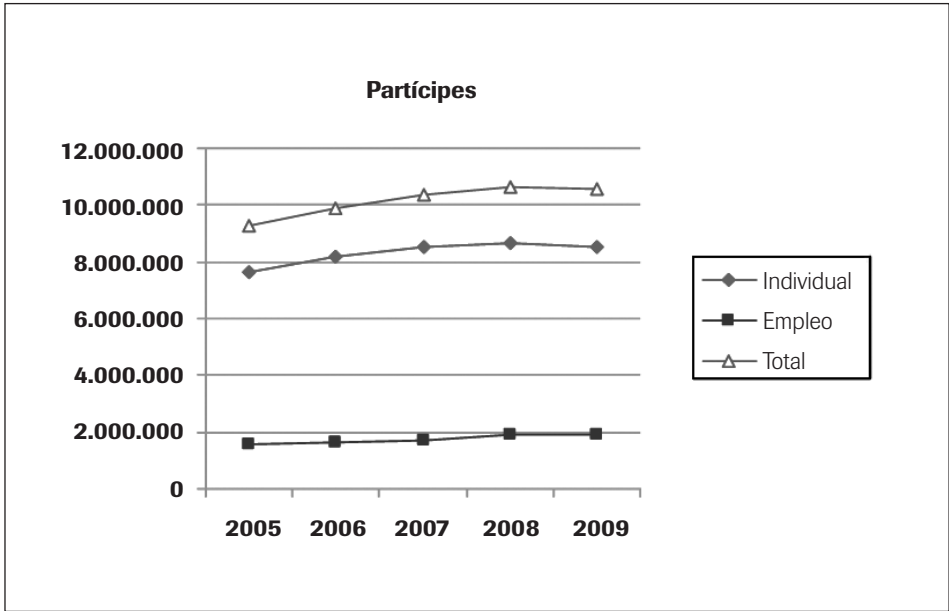


Figura 3. Evolución de participes.

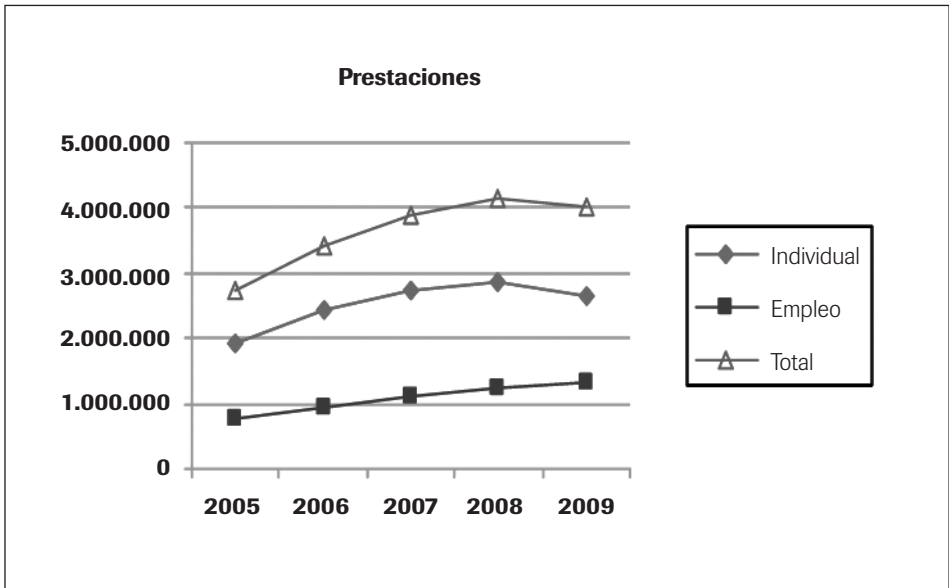


Figura 4. Evolución de las prestaciones.

¿Qué cubre un plan de pensiones?

- Jubilación.
- Invalidez.
- Fallecimiento.
- Enfermedad grave.
- Desempleo de larga duración.

¿Cuándo iniciar un plan de pensiones?

Hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Situación económica.
- Ajustes en el sistema público, previsible reducción de la pensión pública y endurecimiento de los requisitos para su obtención.

En este contexto, conviene plantearse *comenzar a ahorrar lo antes posible* con el fin de asegurarse una buena pensión para la jubilación.

Por ello, la respuesta a la pregunta que se plantea en el titular sería que el plan de pensiones debe iniciarse cuanto antes, porque:

- Se conseguirán mayores derechos consolidados y mayor complemento a la pensión pública de jubilación.
- Hay más tiempo y las aportaciones que se deberán realizar podrán ser menores para garantizar unos ingresos similares a los percibidos durante la vida en activo.
- Se podrá optar a planes de pensiones con políticas de inversión más adecuadas a los criterios de riesgo, y que pudieran ser potencialmente más rentables.

La importancia de elegir correctamente la entidad gestora

- El principal objetivo de una entidad gestora es *proporcionar* a sus partícipes *la mayor prestación de jubilación posible*. Para ello es importante que la entidad gestora:
 - Disponga de los equipos humanos y medios técnicos necesarios para el cumplimiento de este objetivo.
 - Tenga la *experiencia* y el *conocimiento* necesarios para acometerlo.
 - Acredite una *solidez* y una *solvencia* suficientes para el negocio.
 - Muestre un histórico de *rentabilidad* sostenida.

- Satisfaga las necesidades del cliente con un elenco de servicios basados en la *accesibilidad* y la *cercanía*.

¿Qué plan o planes de pensiones convienen?

- A la hora de elegir uno u otro plan de pensiones, en primer lugar hay que valorar el *riesgo del plan*, que habitualmente es directamente proporcional al horizonte de jubilación e inversamente proporcional a la edad del partícipe.
- Diversificación: lo óptimo es la contratación de cestas de planes de pensiones con diferente composición de cartera que determine una equilibrada exposición al riesgo.

En este contexto, algunas entidades financieras ofrecen distintas recomendaciones en función de la edad y el perfil de riesgo de los partícipes, así como simuladores virtuales que facilitan la labor a la hora de escoger entre la amplia oferta de planes existente.

Contingencia de jubilación

A efectos de planes de pensiones, una persona puede acceder a la jubilación cuando:

- La Seguridad Social le reconozca este estado.
- Se encuentre en situación de jubilación parcial.
- A los 65 años, cuando el partícipe no pueda acceder a una prestación por jubilación en la Seguridad Social.
- A partir de los 60 años, siempre que se haya cesado en actividad laboral con alta en la Seguridad Social y no se reúnan todavía los requisitos para que se le reconozca la prestación pública de jubilación.
- A cualquier edad, si se extingue la relación laboral y se pasa a situación legal de desempleo por expediente de regulación de empleo (ERE).

¿Qué debe hacer una persona cuando se jubila?

- No es necesario comunicar la jubilación hasta que desee cobrar el plan de pensiones, porque puede cobrarlo cuando más le convenga.
- Puede continuar haciendo aportaciones al plan de pensiones y seguir deduciendo fiscalmente sus aportaciones.
- Distribuir el efecto fiscal de la prestación en sucesivos ejercicios económicos, seleccionando la forma de cobro que más le beneficie.

- Incluso jubilado, puede movilizar los derechos consolidados de su plan de pensiones como le resulte más interesante.

¿Cuándo y cómo se puede cobrar el plan de pensiones?

Cuando y como quiera, con total flexibilidad, eligiendo entre cualquiera de las siguientes formas de cobro:

- Renta: varios cobros con una periodicidad regular.
- Capital: se percibe la prestación en un único cobro.
- Mixta: se cobra la prestación combinada (capital y renta).
- Cobros sin periodicidad regular: cobros discrecionales a petición del beneficiario, sin periodicidad regular, con cargo al saldo disponible de su plan de pensiones.

¿De qué forma interesa más cobrar?

Según las necesidades de cada persona:

- **Si no necesita complementar sus ingresos: no cobra.** Puede seguir haciendo aportaciones al plan de pensiones en ese mismo ejercicio y, por tanto, desgravárselas; y también puede posponer el cobro del plan para otro ejercicio fiscal. Resulta conveniente el cobro de la prestación en un ejercicio fiscal distinto al que se produzca la jubilación, ya que es probable que los rendimientos del trabajo hayan disminuido.
- **Si necesita un complemento y no tiene clara la forma de cobro de la prestación:** es aconsejable elegir una *renta financiera o cobros sin periodicidad regular*, que le permitan en cualquier momento, además de cobrar periódicamente el importe que desea en función de sus necesidades, solicitar el cobro del montante pendiente en forma de capital. De esta forma, se reserva la posibilidad de beneficiarse de la reducción fiscal por el cobro en forma de capital, en el momento que decida, conforme a la normativa tributaria vigente.
- **Si desea una prestación mixta (capital y renta):** suele ser interesante no cobrar la prestación (renta y capital) en el mismo ejercicio fiscal. Sería aconsejable primero comenzar a cobrar una renta financiera y en otro ejercicio fiscal cobrar el capital.

¿Por qué le interesa una renta?

- Flexibilidad:
 - Las rentas financieras pueden modificar su cuantía y los plazos en cualquier momento.
 - Permite anticipar el cobro de la totalidad del capital pendiente de cobro con posibilidad de reducción fiscal, siempre que no se haya percibido otro capital con anterioridad.
- Rentabilidad:
 - Si se elige una renta financiera, el derecho económico se mantiene en el plan, por lo que puede verse beneficiado por la revalorización del plan.
 - Se mantiene la posibilidad de movilizar a otro plan de pensiones, aprovechando los movimientos alcistas de los mercados o acudiendo a posiciones más conservadoras en momentos económicos que así lo aconsejen.
- Fiscalidad:
 - Podrá distribuir el impacto fiscal del cobro en diferentes años.

¿En qué otros casos se puede cobrar el plan de pensiones?

- Incapacidad permanente total para la profesión habitual, absoluta para todo trabajo y gran invalidez. En todos los casos deben de estar reconocidas por la Seguridad Social.
- Fallecimiento del partícipe.
- Dependencia grave o gran dependencia reconocida por la administración autonómica.

Supuestos excepcionales de liquidez:

- Desempleo de larga duración.
- Enfermedad grave.

Fiscalidad de los planes de pensiones

Aportaciones

Reducen la parte general de la base imponible hasta el menor de los siguientes límites:

- 10.000 euros o el 30% de la suma de rendimientos netos del trabajo y de actividades económicas.
- 12.500 euros o el 50% de la suma de rendimientos netos del trabajo y de actividades económicas para los mayores de 50 años.

Asimismo, si su cónyuge no obtiene rentas o lo hace en cuantía inferior a 8.000 euros, podrá reducir en la base imponible las aportaciones realizadas a planes de pensiones de los que sea partícipe su cónyuge, con el límite máximo de 2.000 euros anuales.

El conjunto de las reducciones anteriores no podrá dar lugar a una base liquidable general negativa.

Prestaciones

Tienen la consideración fiscal de rendimientos del trabajo sometidas al IRPF.

- **En forma de capital.** Régimen transitorio: 40% de exención por aportaciones antes del 1 de enero de 2007.
- **En forma de renta.** No dan lugar a reducción.

Planes de previsión asegurados

Los planes de previsión asegurados son un instrumento de ahorro, de carácter privado, cuyo objetivo es complementar las prestaciones de la Seguridad Social.

Régimen fiscal y régimen de aportaciones. Idéntico al de los planes de pensiones individuales.

Planes individuales de ahorro sistemático

Los planes individuales de ahorro sistemático (PIAS) son un producto de ahorro destinado al complemento de las pensiones públicas de jubilación. Se trata de un producto de las entidades aseguradoras cuyo objetivo es constituir una renta vitalicia.

La renta vitalicia asegurada puede comenzar a percibirse una vez transcurridos 10 años desde el pago de la primera prima.

El límite máximo anual que se puede aportar a los PIAS está fijado en 8.000 euros; además, el importe total de las primas acumuladas no puede superar la cuantía de 240.000 euros.

Régimen fiscal: los PIAS no disfrutan de ventajas fiscales en el momento de la generación del ahorro. Exención fiscal de todos los rendimientos que se hayan generado desde el pago de la primera prima hasta el inicio del cobro de la renta vitalicia asegurada, siempre que hayan transcurrido al menos 10 años.

Otros productos de ahorro sin carácter finalista

Depósitos bancarios

Los depósitos bancarios son contratos por los cuales una persona entrega a una entidad de crédito una cantidad de dinero al objeto de que ésta lo custodie y que, al cabo de un plazo establecido lo restituya, reintegrando la cantidad aportada más una cantidad adicional en concepto de interés.

Régimen fiscal:

- **Depósitos contratados a partir del 20 de enero de 2006:** la retención es del 19% para rendimientos inferiores a 6.000,01 euros anuales y del 21% para los restantes.
- **Depósitos contratados antes del 20 de enero de 2006:** régimen transitorio si la aplicación del régimen fiscal vigente desde el 1 de enero de 2007 les resulte menos favorable que el vigente a 31 de diciembre de 2006.

Otros instrumentos:

- Mercado inmobiliario (viviendas, fincas, etc.).
- Hipoteca inversa.
- Fondos de inversión.
- Inversión en divisas.
- Inversión en carteras de acciones.

Los mayores como generadores de riqueza

Hábitos de consumo en los mayores

Rakel Poveda Puente¹ y José Laparra Hernández²

¹Directora del ámbito de personas mayores y atención a la dependencia del Instituto de Biomecánica de Valencia.

²Investigador del Instituto de Biomecánica de Valencia.

Introducción

El envejecimiento de la población es una característica común en Europa. Pero el edadismo, o discriminación por edad, sigue siendo una práctica habitual en la sociedad actual, sobre todo cuando pensamos en los mayores como consumidores.

Al analizar el consumo de las personas mayores, es necesario tener en cuenta que este colectivo abarca un rango de más de 30 años de edad, lo que hace que sea un grupo muy heterogéneo en el cual se encuentran personas con un buen estado de salud y activas, pero también personas enfermas o con dependencia, situación más frecuente en las edades más avanzadas. Entre las variables más importantes relacionadas con el consumo está el nivel de ingresos, en el que encontramos una pensión media de jubilación en 2010 de 874,97 €, con una dispersión intragrupo alta (el nivel de gastos fijos es menor y el nivel de patrimonio adquirido es más alto). Y otra variable de gran influencia en el consumo es la capacidad funcional. En relación con ésta, el 31,9% de las personas mayores presentan algún tipo de dependencia, pero la mayoría tiene limitaciones funcionales que no les impide llevar una vida activa y satisfactoria, y cada vez más las personas mayores viven esta etapa con la serenidad del tiempo de la verdadera realización personal y de no someterse a imperativos de otros.

Estas y otras variables, como las diferencias por sexo o el nivel de formación, hacen de este grupo de población un grupo muy heterogéneo que se manifiesta en el proceso de consumo. Este hecho, junto a la importancia en el consumo de bienes de las per-

sonas mayores (el 26% de los gastos en bienes de gran consumo corresponde a personas mayores de 65 años), ha desencadenado que durante los últimos años hayan prosperado las investigaciones centradas en analizar los hábitos de consumo de este grupo de la población.

El ciclo del consumidor se puede definir de forma paralela al ciclo vital de las personas, dado que los hábitos de consumo evolucionan en paralelo a la situación económica y familiar, así como a la evolución de los gustos y preferencias. Diferentes estudios han puesto de manifiesto cómo cada una de las etapas o ciclos de vida de un sujeto conlleva la modificación del tipo de consumo de bienes y servicios.

En el informe titulado «El mercado de los séniors en España: ¿oportunidad o burbuja de negocio?» (Villanueva y Nuero, 2005) se muestran tres fases diferenciadas de hábitos de consumo para las personas mayores. La primera de ellas se relaciona con el nido vacío (de los 55 a los 65 años), momento en que los hijos han abandonado el hogar y los mayores pueden pensar más en la pareja y gastan más. Pero a los 65 años, o en el momento de la jubilación, ese incremento del gasto empieza a decrecer debido a un presupuesto más reducido por hogar. Y la última etapa que señala este informe es la que comienza a partir de los 80 años, momento en que se relaciona la edad con una pérdida funcional importante, cuando las personas mayores se trasladan a otra casa (la de un familiar o bien a un centro residencial). Esta última fase se caracteriza porque la persona apenas realiza actos de compra, aunque sí puede realizarlos de consumo, ligados, por ejemplo, a su estancia permanente en una residencia.

Según el informe titulado «La estructura social de la vejez en España» (IMSERSO, 2006), en el grupo de personas mayores, el consumo de productos de la vida diaria (e incluimos en ellos los productos con alta tecnología) se ve muy marcado por el estilo de vida o por el comportamiento que tenemos frente a la vida cotidiana. El estilo de vida más seguido por las personas mayores es el denominado social organizado, donde se combinan las actividades de ocio y disfrute individual con otras de tipo relacional, canalizadas a través de centros institucionalizados.

Según el estudio, que resume el artículo realizado por el Instituto de Biomecánica de Valencia («Los hábitos de compra y consumo de las personas mayores», fig. 1), esto está cambiando, y la tendencia parece ir hacia un estilo de vida sénior basado en una ética de autorrealización personal, caracterizado por la mayor asistencia a espectáculos y clubes, y una menor realización de actividades vinculadas a las aficiones, como las manualidades o el bricolaje, al voluntariado y a los bailes. Además, en esta publicación se ha descrito que los aspectos que marcan el perfil social de las personas mayores, el nivel

de formación, la situación económica o la vivienda, están cambiando.

Objetivo general del estudio

El objetivo general fue mejorar el conocimiento de los hábitos de compra, consumo, nivel de satisfacción y percepción de las personas mayores con los productos de la vida diaria, en función tanto de la tecnología base de estos productos como de las capacidades funcionales y la percepción de necesidad. Y como hipótesis principal del estudio cabe destacar la siguiente: «para que el consumo de los productos y servicios sea plenamente satisfactorio, es necesario que su diseño y definición sean adecuados a las necesidades y expectativas de las personas mayores».

Durante el estudio, para avanzar en el conocimiento del consumo de los mayores, se analizó la información acerca de las características y las pautas que permiten identificar diferentes perfiles del consumidor mayor de 55 años frente al consumo. Se han identificado los aspectos que influyen en la aceptación o el rechazo de un producto y los problemas de uso reales de los productos y servicios actuales desde la perspectiva de las personas mayores.

Metodología y resultados

En cuanto a la metodología utilizada para la obtención de la información, tras un análisis del «estado del arte» se desarrollaron técnicas de recogida de datos centradas en la persona, y se dividió en tres fases.

La primera de ellas fue la identificación de hipótesis, para la cual se realizaron tres grupos de discusión con personas mayores de 65 años y entrevistas al sector empresarial, y permitió una primera aproximación al modelo de consumo general de los mayores. En la segunda fase, o validación de hipótesis, se entrevistó a 618 personas mayores de 55 años con el objetivo de profundizar en el conocimiento del comportamiento del



Figura 1. Portada del estudio «Los hábitos de compra y consumo de las personas mayores», galardonado con el Premio Edad & Vida 2006. Disponible en: http://mayores.ibv.org/es/publicaciones/publicacion/show_product/30/101.html

consumidor, dimensionar los perfiles y conocer el grado de familiaridad con las nuevas tecnologías. En la última fase, en la cual participaron 125 personas mayores, se analizó cómo los mayores perciben los productos tecnológicos y qué motivos les lleva al consumo de los mismos.

En el presente artículo se muestran algunos de los *principales resultados* del estudio, que tal y como se ha indicado antes, puede consultarse de forma íntegra en versión *online* en la web del Instituto Biomecánico de Valencia (IBV).

Motivación y pautas de consumo-compra

Cubrir las necesidades y expectativas son las principales motivaciones para la adquisición y el uso de un producto por parte de las personas, las cuales se relacionan de forma directa con la realización de actividades de la vida diaria. Por ejemplo, la realización de las actividades básicas de la vida diaria tendría como objetivo cubrir sus necesidades fisiológicas y necesidades básicas de seguridad. De forma análoga, las actividades instrumentales de la vida diaria cubrirían sus necesidades sociales básicas y el resto de necesidad de seguridad, mientras las actividades avanzadas de la vida diaria satisfarían el resto de necesidades sociales, las de reconocimiento y las de autorrealización.

Las necesidades sentidas con mayor fuerza por las personas mayores son el deseo de mantener la autonomía y conservar al mismo tiempo su integración, tal y como indica el estudio «La tercera edad y el consumo» (INC, 2001). La primera es entendida como la capacidad de no tener que depender económicamente de otras personas ni en el desempeño de las actividades de la vida cotidiana, mientras que la integración se expresa mediante el deseo de la persona mayor por conservar su arraigo al hogar y al entorno habitual, y por seguir desempeñando funciones útiles y apreciadas tanto por la propia persona como por su entorno más próximo.

La tabla 1 muestra cómo los productos, en sentido amplio y agrupados en diferentes sectores, contribuyen a satisfacer las dos necesidades más sentidas por las personas mayores, la necesidad de conservar su autonomía y la de mantenerse integrados en su entorno.

Para conocer los patrones de consumo es necesario analizar los estilos de vida, tanto desde el ámbito de la salud, determinado por la actividad física, la alimentación o hábitos no saludables, entre otros, como desde las variables de formación, situación económica, estado funcional y valores generacionales, entre otros.

Tabla 1. Contribución de las diferentes tipologías de productos a la satisfacción de las necesidades de autonomía e integración de las personas mayores

Sectores	Influencia en la autonomía y la integración
Vivienda	Es clave para mantener la autonomía personal, ya que aporta seguridad económica, y les permite seguir integrados en su entorno, pero debe ser accesible y estar adaptada a sus necesidades
Alimentación	Es una necesidad básica y al mismo tiempo un acto social integrador. Es necesario disponer de productos de fácil elaboración e ingesta
Transporte y comunicaciones	Desplazarse mediante transportes adecuados potencia la autonomía, al igual que las TIC favorecen la integración, facilitando su comunicación. Sin embargo, es necesario que los transportes estén adaptados y las TIC sean fáciles de usar
Equipamiento personal	El vestuario es básico en el equipamiento personal y diferenciador en el ámbito social, por lo que se debe disponer de ropa cómoda y fácil de poner
Equipamiento del hogar	Un equipamiento adecuado facilita las AVD, mejora la autonomía y facilita las relaciones sociales, desde muebles ergonómicos a sistemas domóticos
Salud	Recursos sociosanitarios, como la teleasistencia o los productos de apoyo contribuyen positivamente a ambas necesidades
Actividades de ocio y tiempo libre	Estas actividades no sólo facilitan la integración en la comunidad, sino que la misma posibilidad de elegir incrementa la percepción de autonomía

AVD: actividades de la vida diaria; TIC: tecnologías de la información.

Por lo anterior, el IBV analizó las pautas de consumo, diferenciando por grupos de edades, teniendo en cuenta su tipología de convivencia, sus estilos de vida y sus intereses; caracterizando sus compras y el uso de productos tecnológicos, y realizando un análisis comparativo entre grupos. De forma muy resumida, entre los diferentes factores que marcan el estilo de vida, y como consecuencia el consumo entre las personas mayores, destacan los siguientes, por grandes grupos de edad:

- Personas mayores, de 55 a 64 años, con un núcleo de convivencia formado por los cónyuges e hijos, con viviendas valoradas como adecuadas a sus capacidades funcionales, con mayores ingresos y un nivel más alto de formación. Mayores porcentajes de personas con estudios secundarios respecto a los grupos más mayores, que muestran más hábitos deportivos y formativos, así como mayor interés en aspectos relacionados con la ciencia, la tecnología, la cultura y la política.

- Las personas del grupo de edad de 65 a 75 años participantes en el estudio presentan un mayor porcentaje de tipos de convivencia formado tan sólo por los cónyuges, sin estudios o con estudios primarios, con rentas más bajas que el grupo anterior. Mayor número de viviendas unifamiliares, mayores problemas de accesibilidad en la vivienda y en el transporte, y los temas valorados como de mayor interés son el deporte, la salud, la sociedad y los famosos.
- En cuanto al grupo de los mayores de 75 años, entre las principales características que lo diferencian en el consumo de productos destacan que la gran parte presentan núcleos de convivencia de una persona, y es el grupo donde con mayor frecuencia se reside en casa de los hijos. Existe una mayor resistencia al cambio de vivienda, aun cuando los problemas de inadecuación a las capacidades funcionales pueden ser graves. Es el subgrupo que presenta mayores diferencias en las actividades por sexo, menos estudios y mayor satisfacción económica a pesar de estar en una situación más desfavorable. Realizan actividades similares a las del anterior grupo, pero con menor frecuencia, hacen un uso menor del transporte particular y tienen mayores problemas en el transporte público.

Entre estos grupos encontramos diferencias significativas respecto a aspectos como el lugar de compra, quién es el principal agente de compra o qué criterios deciden la compra de un producto. En la tabla 2 se muestran las principales características que marcan la compra por grandes grupos de edad.

Los mayores y el consumo de la tecnología

El perfil del consumidor mayor de 65 años está cambiando, y estos cambios son más evidentes cuando nos referimos al consumo de productos con alta carga tecnológica. Los mayores están ampliamente habituados al uso del teléfono, y se están incorporando a servicios de comunicación que les permiten cubrir las necesidades de seguridad. Ejemplo de ello es el cada vez más demandado servicio de la teleasistencia, que permite a los mayores la posibilidad de mantener las 24 horas del día un canal de comunicación con un servicio de asistencia sociosanitaria. Pero entre la población mayor, la generalización de productos tecnológicos es más lenta y su implantación muestra mayores dificultades, a pesar de que cada vez son más las personas mayores que utilizan estos productos, pudiéndose esperar un crecimiento del consumo de productos tecnológicos de información y comunicación a corto o medio plazo.

Tabla 2. Perfil de compra por grupos de edad

Edad		Compras
55-64 años	¿Dónde compran?	Grandes almacenes para alimentación y limpieza, y tiendas especializadas para el resto
	¿Qué factores son más importantes en la compra?	Valoran en menor media la calidad y el precio. La utilidad y la sencillez influyen en la compra de productos tecnológicos Invierten en viajes, reformas y mayores compras diarias
	¿Quién es el principal agente de compra?	Son los principales agentes de compra, y se apoyan en los hijos para los productos tecnológicos
65-75 años	¿Dónde compran?	Mayor uso de otras modalidades de comercio que el grupo anterior: tiendas especializadas, de barrio, mercados, etc., y tiendas especializadas para tecnología
	¿Qué factores son más importantes en la compra?	La calidad y el precio son prioritarios, y también la utilidad y la sencillez
	¿Quién es el principal agente de compra?	Mayor porcentaje de personas que compran de forma conjunta con el cónyuge
>76 años	¿Dónde compran?	Mismo patrón que el grupo anterior Disminuye la compra de tecnología
	¿Qué factores son más importantes en la compra?	La calidad y el precio siguen siendo importantes pero con menos énfasis
	¿Quién es el principal agente de compra?	Los hijos adquieren mayor protagonismo en la decisión de compra

Sin embargo, en la actualidad sólo el 2,3% de las personas que han utilizado alguna vez el ordenador son personas mayores, con edades comprendidas entre 65 y 74 años. En cuanto a las personas mayores que utilizan el ordenador, el 55% de ellas lo hace casi a diario (INE, 2006). El uso de internet entre las personas mayores está demandando cada vez más servicios; entre ellos se encuentran: búsqueda de información de bienes y servicios (70%), utilización del correo electrónico (66,4%), acceso a medios de comunicación (47%), banca electrónica (43%) y trámites de información sobre la salud (35,4%) (INE, 2008).

Entre las personas entrevistadas en este estudio, el 11% no sabe lo que es internet, y un 60% lo conoce pero no le interesa. Esto refleja la necesidad de hacer visibles las prestaciones y ventajas de este y otros productos, en los que ocurre lo mismo. Además, a medida que aumenta la edad, disminuye el conocimiento y el interés hacia estos productos. Sin embargo, todos los grupos de edad comparten la misma tendencia en cuan-

to a los motivos de uso, coincidiendo en el uso destinado a cubrir demandas relacionadas con la comunicación con familiares y amigos y, por otra parte, con el uso de dichos productos con fines informativos.

En la tabla 3 se presentan las características de uso de los productos tecnológicos para la muestra de estudio. En la misma se refleja cómo a medida que avanza la edad existe un menor uso, y éste está más caracterizado por la necesidad de apoyar la realización de actividades básicas de la vida diaria. Así, las personas de entre 55 y 64 años muestran mayor interés por temas relacionados con la tecnología. Sin embargo, el grupo de edad en el que se encuentran las personas de entre 65 y 75 años, es el tipo de productos en que menos invertirían. Por otra parte, las personas mayores de 75 años son la franja de edad que menos interés muestra por la compra de estos productos.

Tabla 3. Uso de los productos tecnológicos según grupos de edad

Edad	Uso de productos tecnológicos
55-64 años	Mayor uso de productos para ocio, comunicación y AVD Aprendizaje mediante lectura de instrucciones y formación de familiares y amigos La inversión en tecnologías es más importante que en electrodomésticos o actividades culturales, entre otras
65-75 años	Disminuye el uso de productos tecnológicos, pero no el uso de productos relacionados con la salud Menor interés por la tecnología, sólo mantenida por la necesidad de comunicación Es el producto en el que menos invertirían
>76 años	Disminución acentuada en el uso, aumentando el uso de la teleasistencia Formación en el uso basada en el contacto con familiares y amigos Son los que menos invertirían en estos productos

AVD: actividades de la vida diaria.

Además de la edad, por agrupar mayor porcentaje de características sociales comunes, existe un factor determinante para el consumo de los productos tecnológicos, que es el conocimiento de uso de los mismos. Por ello, en el estudio que estamos presentando se realizó distinción de usuarios mayores por nivel de experiencia y un análisis posterior para cada subgrupo.

Por un lado, se presenta el usuario tradicional (este perfil engloba a las personas mayores que hacen menos uso de productos tecnológicos relacionados con la comunicación), y por otro, el usuario tecnológico (el cual se refiere a aquellas personas mayores que hacen un mayor uso de estos productos). Respecto a lo anterior, el 90,2% de los usuarios tecnológicos de este estudio afirma que utilizaría productos tecnológicos para

realizar actividades de comunicación con amigos y familiares; un 60,9% de los usuarios tradicionales afirma lo mismo; por otra parte, un 96,2% de los usuarios tecnológicos sí utilizaría productos tecnológicos para encontrar información o mantenerse informado, frente a un 65,2% de los usuarios tradicionales (fig. 2).

Otro aspecto importante analizado en el estudio es el agente principal de compra de este tipo de productos. Según este estudio, conforme aumenta la edad, se va relegando la compra del producto. Tal y como se muestra en la tabla 4, en la cohorte de edad más joven dentro del grupo de personas mayores, son ellos mismos los que se encargan de la compra de estos productos, pero conforme va aumentando la edad, la compra la realizan los cónyuges y más adelante los hijos.

El consumo de las tecnologías está relacionado con la aceptación de las mismas, y esto a su vez es clave para el éxito del desarrollo tecnológico, ya que si no existe una aceptación de las mismas, en forma de visualización de las ventajas y oportunidades que pueden brindar, difícilmente puede darse su uso.

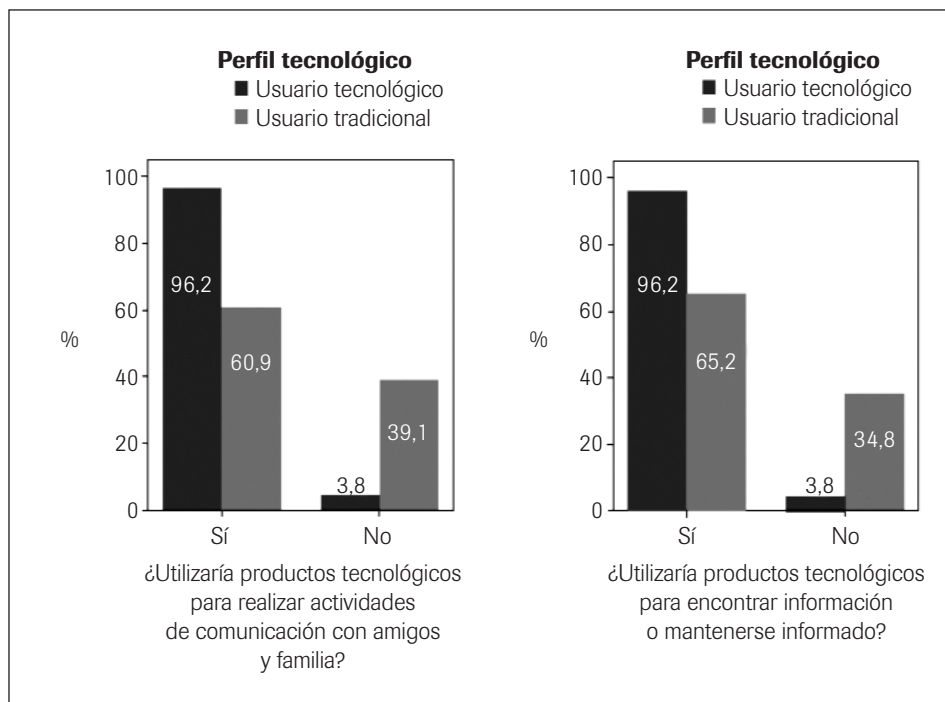


Figura 2. Posibilidad de uso de productos tecnológicos en cada uno de los grupos de necesidades de las personas mayores, en función de su perfil tecnológico (Poveda et al., 2009).

Tabla 4. Agente principal en la compra. Fragmento de tabla extraído de «Los hábitos de compra y consumo de las personas mayores» (Poveda et al., 2009).

Grupo de edad	Agente principal de compra de nuevas tecnologías (teléfono, móvil, etc.)		
	Yo mismo/a (%)	Mi cónyuge (%)	Mis hijos/as (%)
55-64 años	59,2	18,3	17,8
65-75 años	55,6	20,9	16,8
>76 años	35,5	10,8	39,8

Los modelos de estudio de difusión de la innovación consideran que una innovación requiere un cierto tiempo para ser aceptada por parte de los usuarios y señalan cinco etapas en el proceso de aceptación de una innovación: conocimiento de la existencia de la innovación, persuasión de las ventajas de la innovación, decisión de adquirir el objeto innovador, implementación del objeto innovador y puesta en uso, y por último, la confirmación de la innovación, aceptando o rechazando el objeto innovador. En la misma línea, Mira Ahn (2004) indica que la tecnología podría suponer una ventaja para las personas mayores, pero requiere que el proceso de difusión les alcance; es decir, que tengan conciencia de su existencia y de las posibilidades y oportunidades que brinda en una primera instancia.

El análisis de las palabras que utilizan las personas mayores para describir su percepción del producto tecnológico permitió en el presente estudio comprender las actitudes y expectativas emocionales que los motivan a seleccionar, utilizar, o simplemente buscar información sobre un nuevo producto en el mercado. Para obtener esta información se utilizaron técnicas y herramientas de diseño emocional (Jindo et al., 1995), que permiten identificar los ejes emocionales (o ideas fuerza) que resumen la percepción que de una serie de productos tiene una determinada población, en un determinado contexto.

Entre los principales resultados se identificaron las ideas de fuerza que una persona mayor identifica a la hora de adquirir y usar un producto tecnológico, estos son:

- **Seguridad:** cuando las personas mayores identifican un producto como seguro lo están considerando, además, un producto de confianza.
- **Comodidad:** para las personas mayores, la idea de comodidad está relacionada con la percepción de que un producto es de disfrute, esto es, a mayor comodidad, mayor disfrute.

- **Cercanía:** se asocia la cercanía de los diseños de productos a soluciones de diseño sencillas (y fáciles de utilizar).
- **De diseño:** la consideración de un producto como «de diseño» está relacionada con aspectos de diseño puramente formal o estético, no tanto con aspectos funcionales o relacionados con el uso previsto del producto.
- **Lujo:** la idea de lujo se contrapone a la de práctico. Esta idea es una de las más importantes a la hora de explicar el desajuste que puede existir entre la dirección que toma la evolución tecnológica y las expectativas emocionales de la persona mayor, ya que en ningún momento valora positivamente esta idea.
- **Innovación:** aunque aparentemente lujo e innovación podrían ser términos asociados, el diseño experimental llevado a cabo permitió afirmar que las personas mayores los distinguen claramente. Así, la idea de lujo tiene connotaciones negativas en la persona mayor, mientras que innovación tiene connotaciones positivas.
- **Necesidad:** la persona mayor evalúa el producto tecnológico según si es capaz de cubrir sus necesidades, y si es capaz lo usa.

Conclusiones

- Estamos ante un cambio en el patrón de consumo de la población mayor que debe ser utilizado para mejorar la competitividad de los diferentes sectores, proporcionando productos que satisfagan y estimulen un consumo responsable y que cubran las demandas de un sector que, aunque acostumbrado a disponer de productos no adecuados a sus características, sí sabe valorar la adecuación y calidad de los productos y servicios que utiliza, un colectivo activo y crítico en un mercado que debe ser más próximo al cada vez más numeroso y cualificado consumidor mayor.
- La mayoría de las personas mayores considera que las empresas no tienen en cuenta sus necesidades y preferencias para el diseño de productos y servicios.
- El nivel de ingresos de las personas mayores está aumentando en los últimos años, lo que favorece que este colectivo se plantee la adquisición y el uso de productos y servicios que no estaban a su alcance.
- Se trata de un colectivo cada vez más activo y crítico. Sus criterios de compra y consumo están menos sujetos a tendencias de moda y, en cambio, criterios como la usabilidad, la funcionalidad y la calidad son básicos para su satisfacción.

- De este estudio se desprende la necesidad de seguir avanzando en el conocimiento de la persona mayor como consumidora, con objeto de analizar qué aspectos se mantienen con la edad y cuáles varían en función del momento vital. Además, es necesario que la compra y el consumo de los productos con alta tecnología cumpla con el objetivo final de mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Bibliografía

- Grande, I. (2002). *El consumo de la tercera edad*. (1ª ed.). Pozuelo de Alarcón: ESIC Editorial.
- IMSERSO (2006). *Encuesta de condiciones de vida de los mayores*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- IMSERSO (2008). *Las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- I.N.C. (2007). *La tercera edad y consumo*. Año 2001. Página web del INC (Instituto Nacional de Consumo). Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 28 de julio de 2011, de <http://www.consumo-inc.es/Informes/home.htm>
- INE (2006). *Encuesta sobre equipamiento y uso de las tecnologías de la información y comunicación en los hogares 2008*. Recuperado el 28 de julio de 2011, de <http://www.ine.es>
- Jindo, T., Hirasago, K. y Nagamachi, M. (1995). Development of a design support system for office chairs using 3-D graphics. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 15(1), 49-62.
- Mira A. (2004). *Older people's attitudes toward residential technology: the role of technology in aging in place*. Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Poveda, R., Barberá, R., Prat, J., Vera, P. (2009). *Los hábitos de compra y consumo de las personas mayores*. Barcelona: Fundación Edad & Vida.
- Villanueva, J. y Nueno, J.L. (2005). *El mercado de los séniors en España: ¿oportunidad o burbuja de negocio?* Barcelona: Asociación Española de Codificación Comercial (AECOC).

Los viajes de mayores, algo más que diversión.

Programa de vacaciones para mayores

Manuel Domínguez López

Consejero Técnico. Área de Turismo y Termalismo. IMSERSO.

Introducción

El programa de vacaciones para mayores y para el mantenimiento del empleo en zonas turísticas es un proyecto gestionado desde el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) para proporcionar al colectivo de personas mayores la posibilidad de acceder al disfrute de turnos de vacaciones, en zonas preferentemente de clima cálido, donde puedan realizar actividades culturales, por lugares y rutas de interés turístico, actividades recreativas y contemplativas a través del turismo de naturaleza, etc.

Los beneficiarios del programa son personas residentes en España con al menos 65 años cumplidos, o bien pensionistas de jubilación del sistema público de pensiones, de viudedad del sistema público de pensiones con 55 años cumplidos o más, u otros pensionistas del sistema público de pensiones y prejubilados, en ambos casos con 60 años cumplidos. También pueden participar los españoles residentes fuera de España.

El programa se ejecuta a través de un paquete que incluye el viaje de ida y vuelta en el medio de transporte programado, el alojamiento en régimen de pensión completa, una póliza de seguros colectiva, servicio médico en el propio hotel y servicio de animación. Los viajes se realizan entre los meses de octubre y junio, con cuatro posibles modalidades: estancias en zonas costeras para descanso, viajes culturales para conocer la his-

toria y el arte de España, turismo de naturaleza con rutas por parajes pintorescos, o bien intercambios con otros países.

Actualmente, el programa de vacaciones para mayores tiene una fuerte demanda social, y prueba de ello es que para la temporada 2010-2011 se han recibido más de dos millones y medio de solicitudes.

A la demanda del programa de vacaciones para mayores se une la satisfacción general de los usuarios, pues, según el último estudio efectuado por una empresa externa, el 96,3% de los participantes tiene intención de inscribirse en próximas convocatorias, valorando como bien o muy bien otros aspectos de los viajes, como el transporte, la estancia en los hoteles y las actividades incluidas.

Pero el éxito del programa no solamente reside en la satisfacción de los usuarios, sino también en la gran aceptación y valoración que se ha hecho del mismo por parte de los distintos sectores que integran el mundo turístico, de modo que puede afirmarse que actualmente constituye uno de los pilares fundamentales que alimentan las corrientes turísticas durante la temporada baja, paliando el fenómeno de la estacionalidad, que tan negativamente incide en el sector turístico, y muy especialmente en el mantenimiento y la generación de empleo.

El sector turístico está considerado el primer sector económico de España, tanto por su volumen de negocio como por el número de trabajadores. Debido a la estacionalidad de la demanda, la pérdida de empleos en el sector es inevitable al final de cada período estival, especialmente en los destinos de costa.

Gracias al programa se consiguen crear o mantener 13.000 puestos de trabajo directos y hasta 85.000 indirectos. El empleo generado repercute directamente en los ingresos de las administraciones públicas: cuotas de la Seguridad Social, ahorro en prestación y subsidio por desempleo, recaudación por IRPF, IVA, y otros, a través de cuyos ingresos las administraciones públicas recuperan en su totalidad el importe invertido por el IMSERSO, lo que asegura la sostenibilidad financiera de este yacimiento de empleo.

La gestión conjunta o centralizada del programa permite ofrecer la máxima variedad de destinos y fechas a los usuarios, con precios que se aplican independientemente del lugar de salida, evitando así penalizar a los residentes de las comunidades autónomas más alejadas de los destinos. Al mismo tiempo, proporciona mayor estabilidad en la ocupación de las zonas turísticas, con el correspondiente impacto en el mantenimiento del empleo. En este sentido, el programa promueve la solidaridad interterritorial, puesto que crea empleo en la totalidad de las comunidades autónomas del Estado, incluso en destinos de interior.

La experiencia adquirida por el IMSERSO a lo largo de 25 años de gestión y crecimiento progresivo hasta llegar al actual número de plazas, ha sido una de las claves para conseguir altos estándares de calidad, a la vez que la óptima utilización de las plazas de transporte y de alojamiento. Gracias a dicha experiencia se consiguen elevados índices de satisfacción de los viajeros y unos niveles de coste muy reducidos, tanto para los viajeros como para el IMSERSO.

Al finalizar la temporada 2009-2010 y desde el momento de su creación, más de 11 millones de viajeros se han beneficiado de vacaciones organizadas por el programa.

Descripción del programa

El programa de vacaciones para mayores y para el mantenimiento del empleo en zonas turísticas proporciona al colectivo de personas mayores la posibilidad de acceder al disfrute de turnos de vacaciones en zonas de clima cálido, la realización de viajes culturales por lugares y rutas de interés turístico y la realización de actividades recreativas y contemplativas a través del turismo de naturaleza.

El programa se implantó en la temporada 1985-1986, y se organiza por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del IMSERSO.

Objetivos del programa

Los objetivos prioritarios son los siguientes:

- Mejorar la calidad de vida de las personas mayores mediante la participación en viajes y la realización de actividades turísticas para que conecten con otros ambientes y accedan a los bienes culturales.
- Favorecer la creación o el mantenimiento del empleo en el sector turístico, con especial incidencia en el hotelero, durante la denominada temporada baja, contribuyendo, con ello, a paliar la estacionalidad tan característica en este sector.
- Potenciar la actividad económica en diversos sectores de la economía.

Desarrollo del programa

El programa se desarrolla durante el período comprendido entre octubre de un año y junio del siguiente, y comprende los siguientes tipos de actividades:

- **Turnos de vacaciones:** estancias de una duración de 15 días (14 pernотaciones), 10 días (9 pernотaciones) y 8 días (7 pernотaciones), en régimen de pensión completa y en hoteles ubicados en lugares costeros peninsulares e insulares de marcado interés turístico.

También incluyen la realización de turnos de vacaciones en Portugal, Andorra y otros países europeos que se autoricen por el IMSERSO, con una duración de 8 días (7 pernотaciones) en localidades de estos países.

- **Turnos sin transporte:** comprenden estancias de una duración de 15 días (14 pernотaciones), 10 días (9 pernотaciones) y 8 días (7 pernотaciones) en régimen de pensión completa, en hoteles ubicados en lugares costeros peninsulares y en Baleares, sin incluir el transporte.
- **Estancias de larga duración:** desarrollo de turnos de 29 días (28 pernотaciones), tanto en un solo destino como en viajes combinados, en hoteles ubicados en zonas de clima cálido: Cataluña, Comunidad Valenciana, Andalucía, Murcia, Baleares y Canarias; en esta última en turnos de 15 días (14 pernотaciones) y en régimen de pensión completa.
- **Viajes culturales:** realización de itinerarios turístico-culturales durante 6 días (5 pernотaciones) en régimen de pensión completa, con servicios permanentes de guía especializado en las respectivas zonas de desarrollo de estos viajes. Incluyen también viajes culturales en Portugal, Andorra y otros países europeos que se autoricen por el IMSERSO, con una duración de 6 días (5 pernотaciones) en localidades de estos países. Actualmente existe un convenio con Andorra para el desarrollo de un circuito cultural para 500 usuarios.
- **Turismo de naturaleza:** turnos de 5 días (4 pernотaciones) en zonas de espacios naturales que permitan practicar actividades recreativas y contemplativas, así como realizar un turismo activo de esfuerzo moderado.

Beneficiarios

Pueden ser beneficiarias de las plazas del programa de vacaciones aquellas personas residentes en España que reúnan cualquiera de los siguientes requisitos:

- Tener como mínimo 65 años.
- Pensionistas de jubilación del sistema público de pensiones.

- Pensionistas de viudedad cuya edad sea igual o superior a 55 años y otros pensionistas del sistema público de pensiones y prejubilados, en ambos casos con 60 años cumplidos.
- Poder valerse por sí mismos y no padecer alteraciones del comportamiento que puedan alterar la normal convivencia en los establecimientos.

También se consideran beneficiarios, en calidad de acompañantes, los cónyuges de estas personas, aunque no reúnan los requisitos de edad y pensión.

Se admiten como acompañantes a los hijos discapacitados, con un grado igual o superior al 45%, siempre que el viaje lo realicen con sus padres y ocupen cama supletoria en la misma habitación del hotel.

Para los españoles residentes fuera de España, y atendiendo a sus peculiares características, los requisitos para participar en los programas de vacaciones pueden modificarse por parte de las consejerías laborales de trabajo e inmigración de los respectivos países, previo acuerdo con el IMSERSO.

En lo que se refiere a los usuarios portugueses y andorranos, y de otros países europeos que se puedan incorporar al programa de vacaciones para mayores, éstos son seleccionados por los organismos competentes de los países de origen.

Servicios que se incluyen en el programa

En el programa de vacaciones para mayores se incluyen los siguientes servicios:

- Desplazamiento de ida y vuelta desde la capital de provincia, salvo en el caso de turnos de vacaciones sin transporte.
- Alojamiento en régimen de pensión completa en habitación doble o individual con suplemento.
- Menú de régimen, para aquellas personas que lo necesiten.
- Asistencia sanitaria complementaria a la de la Seguridad Social.
- Actividades de ocio y tiempo libre.
- Póliza colectiva de seguros.

Comercialización del programa

La comercialización de las plazas se efectúa a través de las agencias de viajes y de acuerdo con las normas establecidas en el pliego de prescripciones técnicas, por el que la

empresa o empresas adjudicatarias están obligadas a ofrecer un mínimo de agencias u oficinas vendedoras para atender la demanda de billetes.

La empresa o empresas adjudicatarias tienen que garantizar la disponibilidad de los medios materiales y humanos adecuados, así como de locales propios o ajenos, contratados a tal fin, que sirven de puntos de referencia para que los usuarios puedan recibir información sobre los viajes, adquirir los billetes, hacer efectivo el pago del precio estipulado, y para cuantas operaciones sean necesarias.

Para la expedición y venta del documento de viajes o billete electrónico, el IMSERSO previamente tiene que acreditar a todos los beneficiarios que hubieran formalizado su solicitud dentro del plazo establecido a tal fin y que reúnan los requisitos exigidos para participar en el programa de vacaciones.

La comercialización, distribución y reserva de todas las plazas se establece por sistema informático centralizado, a cuya red se conectan todas las agencias de viaje que intervienen en el programa, de forma que, permanentemente, estén a disposición de todos los usuarios a nivel nacional las plazas disponibles para cada uno de los destinos en todo momento, y queda prohibido el establecimiento de cupos o sistemas de acceso restringido al mismo, de modo que se garantiza la accesibilidad en igualdad de condiciones a todas las agencias vendedoras.

Viajes

Los desplazamientos de los usuarios se inician desde los puntos de salida indicados en cada capital de provincia hasta los establecimientos hoteleros. Y los de retorno, desde dichos establecimientos hasta los puntos de salida mencionados anteriormente.

Tales puntos de salida se ubican en lugares bien comunicados que faciliten el acceso de los usuarios a los mismos, y se debe disponer de instalaciones que garanticen una espera cómoda.

El transporte se realiza en autocar, tren o avión (se exige el transporte en avión en los trayectos superiores a 500 km).

Los autocares utilizados en los desplazamientos deben disponer de megafonía, vídeo, radiocasete, calefacción y asientos confortables. La antigüedad de estos vehículos debe ser inferior a 5 años.

En los desplazamientos efectuados en autocar y tren, los usuarios deben estar asistidos, desde el inicio del trayecto y a lo largo del mismo, por un acompañante por cada 70 per-

sonas o fracción, que representa a la empresa adjudicataria y que hace las veces de guía y actúa como responsable de cuantas contingencias se produzcan.

Los medios de transporte utilizados en la última temporada han sido principalmente el avión y el autobús, si bien, aunque en menor medida, también se efectuaron traslados más esporádicamente en barco, sin olvidar que con la puesta en marcha de la opción sin transporte, existe igualmente un porcentaje de usuarios acogidos a este sistema.

Alojamiento y régimen de estancias

Los alojamientos para el desarrollo de los turnos de vacaciones están ubicados, preferentemente, dentro de poblaciones costeras de marcado carácter turístico, y disponen en su entorno de los correspondientes servicios culturales, comerciales, sanitarios, etc., abiertos al público durante los meses de ejecución del programa.

Los hoteles pertenecen, como mínimo, a la categoría de tres estrellas, si bien pueden ser aceptados, excepcionalmente, alojamientos de dos estrellas cuyas instalaciones y servicios sean asimilables a una categoría superior.

Los alojamientos turísticos tienen que disponer de los siguientes servicios mínimos:

- Habitaciones dobles con instalación de baño completo o ducha, agua caliente, calefacción, teléfono y televisión.
- Comedor con capacidad suficiente para poder realizar los servicios en uno o dos turnos.

El programa de animación contempla, preferentemente las siguientes actividades:

- Culturales:
 - Conferencias de interés turístico, histórico y geográfico con diapositivas y películas.
 - Charlas sobre sanidad y educación física.
 - Internet en vacaciones: cursos para facilitar el acceso a internet de las personas mayores.
- Deportivas:
 - Práctica de educación física, expresión corporal, marcha, ejercicios de relajación, etc.
 - Campeonatos de ajedrez, petanca, mus, dominó y otros juegos de salón o similares.

- De participación:
 - Organización de bailes, concursos de disfraces, actuaciones de participación espontánea, ilusionismo, canto y cualesquiera otras actividades que fomentan el entretenimiento de los usuarios.
- Recreativas:
 - Proyección de películas, programas musicales.

Asistencia sanitaria complementaria

Con independencia de que casi todos los usuarios cuentan con una asistencia sanitaria prestada por la administración, la participación en el programa le garantiza una atención específica en cada uno de los establecimientos hoteleros.

Esta atención complementaria garantiza un servicio mínimo, de una hora diaria, de un médico y un ayudante técnico sanitario por cada 200 personas o fracción.

Cuando el caso requiera internamiento hospitalario y la persona que lo necesite no sea beneficiario de la Seguridad Social, todos los gastos derivados de ello quedarán cubiertos por la póliza de seguros suscrita por el IMSERSO.

Plazas ofertadas

El número total de plazas ofertadas para la temporada 2010-2011 asciende a un millón para la totalidad del programa de vacaciones para mayores.

En la tabla 1 se recoge el número de las plazas ofertadas en las últimas diez temporadas.

Financiación del programa

El programa de vacaciones para mayores se financia con las aportaciones de los usuarios y del IMSERSO. La proporción de financiación es de un 30% a cargo de la administración y de un 70% asumido por los usuarios (tabla 2).

Creación de empleo en el sector turístico

El segundo de los objetivos del programa es la generación o el mantenimiento del empleo en la industria turística, en temporada baja. En el pliego de prescripciones técnicas se establece el compromiso de la contratación o el mantenimiento de 1.000 puestos de tra-

Tabla 1. Plazas ofertadas desde 2001-2002 hasta 2010-2011

Temporadas	Número de plazas
2001-2002	400.000
2002-2003	500.000
2003-2004	600.000
2004-2005	680.000
2005-2006	830.000
2006-2007	830.000
2007-2008	1.000.000
2008-2009	1.000.000
2009-2010	1.200.000
2010-2011	1.000.000

Tabla 2. Aportaciones del IMSERSO y de los usuarios en el programa de vacaciones para mayores en los últimos 10 años

Temporada	Aportación IMSERSO	Aportación usuarios	Total coste	% aportación IMSERSO
2001-2002	48.616.066,66	76.707.731,94	125.323.798,60	38,79
2002-2003	46.688.776,37	86.401.940,00	133.090.716,37	35,08
2003-2004	48.844.559,66	114.708.213,00	163.552.772,66	29,86
2004-2005	56.245.375,20	138.076.433,00	194.321.808,20	28,94
2005-2006	75.135.535,36	188.218.975,65	263.354.511,01	28,53
2006-2007	74.768.351,10	185.437.445,30	260.205.796,40	28,73
2007-2008	101.571.887,00	238.640.907,60	340.212.794,60	29,86
2008-2009	105.604.083,00	248.194.504,00	353.798.587,00	29,85
2009-2010	126.778.348,61	291.188.558,80	417.966.907,41	30,33
2010-2011	109.051.495,20	257.790.356,00	366.841.851,20	29,73

bajo netos por cada 7.500 plazas de ocupación diaria, durante los meses de duración del programa, o la parte proporcional que corresponda según las plazas ocupadas en cada centro de trabajo.

El control y seguimiento del empleo se efectúa por unas comisiones especiales de seguimiento del empleo compuestas paritariamente por representantes de la administración, empresarios y sindicatos del sector.

A continuación se hace una evaluación de los resultados obtenidos en la última temporada:

- **Hoteles:** en la temporada 2009-2010, el número de hoteles participantes en el programa ha sido de un total de 307 distribuidos en las distintas comunidades autónomas en las que se desarrolla el programa.
- **Estancias:** las estancias producidas en los distintos establecimientos hoteleros presentan las siguientes cifras globales en el período analizado:
 - Clientes IMSERSO 7.738.535
 - Clientes ajenos 4.831.001

De estos datos puede deducirse la importancia que representa el programa de vacaciones para mayores en los establecimientos hoteleros que participan en el mismo, toda vez que las estancias generadas por los usuarios del IMSERSO supone un 61,50% sobre la totalidad de las causadas en el período analizado.

- **Trabajadores:** el número de trabajadores computados asciende a un total de 11.777, de los que 5.130 son fijos y 6.647 eventuales.

Empleos directos e inducidos del programa

A continuación se hace referencia a un estudio externo efectuado por una empresa de servicios sobre la *evaluación del impacto del programa de vacaciones para mayores del IMSERSO*, referido a la temporada 2007-2008.

El empleo directo generado en las empresas que suministran los servicios al programa se eleva a 13.343 (tabla 3).

Según los últimos datos disponibles de la cuenta satélite del turismo de España, a cada empleo en hoteles corresponden 7,5 puestos de trabajo en las ramas de actividad características del turismo. De lo anterior se concluye que el programa podría estar creando del orden de 85.755 puestos de trabajo durante 6 meses.

Tabla 3. Empleo directo generado por el programa de vacaciones para mayores del IMSERSO

Actividad	Empleos generados
Hostelería	11.434
Transporte terrestre	340
Transporte aéreo	440
Agencias de viaje	843
Actividades sanitarias	268
Seguros a los viajeros	18
Total	13.343

Impacto económico

Se considera *impacto directo* del programa a la suma de los importes de la financiación parcial de los turnos de vacaciones por el IMSERSO y los pagos realizados por los propios viajeros, así como los gastos de asistencia sanitaria y gestión de la póliza de seguros.

Por estos conceptos, el programa de vacaciones para mayores supuso unos ingresos directos para el conjunto de empresas proveedoras, que totalizan 300 millones de euros en la temporada 2007-2008.

Y se denomina *impacto inducido* del programa a la parte del gasto que generan o realizan libremente los viajeros, independientemente del paquete turístico.

En el sector turístico se estima que, por término medio, el gasto que los viajeros realizan en el lugar de destino es equivalente al 100% del llamado gasto en origen o coste del paquete turístico, que incluye alojamiento y transporte. En el caso del programa de vacaciones del IMSERSO, debido a que el precio del paquete turístico es inferior al precio de mercado, si el comportamiento de gasto fuera igual que la media, el peso relativo del mismo en relación con el gasto en origen sería superior.

No obstante, y para no sobrestimar el impacto del programa, se ha tomado como hipótesis que el gasto en destino sea equivalente al 90% del precio total del paquete turístico.

De acuerdo con estas definiciones, el total del gasto directo más el inducido en la temporada 2007-2008 se elevó a 570.770 millones de euros (tabla 4).

Ingresos generados por el programa, por actividad

El empleo generado por el programa repercute directamente en los ingresos de las administraciones públicas en conceptos como cuotas de la Seguridad Social, ahorro en prestación y subsidio por desempleo, recaudación en concepto de IRPF, IVA y otros impuestos y tasas que afectan a actividades específicas.

En la tabla 5 se resume el impacto económico directo del programa.

Así pues, se confirma que el programa de vacaciones para mayores constituye una medida activa de generación de empleo que no tiene coste para las administraciones públicas, ya que por sus efectos económicos y fiscales permite recuperar la inversión destinada a financiarlo.

Tabla 4. Gasto directo e inducido del programa de vacaciones del IMSERSO, temporada 2007-2008

Concepto	Importe
Total IMSERSO	100.078
Importe del viaje (viajeros)	200.327
Total importe directo	300.405
Total importe inducido	270.365
Total (directo + inducido)	570.770

Tabla 5. Repercusión económica del empleo generado por el programa de vacaciones para mayores del IMSERSO

	2007-2008
Total invertido por el IMSERSO	100.078
Cuotas Seguridad Social	35.663
Cuotas IRPF	12.405
Ahorro en las prestaciones y subsidio de desempleo	50.670
Recaudación por IVA	45.023
Otros	9.949
Importe recuperado	153.710

Impacto social y de bienestar sobre los beneficiarios

Lo más importante del programa de vacaciones para mayores es que tiene como beneficiarios directos al colectivo de las personas mayores, en cuanto se pretende mejorar su calidad de vida, haciendo posible que los mismos conozcan nuevos lugares y realicen actividades propias del turismo.

Los efectos más evidentes sobre la salud y la calidad de vida de los usuarios del programa son los que se derivan de mayor ejercicio físico, como consecuencia de las visitas y paseos que realizan durante su estancia (en los destinos el clima suele ser benigno), y de la mejora del estado anímico al que contribuyen las actividades de animación que se programan para ellos.

Se ha constatado que una parte significativa de las personas que participan en el programa se sienten más «sanas» con la realización de estos viajes. Además del hecho de viajar en sí, el ambiente que se crea favorece el establecimiento de nuevas relaciones sociales y la participación en actividades que elevan su estado anímico.

Evaluación del programa de vacaciones para mayores

El aspecto que más destaca es que prácticamente la totalidad de los usuarios pretende volver a inscribirse en próximas convocatorias; este aspecto da muestra de la calidad del programa y el grado de satisfacción mostrado por los usuarios (fig. 1).

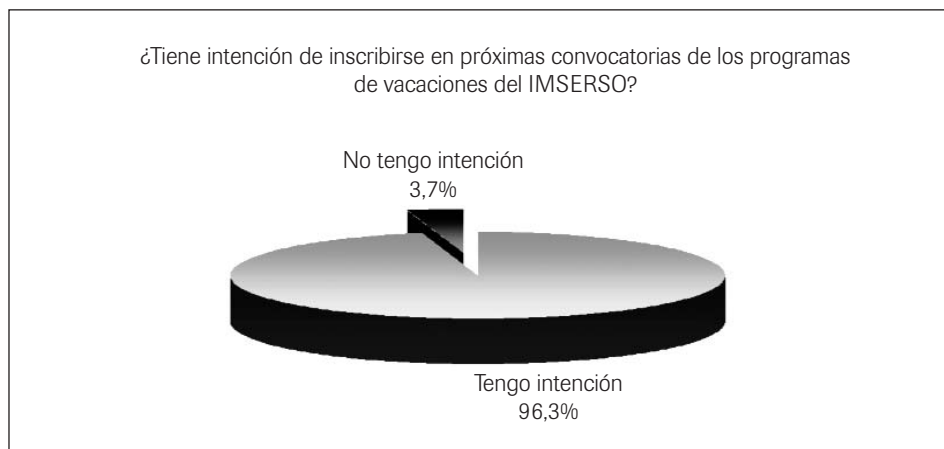


Figura 1. Muestra de la satisfacción de los usuarios respecto al programa de vacaciones para mayores del IMSERSO.

Reconocimiento internacional del programa de vacaciones para mayores

El programa de vacaciones para mayores tiene un reconocimiento como buena práctica de turismo social a nivel internacional y, en este sentido diversos países vienen solicitando información sobre la gestión y el desarrollo del programa.

Existen convenios de colaboración internacional con Portugal desde enero de 1999, y con Andorra desde febrero de 2005, para el intercambio de 4.000 y 500 usuarios, respectivamente.

El 9 de octubre de 2008, el Buró Internacional de Turismo Social (BITS) ha otorgado el Premio Jean Faucher 2008 al IMSERSO por su contribución excepcional al desarrollo del turismo social en España. La entrega del premio se efectuó durante la sesión de clausura del Congreso Mundial del Turismo Social, que tuvo lugar en Québec.

Trabajar después de los 65, ¿es posible?

Luis Álvarez Rodríguez

Presidente de la Asociación Grupo de Mayores de Telefónica. CEOMA.

Los mayores como generadores de riqueza

Permítanme unas palabras de presentación sobre CEOMA y sobre nuestra asociación, el Grupo de Mayores de Telefónica.

CEOMA, Confederación Española de Organizaciones de Mayores

- Conjunto de 35 confederaciones, federaciones y asociaciones que representan más de mil entidades.
- Con un total de algo más de un millón de asociados.

AGMT, Asociación Grupo de Mayores de Telefónica

- Representación en todas las provincias.
- Con un total de 18.000 asociados.

El título de estas jornadas nos parece realmente importante porque pone de manifiesto y recuerda la importancia que los mayores tenemos realmente en la época actual (importancia que debería ser creciente para el futuro) en la economía y en la generación de riqueza.

No podemos ni debemos olvidar que podemos hablar de ocho millones de personas mayores y, gracias a Dios, tenemos tendencia a vivir más años, lo que hace que en el futuro nuestra presencia será más importante si nos organizamos razonablemente y mostramos a la sociedad la importancia de nuestro papel.

Y pasando a nuestro tema en concreto, sobre si trabajar a los 65 años es posible, creo que la respuesta es sí. Claro que es posible, pero entendemos que la pregunta tiene una intención más profunda.

Por ello, pensamos que no sólo es posible, sino conveniente. Y podríamos entrar en una discusión más o menos profunda sobre lo que entendemos por trabajar. ¿Nos referimos a acciones con compensación económica o nos referimos a un concepto más amplio?, sin llegar a lo que decía aquel: «Yo trabajo en el paso», simplemente a «hacer cosas».

Pero en este primer paso, consideramos que claro que es posible, y además muy conveniente, porque la inactividad nos puede llevar a depresiones y a la sensación de que no hacemos nada ni servimos para nada, con lo cual el subconsciente acelerará nuestro camino hacia la desaparición. Y eso es lo que no podemos ni debemos admitir.

Y dentro de esa conveniencia podemos afinar algo más en el por qué de esa conveniencia. Por un lado, es nuestro compromiso con nosotros mismos, la satisfacción personal. Todo momento en nuestra vida es válido para crecer en nuestro saber, en nuestra relación con los demás, y si además consideramos que no estamos solos, que estamos en una sociedad, completamos el panorama de nuestra posible actividad con la utilidad social.

Pero además, cuando hablamos de trabajo, podemos pensar en la contraprestación correspondiente. Siempre existe un pago, pero en ocasiones es simplemente la satisfacción personal, en otras es el reconocimiento expresado con más o menos claridad, premios, regalos, expresiones, etc. Pero no podemos ni debemos olvidar que también sigue existiendo la posibilidad de recompensa o compensación económica por nuestro trabajo. Y es ahí cuando la palabra trabajo quizás adquiere todo su valor clásico.

Vamos a hacer unas consideraciones sobre el tema, pero independientemente de si ganamos dinero con las acciones que vamos a comentar. Indudablemente en el comienzo de la consideración del tema, hablamos en términos generales. Cuando vayamos profundizando o entrando en detalle, veremos que las personas podemos evolucionar y, con más o menos esfuerzo de la voluntad, pasar de unas situaciones a otras. Eso sí, siempre viendo lo que nos está compensando el esfuerzo de actuar en uno u otro campo.

Como decimos, vamos a hacer unas consideraciones sobre distintas posibilidades, porque aquí lo importante es tener conciencia de las múltiples variedades de actuación que se nos ofrecen. ¿Podemos trabajar? Indudablemente depende del trabajo de que se trate. No será lo mismo un esfuerzo físico que un esfuerzo mental. Y no será igual el esfuer-

zo que la situación nos exija si el tipo de trabajo del que hablamos es del mismo estilo o clasificación que el que desarrollábamos en nuestra vida activa asalariada.

Tengamos presente siempre que somos dueños de nuestras vidas. Por lo tanto, el trabajo que elijamos no debe absorbernos plenamente, sin dejar otras opciones para llevar nuestra vida; quizás eso nos ha pasado ya en nuestra vida activa, profesional, pero entonces la situación era distinta. No la gobernábamos nosotros.

El hombre (y la mujer) es un ente social. Por ello será bueno y nos encontraremos más completos en nuestra vida si, aunque elijamos un trabajo en soledad, que lo hagamos solos, busquemos también ocasiones de relacionarnos y tener la sensación de que formamos parte de un equipo, con metas y aspiraciones comunes, con trabajo relacionado para alcanzar objetivos que determina el propio equipo.

Un sentimiento que llena de satisfacción al hombre es la sensación de haber terminado algo con éxito; algo bien hecho, algo que es útil, que es bueno para él, para la sociedad, para otros... Ese es el compromiso de terminación, de cumplir unos objetivos, de alcanzar unas metas.

No es la sensación de hacer algo porque sí. Recordemos la anécdota de la persona que encontró a dos obreros que estaban trabajando en una extraordinaria obra. Uno de ellos, respondiendo a la pregunta del visitante, comentó que estaba haciendo una catedral. El otro respondió simplemente que estaba poniendo unas piedras de acuerdo con unas normas que el capataz le había indicado.

No es lo mismo dirigir un trabajo que hacerlo siguiendo unas reglas predeterminadas. Pero siempre es bueno, cuando se hace, llevar el sentimiento de que se asumen las reglas con cierto espíritu crítico, para entenderlas. Ello nos puede llevar a que podamos sugerir una mejora en el trabajo y esto ayuda a que nuestra personalidad, nuestra mente, mantenga su espíritu creativo activo.

Cuando hacemos un trabajo, desarrollamos una labor, fácilmente podemos darnos cuenta de si tiene algún tipo de consecuencia, de su resultado en la sociedad. Esa sensación de que estamos inmersos en el conjunto de personas que nos rodean es importante.

Y, finalmente, la conciencia de que nunca sabemos todo, siempre podemos recibir y aportar algo nuevo, adquirir nuevos conocimientos que, junto a nuestra experiencia anterior, aportarán algo a la sociedad. Nuevos conocimientos pueden generar nuevas formas de hacer las cosas.

En resumen, los matices de los que hemos hablado hasta ahora serían que todo depende:

- Del trabajo de que se trate.
- De la duración del trabajo.
- Del trabajo en soledad o en equipo.
- Del compromiso de terminación.
- De si se dirige o se realiza siguiendo reglas.
- De la incidencia del resultado sobre otros, sobre la sociedad, etc.
- Del aprendizaje como origen del trabajo.

Pero sigamos comentando matices relativos a posibles trabajos que se pueden realizar; seguro que la lista de estos matices os generan ideas de actividades que estáis realizando, habéis realizado o tenéis intención de empezar. Pero realmente esa relación no tiene edad, quiero decir que no es una relación de temas abordables a partir de los 65 años, sino en general. Pero es que quizá la primera cuestión que tendríamos que plantearnos es por qué hablamos de los trabajos a partir de los 65 años y no de los trabajos en general. Y la única respuesta que se me ocurre a esta pregunta es otra pregunta: ¿por qué estamos hablando de las personas de esa edad?, ya que, salvo en algún tipo concreto de trabajo (por ejemplo, bomberos) la pregunta la podríamos hacer para cualquier edad.

Entonces pienso que la cuestión se plantea más sobre los distintos tipos y campos en que desarrollar la actividad, sobre en qué medida esa actividad se va a desarrollar bajo el concepto de trabajo retribuido. La respuesta nos la deben dar las consideraciones que marquen completamente el entorno. Desde las condiciones físicas de la persona. Es evidente que no todas las profesiones permiten, hablando en términos generales, el desarrollo de trabajos a partir de determinada edad (no entro a considerar si concretamente a los 65 años). Profesiones que exigen fuerza o una agilidad física determinada no permiten que la respuesta sea rotunda. Hay muchas personas ya jubiladas que dedican su tiempo a colaborar con verdadera entrega en distintas actividades que podríamos llamar de voluntariado, ya que son totalmente voluntarias, sin compensación económica alguna y, en cierto modo, equivalen al trabajo que desarrollaban en su vida profesional anterior.

En este punto cabría hacer una reflexión, incluso acompañada de cálculos económicos, sobre lo que realmente representa el trabajo desarrollado por los voluntarios y es, por tanto, una aportación real y efectiva a la economía del país.

Realmente hay dos matices que aplicar a lo anterior. El primero es la opinión de la persona de que hablamos, de en qué medida estaría dispuesta a afrontar responsabilidades pagadas, con los compromisos correspondientes de cumplimiento, de horarios y obligaciones, en lugar de su trabajo de voluntario actual. El segundo es la opinión de la otra parte (una parte es el posible trabajador y la otra el posible contratante). Estoy seguro de que todos conocemos personas que han dejado su trabajo por jubilaciones y similares, con determinadas condiciones de no prestar sus conocimientos durante cierto tiempo al mercado, pero con libertad para poder desempeñar otros trabajos; y en efecto, han buscado esos posibles trabajos.

Y casos hay para todas las imaginaciones posibles, porque ha habido empresas que tras la jubilación de determinadas personas han considerado que sus conocimientos eran útiles para la empresa, y han buscado caminos para contratar (no como empleado) a esas mismas personas.

Pero también estoy seguro de que todos conocemos a personas que han buscado esas posibilidades y no las han encontrado por la edad. Igual que conocemos a personas que no las han buscado y se han situado encantadas trabajando como voluntarias en distintas actividades. Finalmente, nos quedaría la consideración de la conjunción de compartir un nuevo trabajo, en tiempo parcial, con la jubilación, quizá también parcial.

En resumen, las posibilidades serían:

- Puede o no estar en relación con su vida profesional.
- Puede derivar de alguna de las aficiones de la persona.
- Puede ser cuidar de alguna persona allegada.
- Ligado o no a las nuevas tecnologías.
- Relacionado con alguna de las múltiples asociaciones existentes.
- Con actividades públicas o privadas.
- Intereses generales de la gente o de algún sector de la población.
- Posibilidades de relación múltiples, a través de internet o en directo.

Para terminar, añadamos algunos matices a la idea de trabajo, pero alejados completamente del concepto material de compensación económica. Y, sin embargo, trabajo útil y satisfactorio para quienes lo desarrollan y para otros familiares cercanos.

Nos referimos a la participación activa en la vida familiar, desde atender aspectos de gestión o compañía, que no podíamos atender durante nuestra vida digamos laboral,

hasta lo que quizás es más generalizado en la actualidad, como hacer de «abuelos-canguros», atendiendo a los nietos.

Y considero importante citar estos casos porque se trata indudablemente de trabajo, ya que cubren puestos que si no fuera por su actuación, serían puestos de trabajo remunerado.

En resumen:

- Animar la vida familiar.
- Disfrutar y cuidar a los nietos.
- Ayudar a los demás.

Y permitidme una última consideración. Creo que entre las muchas cosas que se aprenden durante la vida laboral, también deberíamos ir aprendiendo a cómo llenar nuestra vida cuando ya no tengamos el compromiso del trabajo.

Por ello lanzo este último pensamiento para ir aprendiendo a ser mayor desde antes de serlo:

- Todo lo que nos permite llenar el tiempo de satisfacciones y utilidad deberíamos aprenderlo antes de llegar a esos años.
- Así llegaríamos a estar impacientes durante la vida laboral por poder llegar a esa época en la que llenaríamos los años de actividades ya muestreadas.

**Los mayores
con necesidades
de atención
y el voluntariado**

La adquisición privada de recursos y servicios

Josep de Martí Vallés

Director de Inforesidencias.com y Director de EAI Consultoría.

Introducción

Una de las pocas cosas que hoy en día resulta absolutamente incuestionable es que España es un país que envejece. El número de españoles de más de 65 años supone el 17% sobre el total y, salvo hecatombe imprevisible o tragedia bélica indeseada, en 2050 el porcentaje alcanzará el 30%. Si hablamos de personas de más de 80 años, la cosa resulta aún más llamativa: hoy son algo más de 3.300.000 y en 2050 casi alcanzarán los seis millones.

Resulta sin duda un triunfo para nuestra sociedad que tantas personas vivan hasta edades tan avanzadas, pero el triunfo se convierte en reto cuando descubrimos que nunca en la historia había ocurrido algo ni remotamente similar.

Si la prolongación de la vida no viniese acompañada en algunos casos de dependencia, posiblemente estas jornadas no tendrían tanto sentido. La realidad es que, salvo que consigamos prevenir o curar la demencia y otras enfermedades graves (cosa poco probable en el futuro más inmediato), la existencia de millones de personas de más de 80 años supondrá la necesidad de disponer de unos servicios especializados de atención a la dependencia que puedan ser pagados por la sociedad en su conjunto, por los mismos dependientes o por una combinación de ambos.

El problema, tal como intentaremos ver a continuación, es que atender a personas en situación de dependencia es una actividad costosa, que se basa principalmente en la utilización de mano de obra y que, en muchos casos es desconocida por parte de quien la demanda.

Que las personas dependientes o sus allegados decidan comprar servicios en el mercado privado depende en gran medida del precio de los mismos y de la posibilidad de acceso a esos servicios sin necesidad de comprarlos, o sea, de la oferta administrativa mediante los servicios sociales financiados con fondos públicos.

Existe una gran interrelación entre lo público y lo privado en el sector de la atención a dependientes, y ésta se manifiesta de múltiples formas, aunque tiene una de sus raíces en el coste de los servicios y el precio de los mismos.

¿Cuánto cuesta atender a una persona dependiente?

Según un reciente estudio (de septiembre de 2010) elaborado por PriceWaterhouseCoopers, Situación del servicio de atención residencial en España (Inforesidencias.com, octubre de 2010), atender a una persona dependiente en una residencia tiene un coste que oscila entre los 1.928 y los 2.187 € al mes, dependiendo de la comunidad autónoma en la que esté situada la residencia (del factor geográfico dependen la normativa administrativa y el convenio colectivo). La consultora trabaja con la hipótesis de una residencia de 120 plazas con un 97% de ocupación, con un 10% de residentes de baja dependencia, un 15% de media y un 75% de alta, y unas ratios de atención directa de 0,28 para baja dependencia, de 0,34 para media dependencia y de 0,42 para alta dependencia, más una del 0,16 de atención indirecta.

Si pensamos en ayuda a domicilio, contamos con otro estudio, de octubre de 2008, de la consultora Deloitte (Deloitte, 2008), según el cual el coste de prestar una hora de SAD en España oscila entre 15 y 25 € (concretamente, en Madrid es de 18,05 €).

Frente a estos estudios que tratan sobre costes tenemos el informe de precios de residencias privadas en España que elabora cada año www.inforesidencias.com (Inforesidencias.com, diciembre de 2010), y que se basa en los precios privados que las 736 residencias asociadas al portal introducen en la herramienta de búsqueda de plazas *online*. Según el informe de 2010, con datos correspondientes a noviembre, el precio medio mensual de una residencia geriátrica privada en España es de 1.775,80 € al mes, y de 1.934,68 € en la Comunidad de Madrid.

Este sería el precio a que venden las residencias privadas sus plazas y que el consumidor paga incrementado en un 8% correspondiente al IVA.

El motivo por el que existe una diferencia importante entre los precios que aparecen en el estudio de www.inforesidencias.com y el coste que refleja el de PriceWaterhouseCoopers

radica en la diferencia de la muestra. Mientras inforesidencias.com cuenta entre sus asociados con residencias de tamaño variado y tipo diferente, el de PriceWaterhouseCoopers se ha centrado en un tipo concreto de residencia que, por diversas características tienen costes más elevados, tal como trataremos más adelante.

Si cruzamos los datos de precio privado con lo que paga la administración a un prescriptor por acoger a un residente (precios de concierto), vemos que se produce un claro desfase que afecta a la venta privada de servicios (tabla 1).

Tabla 1. Costes de plazas residenciales (precio/día) en el ámbito público y privado, en las distintas comunidades autónomas

Comunidad	Precio público (€)	Precio medio privado (€)	Diferencia (€)
Andalucía	46,00	54,29	-8,29
Aragón	47,70	45,02	2,68
Asturias	47,60	55,37	-7,77
Canarias	52,00	62,37	-10,37
Cantabria	47,30	53,00	-5,70
Castilla-León	44,00	44,37	-0,37
Castilla La Mancha	48,40	45,40	3,00
Cataluña	57,70	62,16	-4,46
Comunidad Valenciana	48,00	54,52	-6,52
País Vasco*		68,68	
Extremadura	51,90	42,88	9,02
Galicia	46,10	55,87	-9,77
Islas Baleares	57,90	64,79	-6,89
Madrid	53,00	64,49	-11,49
Murcia	45,80	53,03	-7,23
Navarra	64,00	67,71	-3,71
La Rioja	51,70	73,07	-21,37
Media de España	53,95	59,19	-5,24

Nota: Los datos se han convertido en precios/día.

*Los precios de concierto en el País Vasco se establecen a nivel provincial, y son, según el Informe PriceWaterhouseCoopers de 76,4 € en Álava, de 70,9 € en Guipúzcoa y de 68,2 € en Vizcaya.

¿Cómo puede ser que la administración pague en casi toda España por debajo de lo que pagaría un cliente privado? Y lo que es más grave, ¿cómo puede ser que pague muy por debajo de lo que sería el coste de atención?

La respuesta es doble. Por un lado, estamos ante un sistema falto de equidad. En muchos casos, en las residencias privadas que ofrecen plazas concertadas a la administración y privadas al público general, el cliente privado acaba pagando su estancia y el déficit de tarifa del «cliente público». Pero, ¿por qué lo hacen? Porque, debido a la rigidez de los costes, es mejor hacerlo que tener plazas vacías.

Por otro lado, no estamos *ante un único sector*, sino como mínimo ante tres subsectores con costes, intereses y estructuras diferentes. Así, lo que a una residencia le cuesta 2.000 € a otra le puede costar mucho menos, cuestión que trataremos a continuación.

Tres sectores en uno

Las primeras reglamentaciones sobre residencias aplicables a centros privados aparecieron en España a mediados de la década de 1980. Estas fueron promulgadas por cada una de las comunidades autónomas siguiendo criterios propios y divergentes. Al cabo de los años fueron sustituidas por otras normas más exigentes y de nuevo sin ningún ánimo de armonización. No fue sólo dispar el grado de exigencia normativo, sino también el de rigor en la inspección y supervisión. Además, algunas comunidades más audaces fueron obligando a los centros existentes a adaptarse a las sucesivas reglamentaciones, mientras otras dejaron que cada establecimiento cumpliera sólo lo que era obligatorio el día en que fue autorizado. Todo ello, a pesar de la Ley de Dependencia, ha supuesto a largo plazo la existencia de requisitos totalmente diferentes y, por consiguiente, la consolidación de tres tipos de residencias privadas:

- **Residencia familiar.** Normalmente situada en un inmueble no diseñado específicamente como residencia, que ha sufrido reformas pero no cumpliría con toda la normativa de accesibilidad, incendios y demás requisitos que actualmente se exige a una de nueva construcción. La capacidad suele ser inferior a las 40 plazas, y en muchos casos a las 25. El propietario trabaja activamente en el centro y, a menudo, también lo hacen otros miembros de la familia.

Este tipo de residencia funciona en muchos casos bajo criterios de autoempresa. Los miembros de la familia propietaria trabajan muchas horas y su salario/beneficio es su ingreso principal. El personal especializado, salvo excepciones, no trabaja a jornada completa sino unas horas a la semana.

Aunque los servicios que prestan este tipo de residencias podrían parecer faltos de calidad por motivos arquitectónicos o por no disponer de un abanico de profesionales tan extenso como otro tipo de centros, las residencias familiares cuentan en muchos casos con dos ventajas: un precio de estancia inferior a la media (porque no tiene los costes de otros tipos) y una buena calidad percibida (muchas personas valoran el hecho de que la residencia sea pequeña).

El mayor peligro que afrontan las residencias familiares está en la intervención administrativa: a medida que aumenta el número de plazas concertadas disminuye la demanda privada, lo que supone que para garantizar la subsistencia hay que concertar. Pero para hacerlo hay que cumplir unas condiciones materiales (exigencia de gimnasio, sala de profesionales, sala de visitas, etc.), funcionales (exigencias de certificación de calidad, protocolos, registros, programas), y de personal, que son mucho más costosas de cumplir para este tipo de residencia que para los otros.

- **Residencias de empresario local.** Lo que las diferencia de las familiares es su estructura puramente empresarial (no autoempresarial). En ellas, la propiedad y la gestión están claramente diferenciadas, y la actividad de residencia es la actividad principal que realiza la empresa. Suelen ser de mayor tamaño que las familiares y pueden crear grupos que no superan el ámbito provincial o autonómico, sin necesidad de disponer de una estructura de servicios centrales. Este tipo de residencia es variopinto, ya que en el mismo coinciden residencias recientes con funcionamiento planificado y gestión de la calidad, con otras que funcionan de una manera menos estructurada. Suelen contar con equipos amplios de profesionales. Los empresarios sólo se relacionan con la comunidad autónoma en la que funcionan, de forma que su preocupación por una armonización de normativas o sistemas de financiación es limitada.
- **Cadenas de residencias.** A diferencia de los empresarios locales, son empresas con residencias en funcionamiento en varias comunidades, suelen formar parte de un grupo más grande (aseguradora, caja de ahorros, etc.), de forma que la actividad de atención a mayores no es la actividad principal del grupo. Suelen ser residencias grandes (más de 100 plazas), con espacios diversificados y amplios, además de contar con una estructura de funcionamiento muy planificada, con un amplio equipo profesional y con políticas de gestión de calidad. Otra característica importante de este tipo de cadenas es que suelen tener un «espíritu de liderazgo», esto es, casi todas aspiran a ser el grupo de referencia o el número uno del sector. Al funcionar en diferentes comunidades autónomas, son las más conscientes de la diferencia de criterios, normativas y sistemas de financiación. Respecto al precio de sus servicios, a diferencia de las anteriores, estas empresas requieren mantener unos servicios centrales y una estructura, que unida a las mayores dimensiones arquitectónicas y al cumplimiento de las últi-

mas normativas, hace que sean más caras en comparación sobre todo con las familiares.

Cuando la administración «compra plazas», es decir, concerta, lo suele hacer con residencias de los dos últimos tipos, ya que son las que suelen cumplir las últimas normativas, tienen un abanico más amplio de profesionales y están dispuestas a esperar el cobro de una parte de las plazas. Las de tipo familiar no suelen concertar y, hasta ahora, esto no les ha supuesto ningún problema, ya que con el mercado privado tenían suficiente.

Aunque clasificar realidades siempre es difícil, y seguro que muchos centros no pueden situarse en ninguno de estos tres tipos, creo que tener en mente estas tres categorías ayuda a conocer la situación en relación con la compra privada de servicios.

Sector de las residencias privadas hoy

El sector privado de atención a los mayores en España ha tenido un gran crecimiento durante los últimos 15 años, que sólo se ha visto mitigado en los más recientes. El número total de plazas ha pasado de unas 200.000 en 1999 a unas 320.000 en 2010 (decimos «unas» porque debido a la existencia de 17 normativas autonómicas, no siempre está claro el concepto de residencia). Esto supone que la cobertura, es decir, el número de plazas por cada 100 personas mayores de 65 años es actualmente de 4,1.

¿Cuál es el número óptimo de residencias? Es una pregunta que a menudo se hacen los estudiosos del sector y que encierra una perversión enorme. No es lo mismo hablar de necesidad que de demanda. Una cosa es saber cuántas plazas harían falta para atender a todos los que necesitasen vivir en una residencia y otra muy diferente es saber cuántas personas que tienen la necesidad, además, pueden pagar un servicio que, como hemos visto, es costoso. La diferenciación entre necesidad y demanda solvente es fundamental.

Actualmente la mitad de las plazas residenciales son puramente privadas, un tercio son públicas y un 16% son concertadas (o sea, plazas privadas financiadas por la administración).

La figura 1, correspondiente a datos de 2008, nos indica cómo son las residencias por tamaño.

Vemos que las residencias pequeñas son una realidad importante si consideramos el número de centros, pero no tanto si contamos las plazas.

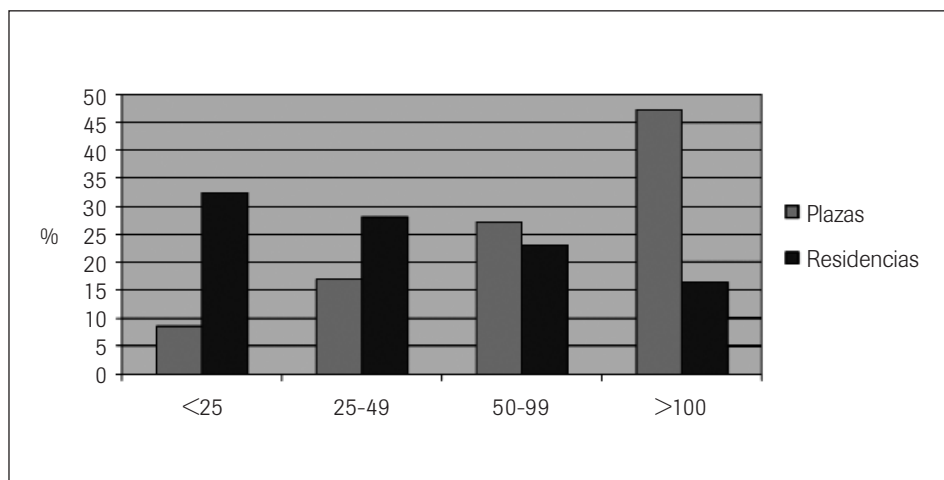


Figura 1. Residencias de acuerdo al número de plazas, y lo que representan en porcentaje. Datos de 2008.

En un mercado totalmente privado en el que la intervención administrativa se centrara en dar dinero a los dependientes, vinculando el mismo a la compra de servicios autorizados, haría que viéramos una evolución lenta del sector. Muchas personas desearían acudir a residencias pequeñas, sin tantos servicios pero más baratas y con una percepción de trato satisfactoria; muchas otras estarían dispuestas a pagar algo más y tener mejores servicios hoteleros y profesionales. Hacia dónde se dirigiría el sector dependería de lo que decidiese quien recibe el servicio.

En cambio, un mercado en el que la administración intervenga mediante el uso extensivo del concierto, limitando la posibilidad de concertación únicamente a residencias que cumplan unos exigentes requisitos de acreditación, y pagando lo mismo por la estancia en una residencia con independencia de los servicios hoteleros (habitación individual, por ejemplo), puede hacer tender el mercado a una uniformidad reñida con el derecho a elegir de las personas.

En este dilema podemos situar la aplicación de la Ley de Dependencia en relación con la compra privada de servicios.

La Ley de Dependencia, voluntaristamente llamada «de promoción de la autonomía personal», fue posiblemente un efecto del estado de euforia que hemos vivido como país durante los últimos 20 años, en los que llegamos a creer que podíamos equipararnos en casi todo con nuestros poderosos vecinos del norte, soslayando que ellos hacían lo que hacían con su dinero y nosotros con lo que nos prestaban.

En ese estado de ánimo se diseñó una ley que generó grandes expectativas en el sector; por fin, necesidad y demanda estarían puestas en el mismo nivel: todo aquél que necesitase una residencia, un centro de día, SAD, teleasistencia, un asistente personal, etc., lo tendría. Además, lo tendría de un servicio público o concertado. Cuando no pudiese prestarse de esta forma se daría un dinero al dependiente para que comprase servicios a prestadores acreditados (prestación económica vinculada) y, excepcionalmente se daría dinero para que la persona dependiente fuese cuidada en su casa por un familiar preparado.

Una ley de dependencia aplicada tal como estaba diseñada hubiese tenido un efecto devastador en el mercado privado de servicios a la dependencia: si todos los que necesitan un centro de día lo pueden tener a cambio de un copago, ¿por qué va nadie a querer pagar el precio íntegro? Si puedo optar entre una residencia pública, una concertada o que me den dinero para pagar una acreditada, ¿quién iría a una residencia privada no acreditada? Esta casi desaparición del mercado puramente privado, sin embargo, podría no haber tenido un efecto negativo a largo plazo, ya que continuarían existiendo empresas que competirían por atraer a usuarios financiados por la administración. Como una correcta aplicación de la ley haría incrementar de forma exponencial la demanda de servicios, y un precio de concertación adecuado atraería inversión hacia el sector, podríamos haber acabado con una situación nueva y beneficiosa para todos, basada en unas reglas del juego claras y estables. Pero no fue así.

La ley nació coja, ya que no prevé un plazo generoso de adaptación, y su aplicación y financiación dependen del acuerdo a que llegase el Estado con cada una de las 17 comunidades autónomas; además, introduce conceptos indeterminados, como la excepcionalidad y criterios contradictorios, y se basa en unos cálculos económicos que han resultado ser totalmente dispares con la realidad.

El resultado para la compra de servicios privados, que es lo que ahora interesa, ha sido negativa: se ha optado masivamente por conceder prestaciones económicas para el cuidado no profesional, lo que ha generado en algunos lugares de España que personas ingresadas en residencias hayan vuelto a casas de familiares para evitar el copago y encima cobrar la prestación.

Las comunidades han aplicado la ley de forma diferente (valoración de la dependencia, redacción del plan individualizado de atención, copago) e incluso han sido en su mayor parte lentísimas en establecer los criterios de acreditación de los servicios privados (a finales de 2010 no son más de cinco las que lo han hecho). Además, allí donde los han establecido, éstos se supone han supuesto un incremento en el coste de la prestación del servicio.

Además, con la necesidad de reducir el déficit, ha llegado la de controlar el gasto en dependencia: los precios de concertación están congelados y se incrementan los atrasos en el pago de los conciertos.

Sorprendentemente, las residencias y los servicios privados siguen existiendo y, en cierta medida, el fracaso de la ley está suponiendo la clave de su supervivencia: muchas personas necesitan ingresar en una residencia ya, pero saben que «los papeles de la dependencia» tardarán un año en tramitarse, lo que les lleva a una privada. Debido a que las personas que ingresan en centros residenciales cada vez lo hacen con un grado de deterioro más elevado, existe la posibilidad de que la persona muera antes de que «los papeles» hayan dado su deseado fruto.

También el peculiar y diverso uso que se ha dado a la herramienta de valoración de la dependencia produce que personas que a ojos de sus familiares son claramente dependientes no lo sean a los de la ley.

Por supuesto, lo mejor para el mercado de servicios privados sería que la ley se reinventase y que la crisis se acabase, pero las cosas parece que no van por ahí.

El gobierno y el Parlamento han tenido una gran oportunidad de arreglar en parte la situación estableciendo una moratoria que hubiese impedido la entrada del grado I dentro del ámbito de cobertura en enero de 2011, pero han dejado pasar la oportunidad extendiendo una cobertura deficiente a un número mayor de personas.

A mi entender, las claves de la «reinención de la ley» debieran ir por la apuesta clara por la prestación de servicios en vez de la económica, haciendo desaparecer la prestación económica para el cuidador no profesional o, por el contrario, por la opción del «cheque dependencia», o sea, una cantidad de dinero vinculada al grado y nivel de dependencia y que cada dependiente haga con ella lo que desee. Cualquier opción pero una opción, no un término medio que lleva a una situación como la actual.

Quizá las cosas tienen que llegar a ir mucho peor para que se tomen las medidas adecuadas, pero ojalá no sea así y encontremos una solución antes de que los mayores de 65 seamos más del 30% de la población y nuestros hijos nos reprochen que, habiendo vivido el período de paz y prosperidad más largo de nuestra historia hayamos sido incapaces de crear un sistema de protección a la dependencia sostenible y basado en la libertad de elección de las personas.

Bibliografía

- Deloitte (2008). *Perspectivas de futuro de los servicios de atención a la dependencia. El Servicio de Atención a Domicilio (SAD). Estudio del marco conceptual, oferta, demanda y modelo de costes*. Recuperado el 20 de julio de 2011, de http://www.inforesidencias.com/docs/deloitte_sad_2008.pdf
- Inforesidencias.com (2 de octubre de 2010). *Informe PriceWaterhouseCoopers sobre atención residencial en España*. Recuperado el 20 de julio de 2011, de <http://www.inforesidencias.com/noticias/detalles.asp?IDNot=1482>
- Inforesidencias.com (3 de diciembre de 2010). *1777,80€ +IVA. precio medio mensual de una residencia en España*. Recuperado el 20 de julio de 2011, de <http://www.inforesidencias.com/noticias/detalles.asp?IDNot=1482>

Recursos cofinanciados en la atención a la dependencia

Antonio Jiménez Lara

Sociólogo. Responsable de Planificación y Consultaría Personalía. Madrid.

Introducción

Al hablar de recursos cofinanciados en la atención a la dependencia, la referencia ineludible es la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD), que ha creado un sistema de atención (sistema para la autonomía y atención a la dependencia, SAAD) en cuya financiación participan las administraciones públicas (administración general del Estado y comunidades autónomas) y los propios usuarios del sistema, cuya aportación se fija teniendo en cuenta el tipo y coste del servicio, así como su capacidad económica personal.

Quisiera comenzar destacando algunos de los logros de la LAPAD. Su principal virtud es, sin duda, el avance significativo que supone consolidar derechos subjetivos y universalizar la cobertura en nuestra protección social. Es la primera vez que en el ámbito de los servicios sociales se garantiza un derecho de la misma forma que los servicios educativos, las prestaciones sanitarias y las pensiones en nuestro país; los requisitos están definidos, los servicios y prestaciones a los que se tiene derecho están determinados, y existe un procedimiento formalizado de valoración y reconocimiento del derecho que termina en una resolución que puede ser recurrida. Estamos, por tanto, ante una ley que mejora sustancialmente la atención a las personas en situación de dependencia y aumenta tanto su calidad de vida como la de sus familiares, de modo que da respuesta a una de las demandas sociales más importantes de nuestro tiempo.

Superando ciertas vacilaciones iniciales y en un contexto económico difícil, la LAPAD ha conseguido un nivel de implantación muy apreciable. Según los últimos datos disponibles al cerrar la preparación de esta intervención (referidos a 1 de octubre de 2010), se han presentado ya más de 1,4 millones de solicitudes y se han emitido cerca de 1,3 millones de dictámenes, de los que unos 865.000 corresponden a personas que, en virtud de su grado y nivel de dependencia, actualmente tienen derecho a las prestaciones del sistema. Los datos indican también que son ya más de 627.000 las personas que están recibiendo efectivamente alguna prestación del SAAD.

La prestación más popular del SAAD es, con gran diferencia, la prestación económica por cuidados en el medio familiar, que perciben más de 365.000 personas. Le sigue en importancia el servicio de atención residencial, del que en la actualidad, en virtud de la LAPAD, se benefician más de 115.000 personas en situación de dependencia, y el servicio de ayuda a domicilio, que en el marco de la LAPAD presta atención a más de 82.000 personas dependientes. La teleasistencia también ha experimentado un importante desarrollo como consecuencia de la implantación de la LAPAD, pues son ya casi 73.000 personas dependientes las que reciben esta prestación en el marco de la Ley 39/2006. Casi 42.000 personas dependientes reciben atención en los centros de día, y otras 50.000 se benefician de la prestación económica vinculada al servicio, que les permite cofinanciar el acceso a servicios de atención residencial, centros de día o ayuda a domicilio de prestación privada.

Ley 39/2006. Prestaciones en vigor a 1 de octubre de 2010 (fig. 1)

Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal . . .	9.787
Teleasistencia	72.666
Ayuda a domicilio	82.381
Centro de día y noche	41.938
Atención residencial	115.498
Prestación económica vinculada al servicio	49.960
Prestación económica por cuidados en el medio familiar	365.452
Prestación económica de asistencia personal	692
TOTAL PRESTACIONES	742.974
Personas con prestaciones	627.165
Ratio de prestaciones por persona beneficiaria	1,18

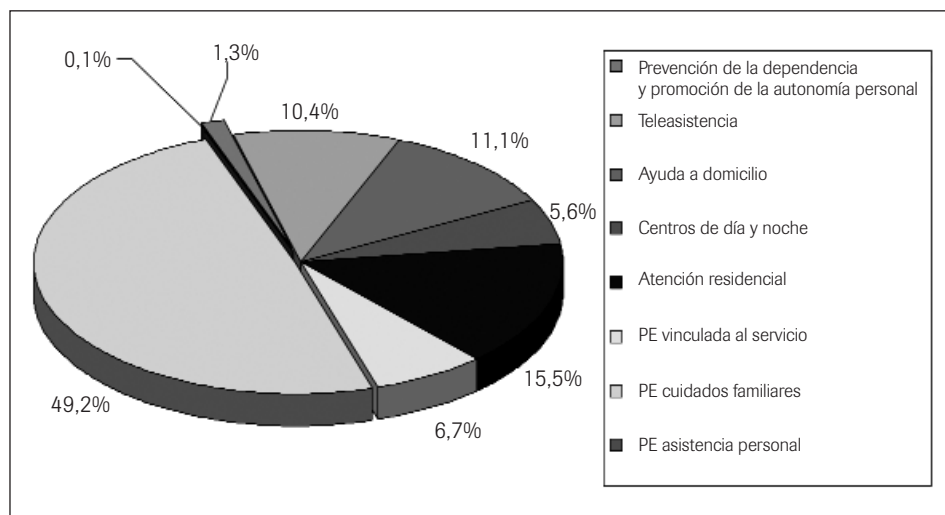


Figura 1. Prestaciones en vigor a 1 de octubre de 2010. España.

Fuente: Servicio de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Estos datos permiten afirmar que, en los años transcurridos desde el inicio de su implantación, la LAPAD no ha logrado inducir un cambio de tendencia que haya incrementado la atención formal frente a la atención informal. Ello va en detrimento del modelo de servicios que propugna la ley y que debería suponer una oferta mucho más amplia de servicios hasta ahora poco desarrollados, tales como los servicios profesionales de atención a domicilio (que reciben sólo el 13% del total de personas beneficiarias con prestaciones), los centros de día (menos del 7%) y los servicios de teleasistencia (menos del 12%). Ni siquiera el desarrollo del servicio de atención residencial, que reciben en forma directa algo más del 18% de los beneficiarios del SAAD, ha respondido a las expectativas iniciales.

Las causas determinantes de esta realidad son varias. Por un lado, una oferta de servicios que es manifiestamente insuficiente para poder cubrir las necesidades de atención existentes. Por otro, un sistema de participación de los usuarios en el coste de las prestaciones, que hace que, para ser beneficiario de un servicio prestado desde cualquiera de los recursos que contiene la cartera de servicios del SAAD, resulte necesaria una aportación económica importante por parte del usuario o de su familia, mientras que, en contraposición, la prestación económica para cuidados familiares, aunque esté minorada en la participación del beneficiario, supone un ingreso neto en la economía familiar (en un contexto de crisis económica, en el que el coste-oportunidad de asumir directamente la atención de un familiar dependiente se ha reducido porque quien pres-

ta esos cuidados no tiene expectativas de poder encontrar un trabajo, son muchas las familias que optan por esta prestación en lugar de por una atención profesionalizada). También influye el hecho de que, para las administraciones competentes, gestionar prestaciones económicas es bastante más cómodo y más barato que gestionar servicios. Sin embargo, por más explicaciones que tenga esta situación, lo cierto es que nos encontramos ante una forma de desarrollar la ley que desactiva en gran medida su potencial de creación de nuevos servicios sociales profesionalizados y de nuevos empleos.

No obstante lo anterior, los datos disponibles permiten afirmar que, a pesar de la difícil coyuntura económica por la que estamos atravesando y del consiguiente hiperdesarrollo de la prestación económica de cuidados en el medio familiar, el efecto de la puesta en marcha del SAAD se ha dejado sentir nítidamente en el empleo. Una mirada a los datos de ocupación por sector de actividad de la Encuesta de población activa nos sitúa ante una constatación reveladora: mientras entre el primer trimestre de 2008 y el segundo trimestre de 2010 el empleo total en España ha descendido en unos dos millones de ocupados, en el sector de los servicios sociales se han creado cerca de 120.000 puestos de trabajo, la mayoría de los cuales generados como consecuencia de la implantación y el desarrollo de la LAPAD (fig. 2).

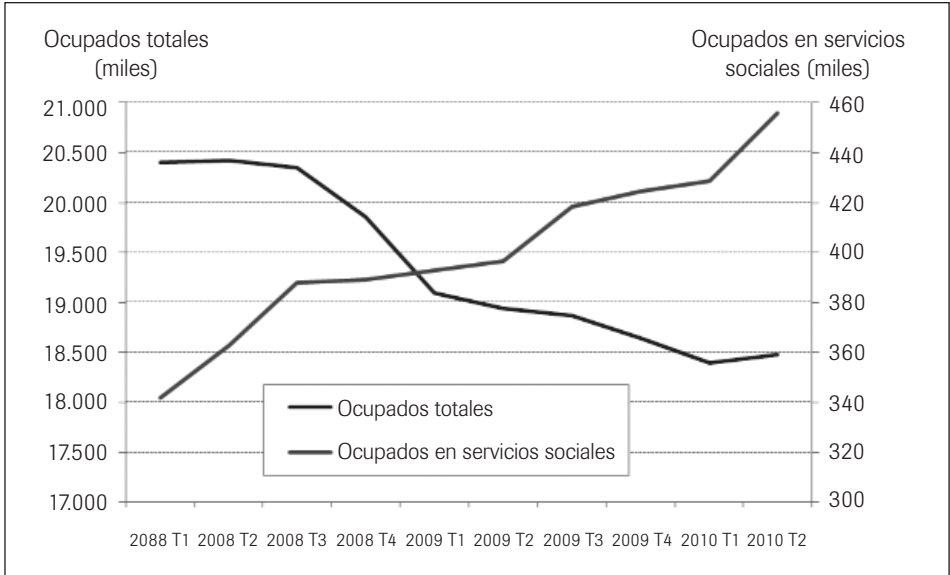


Figura 2. Evolución de la ocupación total y en el sector de servicios sociales. Primer trimestre 2008-segundo trimestre 2010.

Fuente: Encuesta de población activa.

Aunque el impacto sobre el empleo derivado de la puesta en marcha del SAAD es, como se ve, indiscutible, los empleos asociados a la atención de los beneficiarios de la LAPAD se están generando a un ritmo más lento de lo esperado debido básicamente a dos importantes factores: la profunda crisis económica y la proliferación de las prestaciones económicas para cuidados en el medio familiar, excepcionales según el artículo 14.4 de la LAPAD, lo que a todas luces es negativo para el crecimiento del empleo y para garantizar un servicio profesional y de calidad. También hay que tener en cuenta que una buena parte de las personas cuya situación de dependencia ha sido valorada en los primeros años de aplicación de la LAPAD ya estaban recibiendo atención, especialmente en centros residenciales. Obviamente, todos esos casos de personas valoradas que contaban con un servicio anterior (residencia, servicio de ayuda a domicilio, centro de día, etc.), no se traducen apenas en nuevos puestos de trabajo dentro del sector.

El escaso ritmo de generación de empleo en el sector de la atención a la dependencia, además de responder a un problema estructural (el insuficiente desarrollo de los servicios sociales en España) y a condicionamientos coyunturales (la profunda crisis económica), deriva también de una serie de factores que podrían denominarse culturales o simbólicos, que siguen teniendo un importante protagonismo en nuestra sociedad. Es difícil en tan corto plazo propiciar un cambio de mentalidad que modifique las preferencias tradicionales, centradas en la atención y los cuidados a las personas en situación de dependencia dentro del núcleo familiar, para dar paso, como modelo predominante y socialmente aceptado y valorado, a la generalización de la prestación de servicios profesionalizados de atención a las personas dependientes. Por ello, no sólo es necesario dotarse de mayores recursos presupuestarios, sino también que se vaya consolidando un cambio social y cultural en torno a las pautas y formas de los cuidados que genere confianza de las familias en la labor de los profesionales que desarrollan las funciones de atención a las personas en situación de dependencia.

Para terminar, quisiera avanzar una serie de propuestas concretas dirigidas a hacer posible el aprovechamiento del enorme potencial de creación de empleo y de riqueza que tiene la atención a la dependencia. Son las siguientes:

- Recuperar el carácter prioritario de los servicios, que es uno de los principios inspiradores de la LAPAD.
- Garantizar la suficiencia y sostenibilidad financiera del SAAD.
- Establecer un marco claro y estable de colaboración pública y privada en la provisión y el desarrollo de servicios de atención a la dependencia.

- Reequilibrar las prestaciones ante el excesivo peso de la prestación económica de cuidados familiares.
- Impulsar un mayor desarrollo del servicio de ayuda a domicilio.
- Mejorar la calidad de atención del SAAD, la cualificación de los profesionales y la calidad de empleo.
- Impulsar la coordinación sociosanitaria.
- Mejorar la aplicación de la LAPAD en el medio rural, bajo la premisa de desplazar servicios en vez de personas.
- Promover la innovación tecnológica en el sector de la atención a la dependencia.
- Promover un debate social sobre las cuestiones vinculadas a la edad avanzada que permita definir el lugar que han de tener las personas de edad avanzada en nuestra sociedad.

El papel de las organizaciones no gubernamentales o del tercer sector en los mayores

José Ramón Solanillas Vilá

Responsable de Mayores y Dependencia. Cáritas. Madrid.

Introducción

A la hora de delimitar las características que predominan en las organizaciones no gubernamentales (ONG) nos sentimos identificados con la definición que se recoge en el Anuario del tercer sector de acción social en España, según el estudio realizado por EDIS y publicado recientemente por la Fundación Luis Vives, en el que se indica que el tercer sector coincide con el sector no lucrativo.

Para ello acotaron el campo de estudio considerando que, para pertenecer al tercer sector, las organizaciones tendrían que cumplir con la definición que ya se adoptó en el estudio comparativo internacional y que se llevó a cabo por el equipo de la Universidad Johns Hopkins, en el que se vino a determinar que las entidades deberían:

- **Estar organizadas formalmente:** esto obliga a disponer de una estructura interna, una reglamentación institucional y unos objetivos definidos.
- **Tener carácter privado:** indudablemente equivale a tener plena independencia de las administraciones públicas y a no estar supeditadas al gobierno.
- **Carecer de ánimo de lucro:** su principal finalidad no puede consistir en la obtención de beneficios económicos, ni sus actividades deben estar encaminadas hacia

finalidades comerciales. En caso de que se obtengan beneficios derivados de la actividad, éstos deben revertir en la propia organización y nunca pueden ser distribuidos entre sus directivos, administradores o propietarios.

- **Disponer de capacidad de autocontrol institucional de las actividades que se realizan:** es decir, que cuenten con sus propios instrumentos para garantizar su autogobierno y un grado considerable de autonomía.
- **Que cuenten con la participación de personas voluntarias:** esto equivale a decir, por una parte, que la participación o no de sus miembros ha de depender de la libre voluntad de los mismos y no de imposiciones externas, y, por otra, que hay un grado significativo de participación de voluntarios en sus actividades.

Por otra parte, en el año 2006, el Consejo Estatal de ONG de Acción Social aprobó el Plan estratégico del tercer sector de acción social, en el que se recoge la siguiente definición: «El tercer sector de acción social es el ámbito formado por entidades privadas de carácter voluntario y sin ánimo de lucro, que surgidas de la libre iniciativa ciudadana, funcionan de forma autónoma y solidaria tratando, por medio de acciones de interés general, de impulsar el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales, de lograr la cohesión y la inclusión social en todas sus dimensiones y de evitar que determinados colectivos sociales queden excluidos de unos niveles suficientes de bienestar.»

Respecto a la tipología existente de las entidades de acción social, el anuario establece las distinciones de:

- Asociaciones y fundaciones.
- Entidades de segundo y tercer nivel (federaciones, confederaciones).
- Entidades singulares (Cáritas, Cruz Roja y la ONCE).
- ONG que desarrollen acción social en España.
- Cooperativas sociales.
- Centros especiales de empleo y empresas de inserción que dependan de organizaciones no lucrativas.
- Entidades religiosas que desarrollen acción social en España.

Como hemos señalado anteriormente, el voluntariado constituye una parte fundamental de los recursos humanos del tercer sector de acción social, ya que seis de cada 10 personas colaboradoras son voluntarias. Sus ocupaciones principales se centran en ofrecer apoyo y atención directa a los colectivos (85,6%), sensibilización (78,8%), dedicación a los procesos organizativos (63,5%) y a la administración y gestión (60,9%).

En cuanto a la dedicación de las entidades según los grupos prioritarios de beneficiarios de su acción, el anuario ha establecido 21 grupos; entre ellos destaca en primer lugar el de las personas con discapacidad, que alcanzan el 29,5%, seguidos de los niños con un 10,7%, la población en general con un 10,0% y en cuarto lugar estarían *las personas mayores, que representan el 8,1% de los destinatarios* de la acción que llevan a cabo las ONG del tercer sector.

Organizaciones más representativas

LARES

Se formó en el año 1996, por iniciativa de la Federación de Religiosos Socio-Sanitarios, bajo el acrónimo FERENO (Federación Nacional de Residencias de Ancianos del Sector No Lucrativo), ante la necesidad de coordinar las iniciativas sin ánimo de lucro destinadas a prestar servicios a los mayores, así como para desarrollar los valores de respeto a la dignidad y el trato humano y atento que requieren este tipo de servicios.

Actualmente ha pasado a denominarse LARES y está organizada a través de 17 asociaciones autonómicas, que agrupan a 633 residencias y centros de día donde viven y reciben cuidados alrededor de 40.568 personas mayores. En los centros de LARES prestan sus servicios un total de 20.000 trabajadores asalariados y, a su vez, cuentan con la colaboración de 9.500 voluntarios.

Cruz Roja Española

Cruz Roja Española es una de las instituciones que mayor volumen de recursos, tanto humanos como materiales, destina a las personas mayores con las que desarrolla diversas líneas de trabajo, entre las que se encuentra una fuerte apuesta por los servicios que permiten la permanencia de la persona mayor en su entorno habitual.

Teleasistencia domiciliaria, traslado a centros y residencias, cuidados de enfermería, compañía, cuidado personal, atención doméstica, gestiones, visitas hospitalarias, etc., todo ello complementado por una red de apoyo formada por centros de día y servicios de transporte adaptado. Otras líneas alternativas son residencias, viviendas tuteladas, familias de acogida, alojamientos compartidos, etc., diferentes programas que suponen una alternativa al aislamiento que pueden sufrir las personas mayores.

En cuanto al perfil de los usuarios de estos proyectos, los datos configuran un colectivo altamente vulnerable: personas de más de 80 años, con bajo poder adquisitivo, bajo

nivel sociocultural, con un nivel medio-alto de dependencia de otros para sus actividades cotidianas e incluso una situación de carencia de apoyo y aislamiento emocional.

Cáritas Española

Ante la elevada fragilidad a la que se ven sometidas un buen número de las personas mayores, Cáritas quiere responder con una serie de alternativas que puedan reforzar tanto sus condiciones de vida personal como sus relaciones sociales. Se trata de evitar que puedan verse abocados a sufrir situaciones de abandono y aislamiento social, fragilidad emocional, limitaciones para las actividades de la vida diaria, confusión mental, depresión, deterioro del hogar, violencia familiar o institucional, entre otras.

Por eso Cáritas, a la hora de intervenir con las personas mayores, otorga su prioridad de servicio a los que se encuentran con más acusadas dificultades económicas o sociales, para lo que se han establecido los objetivos siguientes:

- Prestar un servicio de asistencia y ayuda a los mayores que no reciban atención suficiente de los servicios sociales, para que puedan mantener las condiciones necesarias de higiene, salud y habitabilidad de la vivienda habitual.
- Fomentar el bienestar psicofísico y social de las personas mayores y prestar apoyo a sus familias, con la intención de evitar o retrasar el ingreso en centros residenciales.
- Proporcionar acompañamiento a las personas que viven solas, por medio del voluntariado y en colaboración con otras organizaciones.
- Propiciar la autoestima personal y la integración social por medio de la participación en actividades y relaciones con otras personas de su entorno.
- Contribuir en todo lo posible a que se incremente la coordinación sociosanitaria para que se alcance a prestar un mejor servicio a la persona mayor.
- Ofrecer respiro y apoyo social, emocional y orientación a las familias cuidadoras.
- Promover actividades de vida saludable que permitan a las personas mayores envejecer en las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales.
- Prestar atención en centros residenciales o de estancia diurna a las personas que por diversas causas requieran dicha atención.
- Desarrollar planes de mejora continua con el fin de incrementar los niveles de calidad en todos los servicios.

Líneas de trabajo y actuaciones

1. **Promoción y desarrollo de los servicios de proximidad**, que representan uno de los pilares fundamentales de la atención a las personas mayores en su propio domicilio y procuran establecer medidas de apoyo a las familias a la vez que mantienen una coordinación con los servicios sociales públicos. Se caracterizan por llevar a cabo las prestaciones de:
 - **Alimentación y cuidados de la salud:** mediante la atención alimentaria, elaborándola bien en el propio domicilio o bien llevándola preparada desde fuera, a la vez que se prestan cuidados higiénicos y sanitarios mediante el control de la medicación, la práctica de vida saludable y la prevención de enfermedades.
 - **Mantenimiento de la vivienda:** con la realización de mejoras y adecuaciones que eliminen las barreras y los elementos de inseguridad para adaptarse a las dificultades psicomotrices.
 - **Apoyo a la subsistencia:** mediante la prestación de ayudas para cubrir las necesidades básicas de las personas mayores con muy bajos o nulos recursos económicos.
 - **Promoción de la participación social:** para combatir la soledad, ofreciendo vínculos y relaciones vitales que permitan a la persona desarrollar sus ámbitos sociales y afectivos; con este fin se realizan tanto acompañamientos personales como salidas, excursiones, celebraciones varias, espacios de encuentros y convivencia en los que los mayores participan activamente en un adecuado disfrute de su tiempo libre.
2. **Atención en servicios de atención diurna**, un total de 44 centros que ofrecen durante el día atención integral a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas mayores con diferentes grados de dependencia, con el fin de potenciar su autonomía y capacidades personales, al mismo tiempo que trata de ofrecer apoyo a las familias cuidadoras.
3. **Atención en servicios residenciales**, por medio de 52 centros que incluyen desde las pequeñas unidades de convivencia hasta los grandes centros residenciales, dirigidos a procurar la calidad de vida de la persona residente y el desarrollo de su autonomía personal, donde se prestan cuidados sociosanitarios en interrelación con los servicios sociales y sanitarios de su entorno.

Por medio de los distintos servicios que se enmarcan en estas líneas de actuación, durante el ejercicio 2009 se atendieron un total de 26.309 personas, con un volumen de recursos destinados que ascendieron a 30.294.905 €, lo que supone el 13,17% de gasto total de Cáritas Española durante ese año.

Algunas de las experiencias más significativas

Con el propósito de ofrecer una información más amplia de los rasgos que caracterizan a estos servicios, hemos entresacado algunos de ellos que pueden considerarse significativos del trabajo que Cáritas está realizando en beneficio de las personas mayores.

El centro residencial Oasis

A raíz de un estudio sobre las necesidades de las unidades familiares de convivencia formadas por padres mayores con hijos discapacitados a su cargo, en el año 2003, Cáritas Diocesana de Granada creó el centro Oasis.

Este centro tiene carácter de pionero en España y en Europa. Dispone de una superficie aproximada de 5.000 m², 2.500 edificadas y el resto de zonas ajardinadas. Está constituido por dos vertientes diferenciadas: Oasis Centro de Atención a Mayores y Discapacitados (Oasis CAMD) y Oasis Centro Integral de Empleo (Oasis CIE), donde se favorece la inserción laboral a través del trabajo por cuenta ajena o mediante autoempleo, apoyando la creación de empresas de inserción.

Oasis CAMD es, por definición, un «centro gerontológico y de atención a discapacitados, de carácter sociosanitario, cuyo objetivo fundamental es favorecer el desarrollo personal de mayores y discapacitados, preservando la unidad familiar, desde una intervención integral y personalizada, priorizando en los más desfavorecidos y estando plenamente inserto en la comunidad».

Es el único centro en la Comunidad Autónoma de Andalucía en el que se atiende de forma conjunta a mayores y discapacitados, evitando de ese modo la desestructuración familiar (fig. 1).

El modelo sociosanitario de intervención de la Residencia Oasis procura establecer con la persona residente una atención integrada de los aspectos sanitarios y psicosociales a través de los distintos programas que garantizan una atención integral, progresiva y continuada.

La puesta en marcha de todas las intervenciones con los residentes y su segui-



Figura 1. Visión interior del Centro Oasis.

miento son coordinadas por el equipo multidisciplinar del centro, siendo éste el órgano de valoración de la institución, así como para la asignación de recursos, planificación y seguimiento de los programas de atención a los mayores residentes, sus hijos y sus familiares.

La experiencia puesta de manifiesto estos años nos lleva a la conclusión de que dar una respuesta adecuada a las unidades familiares de nuestro centro supone la diversificación de una serie de servicios que de manera especializada abarquen desde la atención residencial integral hasta la atención de las destrezas y capacidades individuales de la persona. Por ello, enmarcadas dentro de la programación, hemos previsto de manera novedosa en el ámbito residencial de mayores una cadena de servicios de terapia ocupacional y atención psicosocial para aquellos discapacitados que por su grado de minusvalía y grado de dependencia (sin trastornos de conducta y de movilidad asociados importantes), requieran una intervención acorde a sus posibilidades.

El Oasis CAMD comenzó su andadura en el año 2003, y dispone de 22 apartamentos para unidades familiares de convivencia (fig. 2). Está acreditado por la Junta de Andalucía como centro que reúne los requisitos de calidad exigidos, tanto materiales como funcionales (fig. 3). La totalidad de las plazas que oferta es de 72 y están concertadas con la Junta de Andalucía.

En el centro prestan sus servicios más de 40 profesionales en las distintas áreas de atención especializada con el apoyo de voluntarios, consiguiendo de esta manera un equilibrio entre *calidad y calidez*.



Figura 2. Apartamentos del centro Oasis.



Figura 3. Calidad en materiales y aspectos funcionales del centro Oasis.

En el año 2006 se puso en marcha la Unidad de Estancia Diurna Oasis, lo que permite que se atienda a nuevas unidades familiares de lunes a viernes de 9.00 a 17.00 h; 30 personas en los servicios y programas con los que ya cuenta la residencia evitan la institucionalización innecesaria, proporcionan el nivel asistencial adecuado al perfil de los usuarios, y suponen un apoyo imprescindible para los cuidadores habituales.

Conviene tener presente que uno de los objetivos prioritarios que tiene el centro Oasis es sensibilizar a las administraciones públicas y a la sociedad en general sobre la problemática que este centro atiende, y que sólo representa un 10%, aproximadamente, de las necesidades reales que tiene la provincia de Granada.

La eliminación de barreras y adaptación de viviendas

Por medio de la relación que mantenemos desde las Cáritas Parroquiales con las personas mayores que viven en sus domicilios, hemos podido constatar que muchos de estos mayores, sobre todo las mujeres mayores solas, constituyen uno de los colectivos sociales más afectados por la crisis habitacional. Con frecuencia, se trata de personas que no pueden asumir los gastos que comporta el acceso o la permanencia en la vivienda, y que además sufren problemas de movilidad, de accesibilidad o de acoso inmobiliario.

Son datos que en buena medida se ven avalados por las cifras estadísticas oficiales, ya que, según el censo de 2001, un 42,3% de las personas mayores vivía en edificios de más de una planta y sin ascensor. La falta de condiciones de habitabilidad adecuada comporta a menudo una barrera entre la vivienda y el exterior que impiden la comunicación y conducen a situaciones de reclusión indefinida. Este encierro no sólo reduce drásticamente la autonomía personal de las personas mayores, sino que además dificulta el acceso a servicios sociales, de cuidado y de la suficiente atención sanitaria, además de impedir prácticamente los canales de participación y socialización.

Con este motivo, en el año 2008, Cáritas Diocesana de Bilbao y Cáritas Diocesana de Getafe pusieron en marcha un proyecto de reforma y adaptación de viviendas para personas mayores y con déficit de autonomía en muchos casos, que contó con el apoyo económico del Banco Bilbao Vizcaya Argentaria.

Los resultados obtenidos en aquel primer ejercicio, junto a la constatación del gran número de personas mayores que permanecen en condiciones de vivienda muy deficientes, animaron a Cáritas Bilbao a mantener la continuidad del proyecto. Pero además, los beneficios de esta iniciativa se han visto incrementados, puesto que ha permitido abrir nuevos cauces para las personas que participan en el programa de empleo, ya que son ellos los que realizan dichas reformas.

Los servicios de tutela

Son servicios destinados a la atención, defensa y tutela de personas mayores y/o con enfermedad mental en situación de fragilidad, dependencia o desprotección, como la fundación tutelar Hurkoa creada por Cáritas Diocesana de San Sebastián que con este fin:

- Promueve y asume la defensa judicial y tutela de las personas que lo necesitan, priorizando aquellas que carecen de apoyo sociofamiliar.
- Atiende en su centro de día a personas mayores dependientes y sus cuidadores.
- Asesora, acompaña y orienta a las familias afectadas.
- Genera y desarrolla nuevos programas con el fin de prevenir situaciones de desprotección.
- Integra a su personal y voluntariado en equipos interdisciplinarios y colabora con cuantas entidades contribuyan a su misión.
- Informa y sensibiliza a la sociedad y se compromete contra el maltrato, el abandono y la desprotección, fomentando las capacidades de la persona dependiente y defendiendo su dignidad.

La actividad tutelar de Hurkoa sigue manteniendo la tendencia de crecimiento de años anteriores, con un incremento del 17,50% en el número de personas atendidas con respecto a 2008. El total de personas atendidas durante el año 2009 fue de 460. En este ejercicio, las solicitudes se han incrementado, llegando a 116 nuevas peticiones, frente a las 78 del año anterior, y 170 bajas. A 31 de diciembre de 2009 se estaban atendiendo un total de 383 personas

La procedencia de la demanda sigue siendo, en su mayoría, a instancias de los servicios sociales. En las nuevas solicitudes recibidas durante el año, las procedentes de servicios sanitarios han sido mayoritariamente de centros psiquiátricos, mientras que ninguna procede de los centros de salud mental y, tan solo tres de otros centros de salud.

Es necesario destacar que el 50% de las personas atendidas carece de apoyo familiar, y en casi otro 18% ha sido el conflicto familiar el que ha llevado a Hurkoa a tener que aceptar la responsabilidad tutelar. Un 18% se encontraba en situación de autoabandono, y en estos casos ha sido precisa la intervención con medidas cautelares para poder valorar y prestar los servicios básicos. Para el acompañamiento, el cuidado y el seguimiento de los tutelados, bien en domicilio o en residencia, se ha contado con 100 auxiliares coordinadas desde Hurkoa.

Apadrinar a una persona mayor

El proyecto de Cáritas Girona aborda dos temas muy importantes en nuestra sociedad actual: por un lado, el acompañamiento en centros residenciales a personas mayores que padecen soledad y, por otro lado, la implicación de jóvenes en un voluntariado dirigido a la vejez.

Esta iniciativa quiere favorecer la relación entre ambos colectivos. Se pretende fomentar una relación personal intergeneracional a través de un proyecto vivencial y anónimo. El acompañamiento a personas mayores tiene resultados tangibles que podrán percibir los jóvenes.

La finalidad del proyecto es facilitar la convivencia y el aprendizaje entre personas mayores y jóvenes estudiantes, a través de un acompañamiento periódico y continuado, de una formación y un seguimiento.

Los objetivos que nos proponemos son fomentar el diálogo y la comprensión entre el anciano y el joven, contribuir a la autoestima de la persona mayor y potenciar los valores de convivencia y respeto de los jóvenes hacia las personas mayores.

El proyecto piloto se puso en marcha la primavera del 2008 con alumnos del Instituto de Educación Secundaria (IES) Sobrequés. Previamente se hicieron contactos con algunos centros residenciales (María Gay y Hermanitas de los Pobres) para implicarlos en el proyecto. Más tarde se incorporó la residencia geriátrica de Palacio y, recientemente, el centro sociosanitario Mutuam. Actualmente participan alumnos del IES Montilivi, IES Sobrequés, IES Vicens Vives y IES Santa Eugenia. En breve tenemos previsto incorporar nuevos voluntarios en la ciudad de Girona y también poner en marcha el proyecto en Salt y otros lugares de la demarcación de Girona.

El curso pasado participaron en el proyecto 60 jóvenes, casi la mitad de los cuales han manifestado la voluntad de continuar en el servicio. Contrariamente a lo que se puede pensar, que los jóvenes sólo se preocupan por su imagen, de pasarlo bien y que no son solidarios, trabajar en este proyecto nos sirve para demostrar que no siempre es así. Hablamos de jóvenes que, aparte de estudiar, hacer deporte u otras actividades, han tomado el compromiso de realizar una labor social muy importante: dedicar parte de su tiempo, de manera desinteresada, al acompañamiento de personas mayores.

El proyecto, pues, es una oportunidad para reivindicar el papel de las personas mayores, favorecer los contactos intergeneracionales, potenciar un envejecimiento digno y, lo más importante, que estas personas se sientan reconocidas y valoradas.

El voluntariado, un gran apoyo para combatir la soledad

La soledad suele conllevar una serie de consecuencias negativas que, sumadas a otros factores, pueden derivar en dolencias, enfermedades y, en ocasiones, en una mayor propensión a la aparición de situaciones de dependencia. Uno de los principales grupos de población que sufre soledad son las personas mayores, pues en las edades avanzadas es frecuente la confluencia de una serie de factores, como la jubilación, la viudedad, la pérdida de relaciones sociales, etc., que conllevan situaciones de aislamiento.

El último censo de población, del año 2001, cifra en 1.358.937 las personas mayores de 65 años que viven solas, lo que supone el 26% del total de los mayores de 65 años, cifras que sobrepasan a otros grupos de edad. Esta soledad es, además, una realidad muy feminizada en los grupos de más edad, pues el 77% de estas personas son mujeres.

No obstante, y a pesar de los esfuerzos que se están realizando en el despliegue de servicios como la teleasistencia, los servicios sociales todavía están muy lejos de poder satisfacer muchas de las necesidades reales a la totalidad de las personas mayores, como son las de prestarles el necesario apoyo emocional y realizar un acompañamiento regular de aquellas que viven solas y que no disponen de los suficientes recursos para sentirse plenamente asistidas.

Estos apoyos también varían según el lugar de residencia, y existen grandes diferencias dependiendo de si se vive en el mundo urbano o rural. Es en las ciudades donde la concentración de población permite una mayor facilidad a la hora de crear servicios y donde resultan también más accesibles al ciudadano. Pero la situación de las personas mayores que viven en poblaciones rurales, especialmente en zonas con baja densidad de población, todavía ven más mermadas sus posibilidades de disfrutar de los servicios necesarios a su edad y situación personal.

Con el objetivo de mitigar los efectos de la soledad, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) ha promovido el programa «Cerca de ti», en el que participan también la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), la Fundación Vodafone, las entidades prestatarias de los servicios de Teleasistencia (ADESSTA), Cruz Roja Española y Cáritas Española.

El programa «Cerca de ti» se llevará a cabo en cinco Cáritas Diocesanas y otras tantas provincias por parte de Cruz Roja, con el propósito de facilitar apoyo emocional y seguridad, y estimular a personas mayores de 80 años, en situación de soledad, para que participen en las actividades que se desarrollan en su entorno, si así lo desean,

mediante el acompañamiento por voluntarios, tanto dentro como fuera del hogar e igualmente de forma presencial como telefónica.

El programa «Cerca de ti» ha sido recibido por Cáritas como una excelente iniciativa, ya que supone una llamada de atención frente a uno de los más graves problemas que a menudo experimentan las personas mayores hoy, tal vez el que más atenta contra la dignidad de la persona: *la soledad*.

El desarrollo de este fenómeno, relativamente reciente, ha hallado terreno fértil en una sociedad que, concentrando todo en la eficiencia y en la imagen satinada de una persona eternamente joven, excluye de sus propios «circuitos de relaciones» a quienes ya no tienen esos requisitos.

Estas deficiencias sociales, unidas a la precariedad económica que frecuentemente se ciñe sobre los mayores y al alejamiento más o menos progresivo del mayor del propio ambiente social y de la familia, son los factores que colocan a muchos mayores al margen de la comunidad humana y de la vida cívica.

La dimensión más dramática de esta marginación es la falta de relaciones humanas que hace sufrir a la persona mayor, no sólo por el alejamiento, sino por el abandono y el aislamiento. Con la disminución de los contactos interpersonales y sociales, comienzan a faltar los estímulos, las informaciones, los instrumentos culturales, lo que conduce a que muchos mayores, al ver que no pueden cambiar la situación por estar imposibilitados de participar en la toma de decisiones que les conciernen, como personas y como ciudadanos, terminan perdiendo el sentido de pertenencia a la comunidad de la cual son miembros.

El programa «Cerca de ti» ayuda a reconocer los valores y contravalores del mayor

El mayor es una persona en una etapa concreta de su vida, que conocemos como vejez, donde se dan los cambios propios de la edad, del mismo modo que existen otros cambios en otras etapas de la vida. Es cierto que con frecuencia ésta es, del mismo modo que en los primeros años de vida, la etapa en la que se necesita más de los demás y en especial si la persona que ya es mayor vive sola.

Pero, a pesar de que estas necesidades se reconocen de manera generalizada por la mayor parte de la ciudadanía, en la sociedad competitiva en que vivimos se sobrevaloran la producción, la eficacia, las ganancias económicas, etc.; y quien no sigue este camino, es orillado. No caemos en la cuenta de que estamos abandonando la otra vertiente de la conducta que nos humaniza y que nos permite vivir de manera más consciente: el servicio a los demás, la gratuidad, la tranquilidad y el sosiego, la capacidad de

ver el entorno sin cultivar el egocentrismo y todo un nutrido elenco de valores que son de capital importancia en las relaciones con las personas mayores en situación de soledad.

Desafortunadamente, apenas caemos en la cuenta de la enorme pérdida que supone vivir de espaldas a nuestros mayores y sin tenerles verdaderamente en cuenta. Debemos reconocer que el crecimiento personal, dicho de otro modo, la maduración, consiste en la adopción de unos valores que son el potencial con el cual nacemos, pero en el camino hacia la madurez nos encontramos que son los mayores los que llevan la delantera. La razón es muy simple: han tenido más tiempo para recorrer el camino.

Desde el programa «Cerca de ti» se invita a descubrir los valores que frecuentemente viven las personas mayores, que son los mismos que se pueden vivir en otras etapas de la vida, pero en el mayor puede haber una autorrealización más esmerada, cuidada, y la expresión de matices peculiares nos permiten hablar de *valores propios del mayor*. Indicamos algunos:

- Las personas mayores aprecian *la amistad, la compañía, la ayuda de familiares y conocidos*. Se muestran especialmente receptivos a las relaciones afectivas.
- Por la experiencia han llegado a una *madurez* que se expresa en una *relativización* de hechos y circunstancias que en otras épocas de la vida eran consideradas muy importantes.
- No ponen tanto el acento en el *tener o poseer* como en el *gozo de las cosas sencillas*. Las pérdidas de la vida les han enseñado que la felicidad se puede vivir cada día y sin la dependencia de bienes materiales.
- Tienen tiempo para *gozar del día*. No se angustian si no tienen nada que hacer.

Estas consideraciones respecto a la forma de entender la vida de muchos mayores sólo puede ser comprendida por personas que, como ellos, también aspiran a vivir manteniendo unas relaciones humanas basadas en la sencillez y la generosidad, colocando siempre y por encima de todo a la persona, sea cual sea su condición social, sus posesiones materiales o la plenitud física de la que pueda gozar.

Se trata de personas que mantienen un elevado grado de compromiso con los demás, especialmente con los que disponen de menores posibilidades para disfrutar la vida con total autonomía y se ven obligadas a realizar con cierta dificultad un gran número de actividades de su vida diaria. Estas relaciones son las que trata de potenciar el programa «Cerca de ti», de tal modo que podríamos hablar de unos rasgos predominantes en la figura de este voluntariado.

La figura del voluntario en el programa «Cerca de ti»

Ser voluntario en el programa «Cerca de ti» de Cáritas implica la realización de un servicio desinteresado, libre y gratuito, siempre desde la responsabilidad, en beneficio de la comunidad y de acuerdo con los principios y objetivos de la institución.

Dentro de este programa, el voluntario de Cáritas es portador de esperanza y ofrece cada día, con esfuerzo, energía y generosidad, parte de su tiempo, experiencias y conocimientos a las personas mayores más vulnerables de nuestra sociedad. Actúa preferentemente en situaciones donde predominan la pobreza y la exclusión, buscando generar procesos que contribuyan al desarrollo y a la integración de las personas, y también a la promoción de la justicia social. Lucha por una sociedad donde todos tengan un lugar y una vida digna.

Puede ser voluntaria del programa «Cerca de ti», dentro de Cáritas, cualquier persona, sin discriminación por su condición social, creencia religiosa o preparación cultural, siempre que respete las finalidades de la institución. Por ello, el perfil básico de este voluntario puede definirse del siguiente modo:

- Es una persona sensibilizada por los problemas sociales, que vive comprometida con la justicia y por la defensa de los derechos humanos.
- Se implica de forma desinteresada, gratuita y responsable a poner sus capacidades y su tiempo libre al servicio de las necesidades de la comunidad.
- Acoge a las personas con libertad, y procura despertarles la capacidad de superarse.
- Es capaz de establecer una buena relación personal y de trabajar en equipo, guardando confidencialidad.
- Asume los trabajos adecuados a sus aptitudes, posibilidades y preparación.
- Está dispuesto a actualizar su formación y modificar sus modelos de acción, cuando las circunstancias lo demanden, en función de una mayor eficacia de la acción.
- Tiene muy clara la identidad de su acción voluntaria y no sufre las responsabilidades de otros agentes sociales.
- Su acción es educativa y promotora del cambio social, descubriendo, afrontando y denunciando las desigualdades e injusticias sociales.

Por tanto, cabe hablar de que los voluntarios en el programa «Cerca de ti» son personas que se sienten impulsadas a cultivar una serie de valores que le permiten disfrutar de experiencias humanamente muy enriquecedoras a través de vivencias como:

- Relacionarse con gratuidad. Con un sentimiento profundo de saber dar de forma gratuita aquello que hemos recibido gratuitamente.
- Ver a los demás con solidaridad. Como expresión de la sensibilidad humana que actúa en respuesta a las necesidades de los otros. Ciertas necesidades se pueden resolver con dinero, pero otras sólo con una actuación humana y solidaria. La amistad, la comprensión, saber escuchar, un pequeño servicio, etc., son algunos de los aspectos que ayudan a la persona a sentir que forma parte de la sociedad y que no está sola.
- Deseo de igualdad. Para que todas las personas —que tienen la misma igualdad— tengan un mínimo de calidad de vida.
- Portador de esperanza. Porque con su dedicación ayuda a los otros a caminar y mirar hacia delante, sentirse estimados y acompañados.

Pero, a su vez, ha de mantener una actitud de espíritu abierto y disposición de aprender. En este sentido, la voluntad de servicio del voluntario dentro del programa «Cerca de ti», si bien se tiene que concretar en un trabajo que se adapte a sus posibilidades, también debe progresar en el conocimiento teórico y práctico de las exigencias concretas en los diferentes campos de acción, y por esto el voluntario debe estar dispuesto a recibir, en caso necesario, la preparación que se le pide.

El programa «Cerca de ti» exige respeto y acogimiento en lo diferente. Por ello, el voluntario ha de poner en el centro de todas sus intervenciones la dignidad de la persona humana, que por encima de todo requiere ser aceptada y respetada desde su diferencia.

«Cerca de ti» invita a permanecer en actitud de empatía y escucha activa. Comprender cómo piensa y siente la otra persona, ponerse en su lugar. Centrarse en la persona y en sus necesidades, observando el lenguaje no verbal, los sentimientos que hay detrás de sus palabras. Personalizar e individualizar, considerar a cada persona diferente de los demás, valorando cada situación sin generalizar o dejarse llevar por estereotipos y prejuicios. Tener fe en la persona: creer en la capacidad para tomar sus decisiones y resolver sus problemas, desarrollar sus propias potencialidades y capacidades. Trabajar la autonomía, no ser paternalistas ni crear dependencia. El programa destaca, ante todo, que el protagonismo y la última decisión corresponden a la propia persona que acompañamos.

Otra faceta del programa es que el voluntario tiene la ocasión de colaborar con entidades de diverso signo, porque una condición indispensable del programa es que obliga a colaborar y trabajar en coordinación, tanto dentro del equipo de voluntarios como entre las distintas entidades que participan en el programa. «Cerca de ti» se ha mostrado como un estímulo eficaz para impulsar el desarrollo del tejido social, porque ha sido capaz de con-

vocar y poner a cooperar unidas ante un mismo objetivo a diversas entidades de las administraciones públicas, empresas de la iniciativa privada y a entidades de voluntariado.

«Cerca de ti» y la relación entre el voluntario y la persona mayor

En la relación entre el voluntario y la persona mayor debemos partir del principio de que son dos adultos que dialogan, y el objetivo de dicha relación es mantener activas las capacidades del mayor el máximo tiempo posible. En este programa, el voluntario tiene que aportar una ayuda discreta, que no domina ni impone al mayor para hacer o dejar de hacer. Cuida de no sobreprotegerle y le ayuda a ser independiente.

El trabajo principal del voluntario con la persona mayor es procurar tener un encuentro personal, único y singular, enriquecedor para los dos, aunque, como en toda relación humana, existirán momentos con dificultades.

En esta relación con frecuencia se procura que el mayor incremente la sociabilidad y desarrolle relaciones interpersonales, encuentre nuevos centros de interés y nuevos objetivos para conseguir dar sentido a la vida, a la vez que puede ser necesario buscar actividades gratificantes que le permitan mantener una buena autoestima. El voluntario ha de ayudarle a mirar el presente y el futuro, ha de estimularle para que tenga proyectos, aunque conviene que las metas sean a corto plazo.

Las actividades son de gran ayuda para que les permitan sentirse útiles, aunque deben estar programadas conforme a sus posibilidades de movilidad. Su salud física y mental dependerá en gran medida de que tengan actividades creativas, ya que puede contribuir a reducir la preocupación exclusiva por las molestias somáticas.

Conviene tener en cuenta que muchas de las personas mayores que viven en soledad albergan muchas esperanzas y deseos de encontrar a alguien que les ayude a vivir mejor en los años de la vejez y manifiestan la necesidad de conversar con otras personas, de ser escuchados de verdad, sin artificios. El mayor necesita sentirse querido e importante para alguien. Tiene mucha necesidad de signos de afecto, pero no desea ser tratado de manera infantil.

Este programa trata de evitar que la relación entre el voluntario y la persona mayor adquiera un carácter pasivo y desmotivado, ya que siempre puede haber una posibilidad de mantener una relación estimulativa. Para ello se procura utilizar *técnicas de animación estimulativa* (AE), que consisten en un modelo de intervención asistencial y educativa que parte de los estímulos que tiene la persona mayor y de los de su entorno.

La AE trabaja la prevención, el mantenimiento y el desarrollo de las capacidades mentales y físicas. Facilita el proceso de normalización de las actividades de la vida diaria. Potencia espacios en los que el mayor puede decidir y optar por sí mismo. Debe entenderse como un conjunto de actividades realizadas con la finalidad de garantizar un mayor grado de calidad de vida, potenciar procesos de autonomía y de autoestima y promover la creatividad y la libertad de decisión de la persona a la que va dirigida nuestra intervención.

El programa «Cerca de ti» utiliza como estímulo los aspectos más significativos de cada persona, sus propios intereses, sus capacidades reales, sus vivencias, a la vez que potencia procesos de animación y de relación entre la persona mayor y su entorno. Conviene tener muy presente que las actividades que se proponen parten siempre de la individualización y la personalización de la intervención.

Por este motivo, antes de proponer una actividad a una persona o a un colectivo se tienen en cuenta algunos criterios como los que se exponen a continuación:

- La persona y su situación física: la movilidad (problemas de desplazamiento, autonomía, independencia) y los sentidos (vista, oído).
- Funciones cognitivas: lenguaje, comprensión, orientación en el tiempo y el espacio, memoria, capacidad de comunicación y de adaptación.
- Todas las características propias que hacen de la persona un ser único, individual e irrepetible: sentimientos, vivencias, motivaciones, historia de vida, hábitos, sensaciones, recuerdos, etc.
- El entorno físico, que es el lugar donde desarrolla sus actividades concretas: sus espacios, su domicilio, su calle, su barrio, el ambiente que le es propio.

Se procura encontrar estrategias, técnicas y actividades que favorezcan que el mayor se sienta cómodo en estos entornos.

Se procura velar para que la persona participe, opte y decida ante las actividades que se le proponen. No se trata de dar todo hecho y decidido, sino intentar que cada uno, según sus posibilidades, participe en la toma de decisiones, a la vez que las actividades se caracterizan por su adaptación a la persona permitiendo un ritmo libre y un esfuerzo moderado. Que potencien sus facultades procurando que sean sencillas, lúdicas y creativas y que faciliten su integración y ayuden a mantener un vínculo con la sociedad potenciando la toma de decisiones, y que eviten la sobreprotección.

La principal relación del voluntario con la persona mayor se produce mediante las visitas a domicilio, que ayudan a mantener un contacto continuado y «obligan» a la perso-

na mayor a salir del domicilio, a tener que arreglarse, a conversar, a estar al día, etc. Si la persona no puede salir, es posible que pueda invitar, acoger y atender en su casa. En este caso, el apoyo del voluntario puede ser de utilidad para conversar, recordar antiguos amigos, buscar fotografías, ayudar a escribir cartas, organizar alguna merienda o actividad en el mismo domicilio.

Las personas mayores suelen tener bastante tiempo libre, y a veces lo ven como un estancamiento y lo viven con sentimiento de inutilidad. Conviene que este tiempo que ahora tienen lo disfruten en distracciones que quizá no pudieron llevar a cabo en su juventud o época adulta. Es posible que descubran habilidades ignoradas que pueden poner al servicio de los demás.

Es frecuente que muchas de las personas que hoy son mayores no tuvieron la oportunidad de practicar aficiones o *hobbies* durante su vida. Siempre se pueden aprender y descubrir cosas nuevas. Potenciar las capacidades de las personas mayores puede ser muy positivo y enriquecedor. El apoyo del voluntario servirá para motivar a la persona, aportar ideas, conseguir el material necesario para la actividad y apoyo en la realización.

También se puede practicar el juego, entendido como estímulo y entretenimiento, ya que debemos considerarlo una actividad humana de la cual no se puede prescindir en ninguna época de la vida, si bien en cada etapa tendrá características y componentes distintos. El juego permite trabajar aspectos concretos de las personas y que puedan disfrutar de la actividad. Es importante para todos, no importa cuál sea la edad.

También, dentro de las intervenciones del programa, se trata de fomentar las relaciones intergeneracionales, que son una fuente de aprendizaje constante y de sorpresas enriquecedoras para todos los que las pueden disfrutar y, por supuesto, trabajar aspectos de movilización, coordinación, atención o memoria.

En definitiva, el programa «Cerca de ti» quiere poner de manifiesto que una de las más numerosas y extendidas pobrezas de nuestro tiempo, como es la soledad de las personas mayores, es un problema que nos concierne a todos. Es tarea de la sociedad, de sus distintos organismos, intervenir para garantizar una tutela efectiva de esta parte de la población que vive la mayor parte de las veces olvidada, pero para ello, puesto que se trata principalmente de una emergencia de calor humano, es fundamental el voluntariado, que está dispuesto a humanizar las relaciones entre las personas y constituye un recurso enormemente eficaz frente a la soledad de los mayores.

La familia protectora

Iosune Goñi Urrutia

Socióloga. Trabajadora Social. Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pública de Navarra.

Introducción

El fotograma que se muestra en la figura 1 representa una familia tradicional muy numerosa, con una extensa prole. Se trata de una familia con varias generaciones coexistiendo y conviviendo, y en la que el abuelo ocupa una posición importante. Efectivamente, es una gran familia: «La gran familia» (1962), dirigida por Fernando Palacios, producida por Pedro Masó y que cuenta con el entrañable actor madrileño Pepe Isbert en el papel



Figura 1. Fotograma de «La gran familia» (1962).

de abuelo. Esta pequeña joya de la filmografía española forma parte de nuestro patrimonio cultural nacional.

La familia invisible

A pesar de su considerable tamaño (15 vástagos, algo un poco exagerado, al tratarse de una comedia, pero que refleja la realidad propia de la generación de nuestros padres y abuelos, donde algunas unidades familiares estaban compuestas por ocho, nueve o diez hijos) y de sus importantes funciones benefactoras, la familia ha permanecido invisible a los ojos de los investigadores sociales. Estos han mostrado escaso interés por analizar qué pasaba en el seno de las familias: sus relaciones, procesos y dinámicas internas, los roles de sus diferentes miembros, así como sus funciones sociales.

También ha permanecido oculta a los ojos de los diseñadores de las políticas sociales (*policy makers*), que no han reconocido su papel en la producción y distribución de bienestar y que tampoco la han considerado objeto de protección. Las políticas familiares se han reducido durante muchos años a la prestación por hijo a cargo de la Seguridad Social, que a principios de la década de 1980 equivalía aproximadamente a dos ejemplares de periódico, y que no se han desarrollado hasta finales del siglo xx y principios del XXI.

Volver a la familia

En las últimas décadas, no obstante, hemos sido testigos de un florecimiento de la cuestión familiar. Podríamos decir que hemos vuelto a la familia, aunque la familia siempre ha estado ahí. Obviamente, ya no es la misma familia, sino una institución social diferente en continuo proceso de cambio: mucho más reducida en tamaño, en la que viven simultáneamente hasta cuatro y cinco generaciones, aunque raramente conviven bajo el mismo techo; en la que los mayores con frecuencia forman hogares unipersonales o viven con su pareja únicamente. Es lo que se ha denominado verticalización de la familia: muchas generaciones coexistiendo (dada la prolongación de la esperanza de vida), pero dotadas de muy pocos efectivos (por las reducidas tasas de natalidad).

Como consecuencia del renacimiento de la cuestión familiar, y en relación con la población mayor, en la actualidad disponemos de estudios cuantitativos y cualitativos y, por tanto, contamos con un volumen notable de datos acerca del papel que desempeña la familia en el cuidado de las personas mayores: tiempo dedicado, perfil sociodemográfico de las personas cuidadoras, etc. Sabemos que el cuidado de las personas mayores es de «género femenino y número singular», utilizando las palabras de Pilar Rodríguez

(Rodríguez Rodríguez, 1999a). Conocemos también las consecuencias negativas de la acción protectora familiar cuando se concentra en una sola persona: sobrecarga, estrés protector, aislamiento social, etc.

La familia: principal agente protector del régimen de bienestar mediterráneo

De este modo, nos encontramos en condiciones de decir, sin ningún género de duda, que la familia es la principal fuente de bienestar en nuestra sociedad. Esto ocurre no solamente en los países incluidos en el modelo mediterráneo de bienestar (España, Italia, Grecia y Portugal), donde lo que prima es la atención directa, sino también en otros países con estados de bienestar más generosos, como los escandinavos (Suecia, Dinamarca o Noruega) o los pertenecientes al modelo continental (Francia, Alemania o Austria). En ellos, la familia se ha especializado en funciones relacionadas con la gestión y organización de los cuidados, además de las tradicionales actividades de apoyo emocional y afectivo, que realiza en todos los contextos.

Tratando de enlazar con el tema central de estas jornadas, es decir, la economía, podríamos formular la anterior afirmación a modo de interrogante, a saber: ¿cuál es el principal bien o recurso que consumen las personas mayores con necesidades de atención?

La respuesta a la pregunta no es otra que el «bien familia», entendido como un ente productor de recursos múltiples: tiempo de cuidado, transferencias económicas, vigilancia, compañía, mediación respecto a los sistemas protectores: salud, servicios sociales, vivienda, etc.

Y esto lo señalo teniendo muy en cuenta que, cuando se encuentran bien de salud, en nuestro país los mayores constituyen una fuente inestimable de apoyo para sus respectivas familias: favorecen la incorporación laboral de la mujer cuidando a sus nietos, apoyan económicamente a sus hijos cuando atraviesan períodos de dificultad económica o desempleo, los acogen de nuevo en su domicilio en procesos de separación matrimonial o divorcio, etc.

Por tanto, la protección familiar de la dependencia de las personas mayores, es decir, el cuidado y la atención que procura la familia a sus miembros frágiles de más edad, se nos presenta como una modalidad esencial de producción y distribución de bienestar. Esta dimensión es importante dado que las necesidades de nuestros mayores son cubiertas en buena medida, aunque no solamente, por la familia.

La protección familiar de la dependencia como relación

Pero la protección que la familia ofrece en casos de dependencia de mayores es también una relación, proteger representa una forma de establecer y restablecer relaciones. Esta segunda vertiente es igualmente relevante, ya que las relaciones son una de nuestras principales fuentes de satisfacción vital (y también de insatisfacción).

Cuando se produce la dependencia, es decir, cuando la persona mayor experimenta una disminución en sus facultades y en su capacidad para llevar una vida autónoma e independiente, las relaciones entre los miembros de la familia y la persona mayor cambian. La dependencia marca, en este sentido, un antes y un después. A partir de este momento o período (puesto que la dependencia a veces no irrumpe de manera súbita, sino que se presenta de manera insidiosa o no precisa, y se va manifestando poco a poco), la relación toma un cariz particular. Sin embargo, el vínculo no comienza en este momento, sino que las relaciones familiares tienen una historia: empiezan cuando nacemos y se desarrollan a lo largo de nuestro itinerario de vida, y en buena medida son el producto de él.

La dependencia actúa como una lente de aumento (Beyebach, 2008), de manera que si los vínculos han sido cordiales y basados en el respeto y en el afecto, es bastante probable (aunque no seguro) que la unidad familiar sea capaz de hacer frente a una situación adversa como la necesidad de atención. Por el contrario, si no ha habido buena sintonía entre los miembros de la familia y/o entre ellos y la persona mayor, es bastante probable que la familia sea incapaz de afrontar las dificultades asociadas al cuidado de una persona mayor dependiente.

Débil norma de autonomía, vínculos familiares de dependencia, solidaridad ambivalente y gap generacional.

Las relaciones de protección que se producen con ocasión de la dependencia tienen que ver con una serie de factores. Por un lado, y tal y como se indica en el Proyecto OASIS (2003), frente a los mayores de otros países, como Noruega, Alemania, Reino Unido o Israel, en nuestro país existe una débil norma de autonomía. Esto quiere decir que, a diferencia de las personas de más edad de estos países, que esperan utilizar los recursos públicos o privados: centros de día, residencias, etc., nuestros mayores esperan y desean ser atendidos por sus respectivas redes primarias.

Esta tendencia no es completamente mayoritaria, en varios estudios se ha detectado un salto generacional, de manera que los más mayores se inclinan por esta fórmula tradicional, mientras que se observan cambios en las cohortes más jóvenes de mayores:

a) serias dudas acerca de la capacidad de los hijos para hacer frente a sus necesidades futuras de cuidado (debido a la crianza de nietos, pago de la vivienda, trabajo de los dos progenitores o nuevos estilos de vida) y b) un deseo frecuente de no querer suponer una carga. Lo señalado hace que los mayores más jóvenes muestren su escepticismo acerca de la continuidad del modelo tradicional de cuidado (Goñi Urrutia, 2007), que ven peligrar.

Autores como Mauricio Ferrera (Ferrera, 1996), Teresa Jurado, Manuela Maldini (Jurado y Maldini, 1996) o Almudena Moreno Mínguez (Moreno Mínguez, 2005) señalan, entre otras características de las familias de la Europa meridional, las relaciones de dependencia entre sus miembros. Estos autores señalan que la escasez de recursos públicos y la privatización en la esfera familiar de la atención de la dependencia (también de la infancia), y dado que el sector informal es en parte función de la oferta y distribución de los servicios sociales y de las políticas sociales y económicas, se pueda hablar de solidaridad y dependencia familiares.

Tal y como he apuntado en otros trabajos sobre la protección que la familia ofrece a las personas mayores en situación de fragilidad (Goñi Urrutia, 2007; 2009; 2010), las relaciones protectoras se llevan a cabo en un contexto de fuerte solidaridad, de intensa ambivalencia (Lüscher y Pillemer, 1998) y de tensión y conflicto, aunque en un grado bastante más moderado.

El modelo de la solidaridad ha dominado durante décadas el ámbito de la investigación. Se ha pasado del olvido a la exacerbación de la solidaridad ejercida por las redes familiares y a una imagen un tanto edulcorada de la familia como remanso de paz. La solidaridad existe, es cierto, pero no es una solidaridad «blanca», exenta de toda dificultad.

Al mismo tiempo, se ha considerado que la solidaridad se basa en el afecto, relaciones positivas, consenso en valores, etc. y se han interpretado los aspectos negativos: conflictos, ambivalencia, etc., como una ausencia o déficit de solidaridad. Sin embargo, esto no deja de ser un sesgo o un error, ya que las tensiones, la ambivalencia y el conflicto se producen precisamente como consecuencia del ejercicio de la solidaridad familiar en circunstancias complejas. De este modo, el triángulo formado por la solidaridad, el conflicto y la ambivalencia se encuentra inexorablemente asociado a la práctica cotidiana de la solidaridad intrafamiliar en situaciones de dependencia (Goñi Urrutia 2007; 2009).

En numerosas ocasiones, el conflicto no se manifiesta de manera expresa, sino que se mantiene latente para no poner en peligro la cohesión interna familiar. Sí se detecta, no obstante, un gap generacional, que toma forma en divergencias a la hora de concebir la protección como consecuencia de un proceso de socialización y de una vida

desarrollada en períodos históricos muy diferentes. Pensemos, por ejemplo, en personas de 85-90 años y en sus hijos de 55-60 años, que han nacido a principios y mediados del siglo xx, respectivamente; los primeros vivieron la guerra civil y los segundos la época del desarrollismo, etc.

La brecha generacional se manifiesta también en «ruidos» en la comunicación, dificultades para entenderse, aislamiento en mundos diferentes, expectativas que no se cumplen, etc. El sociólogo Donati considera estos procesos verdaderas «migraciones de época» (Donati, 2003). Las generaciones de mayor edad esperan que las hijas se ocupen de su atención, aunque seguramente nunca se lo hayan dicho ni vayan a hacerlo, ya que constituye un tabú que las familias raramente abordan y discuten abiertamente. Esperarán recibir lo que nunca han pedido y lo que sus hijas tampoco tienen claro que sea únicamente responsabilidad suya. En la actualidad no existe una frontera nítida entre la responsabilidad social sobre la dependencia y la familiar, es decir, hasta dónde tiene que llegar la acción social pública y hasta dónde la acción de las familias. Cuando se trata de hijas mayores que no se han incorporado al mercado laboral o que ya lo han abandonado tras la jubilación, no se generarán grandes problemas. Por contra, en el caso de mujeres de menor edad, con otras responsabilidades laborales, personales, etc. que tienen que articular con el cuidado, se producirán una gran incertidumbre y ambivalencia.

Despotismo ilustrado familiar: «todo para la persona mayor, pero sin contar con la persona mayor» (Goñi Urrutia, 2009)

Las familias tienen en cuenta los deseos de sus mayores frágiles a la hora de llevar a cabo las decisiones más importantes o de mayor trascendencia: contratación de una cuidadora profesional, demanda de servicios o recursos en los servicios sociales, etc. Sin embargo, ejercen una suerte de despotismo ilustrado familiar en las decisiones de menor calado y no tan cruciales en todo lo que tiene que ver con elecciones relacionadas con la vida cotidiana: adaptación de vivienda, equipamiento, cambio de bañera por ducha, etc.

La familia asume con relativa frecuencia la responsabilidad completa sobre la protección, incluyendo la potestad sobre el ejercicio de la adopción de decisiones. La protección familiar ilustrada representa una asunción excesiva de responsabilidades acerca de la atención de los mayores frágiles. Se trata de una solidaridad ejercida de manera inadecuada, que pone en peligro su autonomía y su capacidad para decidir por ellos mismos en el contexto de una débil norma de autonomía, unas relaciones familiares

basadas en la dependencia, un grado de ambivalencia muy elevado, moderadas dosis de conflicto y un notable gap generacional.

Relaciones familiares de interdependencia desde la autonomía personal y la libertad de decisión

Ante las circunstancias descritas, nuestra propuesta consiste en fomentar unas relaciones familiares basadas en la interdependencia o mutua dependencia entre las generaciones que integran las redes familiares, y desarrollada desde el ejercicio de la autonomía personal y el gobierno de la propia existencia. En segundo lugar, desde la libertad de los mayores para decidir qué vida desean cuando su capacidad de autovalimiento se ve mermada. Y, en tercer lugar, desde la libertad de las generaciones más jóvenes para prestar cuidados sin tener que renunciar a sus aspiraciones e intereses personales. Proteger a los miembros mayores en situación de dependencia desde estos parámetros generaría cohesión en las familias y, por ende, cohesión social.

Para ello resultaría necesario contar con una serie de elementos. Por un lado, serían precisos recursos sociales suficientes para que las personas mayores pudieran encontrar por sus propios medios (si los poseen), o con apoyo de las instituciones (si carecen de ellos), servicios adecuados en el sistema público de servicios sociales y en el mercado. Contar con los recursos necesarios permitiría a las personas mayores no tener que depender tanto de sus redes primarias familiares.

Sería precisa también una filosofía del autocuidado entre las personas de más edad y en el conjunto de la población, que se debería cultivar desde la infancia, con objeto de mantener la capacidad de responsabilizarse de uno mismo hasta edades muy avanzadas.

También resultaría conveniente adoptar un sentido de autonomía más pronunciado que contrarrestara el déficit detectado entre nuestra población mayor. Este sentido de autonomía se empieza a intensificar en las generaciones más jóvenes de mayores, de modo que podemos pensar que en el futuro adquirirá una mayor presencia en el ámbito que nos ocupa.

Consideramos asimismo importante la instrumentalización del patrimonio de las personas mayores en nuestro país. La mayor parte de ellas tienen en las pensiones de la Seguridad Social su principal fuente de ingresos, pero más del 80% posee una vivienda en propiedad, que supone un importante capital inmobiliario, además de unos ahorros más o menos sustanciosos.

Los mayores actuales pertenecen a la generación de la guerra civil y a la generación de la posguerra. El hecho de haber tenido que vivir tiempos tan duros ha forjado en ellos un estilo de vida muy austero. El patrimonio que poseen no tiene únicamente un valor material o monetario, sino también simbólico, ya que constituye el resultado de toda una vida de esfuerzo y, a menudo, de privaciones. Además, representa el legado que van a dejar en el mundo cuando se vayan; la herencia que transmitirán a la siguiente generación. Estos factores actúan como obstáculos para la utilización de los recursos que poseen los propios mayores en favor de una mejor atención y de un mayor nivel de bienestar para ellos.

Protección familiar de la dependencia sostenible

Para finalizar, apostamos por la garantía social del derecho de las familias a atender a sus seres queridos mayores en buenas condiciones, sin tener que hipotecar su presente ni su futuro, poner en peligro su salud, renunciar al ocio y a las relaciones sociales, y sin provocar una merma en el ejercicio de la autonomía de las personas mayores ni en su capacidad para decidir sobre lo que les conviene o deja de convenir.

«Armonía intergeneracional. Por una sociedad para todas las generaciones».

Bibliografía

- Beyebach, M. (2008). Familia y Alzheimer. *Revista Minusval*, 17, 29-31. Recuperado el 28 de julio de 2011, de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/168dossier.pdf>
- Donati, P.P. (2003). *Manual de Sociología de la Familia*. Barañain: EUNSA.
- Ferrera, M. (1996). The Southern Model of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, 1, 17-37.
- Goñi Urrutia, I. (2007). *Protección familiar de la dependencia de personas mayores. Estrategias y trayectorias*. Tesis doctoral. Universidad Pública de Navarra.
- Goñi Urrutia, I. (2009). Solidaridad ambivalente y despotismo ilustrado familiar en las relaciones de la población mayor dependiente. *Revista Sistema de Ciencias Sociales*, 211, 73-90.
- Goñi Urrutia, I. (2010). Dinámicas y estrategias familiares de protección de la dependencia de la población mayor. *Documentación Social*, 156, 193-208.
- Jurado, T. y Maldini, M. (1999). Is the South so different. Italian and Spanish families in comparative perspective. *South European Society and Politics*, 1 (2), 42-66.
- Lüscher, K. y Pillemer, K. (1998). Intergenerational Ambivalence. A New Approach to the Study of Parent-child Relations in Later Life. *Journal of Marriage and the Family*, 60 (2), 413-425.
- Moreno Mínguez, A. (2005). Empleo de la mujer y familia en los regímenes del bienestar del sur de Europa en perspectiva comparada. Permanencia del modelo del varón sustentador. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 112, 131-163.

- Rodríguez Rodríguez, P. (1999a). Las necesidades de las personas mayores dependientes. *Revista de Asuntos Sociales*, 8, 38-41.
- Rodríguez Rodríguez, P. (1999b). *El problema de la dependencia en las personas mayores. El reto de la dependencia al envejecer*. Moragas, Ricardo (ed.). Barcelona: Herder.
- OASIS (2003). *Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity*. Final Report. Lowenstein, A. & Ogg, J. (eds.). Center for Research and Study Aging. The University of Haifa, Israel.

El voluntariado de mayores para mayores

Rafael Izquierdo de Bartolomé

Presidente de Desarrollo y Asistencia. Madrid.

El mayor, una realidad preocupante

Antes de comenzar con mi intervención quisiera plantear una cuestión que, quizá como persona que tiene 77 años, me preocupa mucho y que distorsiona la realidad: ¿Cuándo una persona debe ser considerada mayor? ¿Por qué consideramos mayores a las personas que tienen más de 65 años? ¿Por qué administrativamente a esa edad cesa su actividad laboral? Considero que sería no sólo interesante sino necesario abrir un debate sobre esta cuestión.

Por otra parte, me gustaría formular otra pregunta: ¿Cómo se percibe al mayor en nuestra sociedad? Pues el mayor no tiene por qué responder a los criterios que nos han ido marcando, como es considerar personas mayores a las que tienen más de 65 años, tras el cese de su actividad laboral. Independientemente de la edad, esos criterios se rigen por la edad cronológica, que es muy distinta de la edad psicológica de la persona. Es interesante, en este sentido, lo que señalaba el general Mac Arthur en 1945 al considerar persona mayor a aquella que «ha abandonado sus ideales, el que deja de ser receptivo a lo bello, bueno [...]», en definitiva, que es un estado del espíritu.

A este respecto, me gusta siempre citar a Cicerón, que en el año 46 a.C., a sus 62 años, un año antes de su muerte —no natural—, ya hablaba sobre la vejez en su obra *De Senectute*, en la que exponía «los beneficios que proporciona una vejez sana y las ventajas que reporta en experiencia y sabiduría» a la sociedad. Basta recordar que el Senado de Roma que regía en la práctica los designios de la República estaba compuesto por los *senex*, hombres de avanzada edad que detentaban el poder y aseguraban el respeto de la tradición.

Con independencia de lo anteriormente dicho y partiendo del hecho de considerar mayores a los que sobrepasan los 65 años, quisiera comenzar diciendo que el *mayor* es una realidad preocupante, tal como ponen de manifiesto las estadísticas (tabla 1).

Tabla 1. Población mayor de 65 años en España, en la Comunidad de Madrid y en el municipio de Madrid

	Población (millones)	Más de 65 años		Más de 80 años	
		(millones)	%	(millones)	%
ESPAÑA	45,2	7,5	16,7	2,1	4,5
Comunidad de Madrid	6,1	0,875	14,4	0,234	3,9
Ayuntamiento de Madrid	3,2	0,602	18,8	0,160	5,0

Las cifras hablan por sí solas: tenemos una sociedad cada vez más envejecida, el número de personas en riesgo de exclusión social (soledad, dependencia, semidependencia, etc.) está en aumento, el número de personas de más de 65 años ya sobrepasa el número de personas menores de 14 años, la pirámide poblacional ha perdido su configuración piramidal, etc. A todo ello cabe añadir que, para el año 2050, España será el segundo país del mundo más envejecido, con un porcentaje de personas de más de 65 años superior al 33% de la población total, el doble que en la situación actual.

En este contexto, podemos clasificar a las personas mayores en dos categorías: aquellas que requieren una atención especial por estar en riesgo de exclusión social por motivos de soledad, enfermedad, discapacidad, desarraigo, dependencia, semidependencia, etc., y aquellas otras que están en plenitud de capacidades físicas y mentales para realizar actividades y con gran potencial de desarrollo personal y solidario, y que además disponen de tiempo libre.

Ante esta situación, los grandes retos que debe afrontar la sociedad son:

- La mejora de la calidad de vida del mayor en riesgo de exclusión social por cualesquiera de los motivos anteriormente citados, proporcionándoles atención personal, ayudándoles a integrarse en la sociedad, facilitándoles un envejecimiento saludable, paliando los efectos negativos de la soledad, instaurando medidas de prevención, etc.
- El reconocimiento del derecho del mayor a llevar una vida digna e independiente y, además, en lo que a mayores activos se refiere, a participar en la vida social y cultural, facilitándole los medios adecuados para un envejecimiento activo y saludable.

Dentro de los problemas mencionados con los que puede enfrentarse una persona en riesgo de exclusión social, con independencia de su edad y situación, es el de la soledad. No es objeto de esta presentación hablar sobre la misma. Sólo decir, siguiendo a Toumier (1961), que «en el caso de los mayores, la soledad es uno de los problemas más importantes y constituye la enfermedad más devastadora que afecta a la vejez». En términos similares se manifestaba la Madre Teresa de Calcuta al decir: «personalmente estoy convencida de que el peor de los sufrimientos es el de sentirse solos, no queridos, no amados. El mayor de los sufrimientos consiste también en no tener a nadie, haber olvidado lo que es una relación íntima y verdaderamente humana, no saber qué significa ser querido, no tener una familia ni amigos». Al igual que en el caso de Toumier, también decía que «no hay enfermedad mayor en el mundo de hoy que esa suerte de pobreza», refiriéndose a «la pobreza de espíritu, de soledad de falta de amor».

Partiendo de la base de que la soledad, el sentimiento de soledad, puede darse en personas que habitan en viviendas, tanto solas como acompañadas, se ha hecho una estimación muy aproximada (solo se ha pretendido obtener un orden de magnitud), partiendo de datos obtenidos en diversos estudios, del número de personas mayores de más de 65 años que, aunque viven en Madrid (en viviendas), sienten el peso de la soledad.

Los resultados obtenidos revelan que más de 200.000 personas de más de 65 años, que habitan en vivienda, en la Comunidad de Madrid, sufren el grave problema de la soledad (tabla 2). A este número haría falta añadir aquellas personas mayores que, aunque viven en residencias, centros de acogida, hospitales, etc., presentan la misma patología.

Tabla 2. Datos del número de personas mayores de 65 años que sienten soledad en la Comunidad de Madrid

	Más de 65 años		Número de personas que sienten soledad		
	%	Millones	%	Personas de más de 65 años (%)	Millones
Viven solas	20	0,175	60	12	0,105
Viven acompañadas	80	0,700	15	12	0,105
Total	100	0,875		24	0,210

El voluntariado como respuesta a la problemática de las personas mayores: el voluntariado de mayores para mayores

Ante los retos anteriormente mencionados, el voluntariado de acompañamiento realizado por personas mayores constituye una forma eficaz de atender tanto a los mayores con necesidades de atención social y sanitaria como a las muchas personas mayores que todavía pueden participar activamente en la sociedad, contribuyendo a su humanización.

El voluntariado como respuesta a la problemática de los mayores responde, por consiguiente, a dos necesidades sociales:

- Mejorar la calidad de vida del mayor necesitado de ayuda: el mayor considerado como usuario, al que se puede dar apoyo, afecto, cariño, hacer pequeñas gestiones y dar un respiro a su familia desde el voluntariado.
- Ocupar a mayores activos en labores de voluntariado: el mayor considerado como voluntario, que atiende a otros mayores en situación de vulnerabilidad por enfermedad, soledad, discapacidad, marginación social en domicilio, residencias y hospitales. Al tiempo que participan en su sociedad y contribuyen a la mejor calidad de vida de otros mayores, se mantienen activos, por lo que el voluntariado también supone un beneficio para ellos.

Por tanto, se atiende la situación de las personas mayores desde los dos prismas: aquellos que requieren atención por estar en riesgo de exclusión social, por motivos de soledad, enfermedad, discapacidad, desarraigo, dependencia, semidependencia, etc., y aquellos mayores activos y «desocupados», en plenitud de capacidades físicas y mentales para realizar actividades y con gran potencial de desarrollo participativo y solidario. Estos, a su vez, son poco valorados o valorados negativamente y en riesgo de vulnerabilidad debido a su «desocupación».

Para responder a ello, Desarrollo y Asistencia, con una trayectoria de 15 años en el campo del voluntariado de mayores y para mayores, creó en 1999 una línea de trabajo, impulsada y coordinada por voluntarios mayores activos de la propia organización no gubernamental (ONG), que, bajo el nombre de «La tercera no es la vencida; los mayores atendidos por voluntarios mayores; envejecimiento y calidad de vida», se ha desarrollado con gran éxito y ha ido creciendo y diversificándose para ir dando respuesta a la compleja realidad individual y social del mayor en la Comunidad de Madrid.

Aunque pueda parecer una paradoja, en realidad, el programa anterior de mayores para mayores aporta muchos beneficios, tanto para los voluntarios como para los propios usuarios, como consecuencia de la relación que se establece entre ellos. Entre las ventajas que se obtienen en esta relación entre voluntario y usuario, pueden citarse las siguientes: se facilita la comunicación entre ambos, se consigue una mayor comprensión y empatía entre ambos, facilita al mayor-usuario la mejora de la calidad de vida y la integración social, y permite al mayor-voluntario un envejecimiento activo y saludable, etc.

Desarrollo y Asistencia y el voluntariado de mayores

Antes de terminar quisiera dar una brevísimas información sobre las actividades de voluntariado que hemos venido realizando en el ámbito de la Comunidad de Madrid a lo largo de los 15 años que llevamos de existencia.

Desarrollo y Asistencia es una fundación benéfica social de voluntariado que trabaja en estrecha colaboración con las diferentes instituciones sociales y sociosanitarias de la región y municipios de la Comunidad de Madrid, así como con otras instituciones privadas y empresas, con el fin de ser cauce y motor de solidaridad, mediante la promoción del voluntariado en beneficio de personas desfavorecidas.

En la actualidad, cuenta con cerca de 1.900 voluntarios que atienden a dichas personas, acompañándolas en sus domicilios, residencias de personas mayores (en 21), hospitales públicos (en 11), centros de educación especial y ocupacionales (en 7) y centros de acogida de personas sin hogar (en 2).

Asimismo, desde hace 3 años, está colaborando con colegios profesionales, empresas y otras instituciones privadas con el fin de promover el voluntariado entre los empleados de dichas organizaciones, incluyendo a los ya jubilados, con la particularidad de que los nuevos voluntarios deben atender prioritariamente a compañeros de dichas organizaciones, así como a las personas más allegadas a los mismos, que se encuentren en situación de dependencia o semidependencia.

Entre sus valores caben destacar: la preocupación por el desarrollo integral de la persona, el reconocimiento de su dignidad y el respeto a su libertad. Dentro de sus actividades, Desarrollo y Asistencia pone especial énfasis en el desarrollo del voluntariado de mayores y, por otra parte, intenta contribuir a que puedan tener un envejecimiento activo y saludable. A este respecto, ha organizado e impartido exitosamente en estos últimos 2 años dos cursos de preparación a la jubilación positiva, de 24 horas de duración, dirigido a personas próximas a la jubilación o recién jubiladas.

Prueba de esta preocupación por los mayores es que, en la actualidad, algo más del 45% de los voluntarios de Desarrollo y Asistencia (casi 900 voluntarios) tienen más de 60 años y atienden a más de 1.000 usuarios mayores. Para terminar, sólo añadir que, dado el elevado y creciente grado de envejecimiento de nuestro país, Desarrollo y Asistencia seguirá impulsando su política de voluntariado de mayores para mayores con el fin de mejorar la calidad de vida de los mismos, ya sean usuarios o voluntarios, y contribuir a que su envejecimiento sea saludable, manteniendo su actividad, claro está con las limitaciones que la edad va incorporando.

**Propuestas innovadoras
desde distintos ámbitos.
Experiencias públicas
o privadas**

Proyecto Convivir

Cruz Roldán Campos

Presidente de la Cooperativa Convivir. Cuenca.

Introducción

El objeto de esta exposición es dar a conocer el proyecto de construcción y desarrollo de un espacio residencial para la convivencia de personas mayores denominado Convivir. ¿Cómo surge? ¿Qué características tiene? ¿Qué puede aportar a la sociedad? ¿Qué peculiaridades tiene como propuesta alternativa de otras realidades existentes? En definitiva, ¿qué es Convivir?

Y en esa pretensión informativa, si tuviéramos que definir en pocas palabras nuestra propuesta, podríamos decir que Convivir es un proyecto de convivencia creado para que las personas mayores que decidan incorporarse a él puedan seguir desarrollando sus respectivos proyectos vitales en un ambiente tranquilo y adecuado para conseguir la anhelada calidad de un atardecer de la vida, activo y saludable y con la mayor autonomía posible, o dicho de otro modo, se trata de *un proyecto nacido para añadir vida a los años*.

Antecedentes del proyecto

La idea nació hace más de 5 años, cuando en una reunión de amigos se planteó la posibilidad de crear un espacio de convivencia, como alternativa de las residencias convencionales, integrado por apartamentos especialmente acondicionados para personas mayores y dotado con dependencias para uso común adecuadas para satisfacer las necesidades de alojamiento, manutención, etc., de quienes elijan esta forma de convivir tras la jubilación laboral.

La iniciativa tuvo buena acogida y se decidió estudiar su viabilidad, iniciando el camino para concretar las numerosas facetas que abarca una obra tan compleja y su puesta en marcha.

El grupo promotor

Cuando hablamos de nuestro proyecto nos referimos, obviamente, a todos sus integrantes, pero es indudable que para una obra importante se precisa el impulso, la dedicación y el esfuerzo de un grupo promotor.

En nuestro caso, el grupo promotor está integrado por personas procedentes de distintos ámbitos profesionales (banca, enseñanza, enfermería, empresarios, empleados de distintas empresas —Telefónica, EMT, etc.—), con un nivel de ingresos medio y con el común denominador de una acusada sensibilidad social: son expertos en solidaridad activa, ya que han participado en distintas organizaciones no gubernamentales (ONG) o instituciones de carácter altruista, cuentan con una apreciable experiencia en gestión y gerencia de empresas o entidades de diversa naturaleza y, en consecuencia, tienen capacidad para gobernar y administrar adecuadamente el proyecto con la colaboración de personal especializado.

Por otra parte, la pirámide de edades de los integrantes del grupo garantiza la continuidad.

El análisis del entorno: una clara necesidad social

Este es un proyecto que viene estimulado por la observación atenta del entorno inmediato y por los signos inequívocos que aparecen al otear el horizonte social, de los que se deduce la existencia de una clara necesidad no cubierta suficientemente por las instituciones ni por las entidades públicas o privadas.

En efecto, los cambios demográficos operados en nuestra sociedad nos han llevado a una nueva situación en muchos campos, y claramente con respecto a las personas mayores. De esa nueva situación podemos destacar tres aspectos:

- En primer lugar, el aumento progresivo de la esperanza de vida y el consiguiente incremento de la tasa de envejecimiento de la población. En la actualidad, aproximadamente 8 millones de españoles superan los 65 años de edad. Y la tendencia es creciente, de modo que ya no se habla sólo de la tercera edad, sino también de la cuarta edad (hay un número importante de personas que alcanzan los 90 años de edad, y algunos incluso los 100 años).

- Por otra parte, es evidente la incorporación progresiva de la mujer al mercado laboral, circunstancia sin duda positiva pero que ha tenido ciertos efectos colaterales, entre ellos que ya no sea posible el cuidado o la atención debida de los niños y los mayores dentro de los domicilios particulares por parte de personas de la propia familia (cuidado que, como es sabido, ejercían casi exclusivamente las mujeres), de modo que surge la necesidad de llevar a los niños a las guarderías, y cuando aparecen los signos del ocaso —el vigor se va agostando y las fuerzas físicas declinan—, o si se deshace la pareja y uno de sus miembros queda en soledad, los mayores terminan en una de las residencias conocidas como de la tercera edad.
- También es evidente que, por lo general, las viviendas actuales son pequeñas y no están adaptadas para los mayores.

En definitiva, las previsiones vienen señalando que prácticamente todas las personas mayores, si antes no dejamos esta vida, terminaremos en uno de esos establecimientos para ancianos.

Ahora bien, resulta evidente que nuestra sociedad no cuenta ni va a contar en los próximos tiempos con instalaciones adecuadas para hacer frente a ese reto, toda vez que:

- Según datos recientes, sólo existe cobertura para una de cada cuatro personas mayores que precisarían vivir en residencias.
- Las residencias públicas o subvencionadas no pueden ser ocupadas por ciudadanos que tienen unos ingresos medios, pues quedan reservadas a quienes disponen de menores posibilidades económicas, como es lógico y justo.
- Las plazas que existen en los centros privados son tan costosas que no pueden ser asumidas por la inmensa mayoría de los ciudadanos.
- Por otra parte, también se debe señalar la falta de asistencia integral.

En conclusión, podemos decir que el progreso de *nuestra sociedad no da satisfacción a las nuevas necesidades* surgidas al hilo de los avances conseguidos, de modo que aparecen situaciones contradictorias con el estado de bienestar que se intenta alcanzar, y concretamente en relación con los derechos de las personas mayores a vivir con arreglo a las exigencias de la dignidad humana y los nuevos tiempos.

Con la Organización Mundial de la Salud y otras organizaciones nos planteamos la siguiente cuestión: es cierto que hemos añadido años a la vida, pero ¿estamos seguros de haber añadido vida a los años?

Y ante esta situación caben dos opciones:

- a) Situarse como espectadores insensibles, mirar para otro lado y esperar pasivamente a que cuando surja el previsible evento, los hijos o quien sea resuelvan el problema como Dios les dé a entender.
- b) Abordar responsablemente la cuestión y preparar el futuro de forma participativa y solidaria con quienes compartan esta posición, y colaborar en la creación de una conciencia ciudadana sobre el lugar o el papel de los mayores en la sociedad, de manera que la tercera o la cuarta edad no sean consideradas como edades carentes de sentido vital, cuyo único camino es el aparcamiento hacia la muerte, sino como una etapa en la que sea posible seguir desarrollando el proyecto vital de cada uno, con el mayor bienestar posible, con los sueños, anhelos y esperanzas propios de los seres humanos.

Nuestra respuesta: proyecto Convivir

En esta última opción nos afincamos, dispuestos a proyectar, construir, gestionar y administrar nuestro propio ámbito de convivencia, junto con quienes estén dispuestos a sumar sus esfuerzos para culminar esa obra común.

Por tanto, Convivir surge como una concepción *alternativa a las clásicas residencias de mayores*, a las que, sin menospreciar en modo alguno los importantes y necesarios servicios que prestan, suelen ser trasladados los ancianos por sus hijos o familiares cuando ya no pueden valerse por sí mismos, para ocupar unos espacios no elegidos por ellos, normalmente desconocidos y junto a personas también desconocidas.

Se trata, en consecuencia, de *un proyecto de convivencia solidaria* como respuesta a una patente *necesidad social* y que nace con el propósito de *dar vida a los años*.

¿Qué características debería tener?

En la reflexión sobre las condiciones o características que deberían buscarse en el desarrollo del proyecto, entonces embrionario, se optó por las siguientes:

1. **Basado en la solidaridad.** Nuestra iniciativa, junto con otras parecidas —aunque no muchas, por cierto—, entraña que estamos escribiendo el futuro mediante el desarrollo de un proyecto enteramente nuestro (con las ayudas técnicas necesarias, naturalmente).

Un proyecto *participativo*, que llegará hasta donde libremente decidan los socios y en el que tengan ocasión de ser protagonistas de su propia obra.

Tras sopesar otras opciones, elegimos precisamente la forma jurídica de cooperativa integral por entenderla como la más idónea, participativa y solidaria de las posibles.

Los principios básicos que inspiran nuestra cooperativa, que constan en el artículo 2 de los estatutos, son los siguientes:

- Convivir en un clima afectivo de amistad y cooperación, basado en un espíritu de solidaridad y tolerancia.
 - Tener cubiertas las necesidades materiales que se vayan presentando con la edad o la pérdida de la salud.
 - Potenciar las propias posibilidades, contribuyendo a mantener el cuerpo y el espíritu en las mejores condiciones.
 - Procurar una vejez que pueda ser agradable y enriquecedora, permitiendo el cultivo de las cualidades y aficiones de cada uno de los residentes.
 - Considerar las relaciones humanas como fuente principal de bienestar.
 - Combinar la vida de relación social con la independencia personal.
 - Utilizar los servicios públicos y sociales a los que se tenga derecho.
 - Con unas exigencias económicas que puedan ser asumidas por un ciudadano jubilado con ingresos medios.
2. **No especulativo.** En los estatutos se establece un régimen de propiedad cooperativa sobre todos los elementos de que constará el conjunto residencial, que evita tentaciones especulativas impropias o desvirtuadoras de los principios que inspiran el proyecto. No se hará división horizontal de los apartamentos, de cuya propiedad es titular —como de todo el conjunto— la cooperativa Convivir, cuyo Consejo adjudica el uso y disfrute de los apartamentos.
3. **A estricto precio de coste.** Es decir, que el precio que habremos de pagar por las inversiones y los servicios que se nos presten corresponderán lisa y llanamente al coste de los productos adquiridos y a la retribución a los profesionales que se contraten (más los correspondientes impuestos), porque la cooperativa es nuestra propia entidad, sin ánimo de lucro, y nadie de su Consejo rector percibirá retribución ni beneficio económico alguno por su dedicación o gestión, ya que todos actuamos con plena liberalidad y gratuidad.

4. **Económica y socialmente rentable.** Intentamos conseguir una buena inversión, una inversión rentable no sólo en el sentido económico del término, pues se trata de adquirir una participación en un edificio al mejor coste posible y que, sin duda, tiene razonables perspectivas de revalorización (los viejos del lugar afirman que invertir en ladrillos es una buena inversión); sino, además, de alto contenido social, ya que la obra responde a una grave necesidad social.
5. **Asequible.** Según los cálculos efectuados, creemos que su coste puede ser asequible para personas con un nivel medio de ingresos.

¿Qué supone para los residentes?

Pretendemos que las personas que se incorporen en calidad de residentes al conjunto residencial Convivir encuentren en él lo siguiente:

- Un *marco idóneo* para lograr un envejecimiento activo y saludable y prevenir la dependencia.
- Un *clima de amistad y cooperación*, en el que imperen las mejores relaciones humanas, clima imprescindible para satisfacer las necesidades afectivas, de cercanía y cariño a las que son tan sensibles las personas mayores. Eso es lo que tiene más valor para la calidad de vida de los ancianos.
Sobre esta cuestión, el prestigioso doctor Luis Rojas Marcos, célebre psiquiatra que fue responsable de la salud mental de los neoyorquinos, en un libro que se titula precisamente *Convivir*, sostiene que *la calidad de vida es la calidad de las relaciones que uno tiene*: «Las personas que no pueden relacionarse son las que más sufren».
- *La atención de las necesidades que se presenten*, mediante la dotación de los elementos técnicos y personales que se precisen.
- *Los medios, cuidados, atenciones y servicios adecuados* para mantener en las mejores condiciones el cuerpo y el espíritu, afrontando las necesidades que se presenten dentro del conjunto residencial, siempre que sea posible.
- *Independencia, sin aislamiento*. Se trata de respetar la intimidad de cada residente, como exigencia de su dignidad, pero evitando por todos los medios la soledad, ese mal grave y temible de los ancianos. Esa tremenda realidad que aqueja a tantos mayores, tanto en los medios rurales como en las grandes urbes, a veces rodeados de millones de personas, pero absolutamente solos y aislados.

En resumen, se trata de conjugar la libertad e independencia de cada residente con la posibilidad de disfrutar de los servicios y las instalaciones comunes concebidos para una vida tranquila y saludable.

¿Qué es Convivir hoy?

La palabra *convivir*, que constituye nuestro nombre, *es todo un mensaje*, porque con ser importante el motivo fundacional que consta en los estatutos sociales, aspiramos a que la puesta en marcha del proyecto entrañe la superación de ese objetivo formal para configurar un espacio de convivencia auténtica, en el que las dotaciones físicas o materiales conformen el marco idóneo que facilite las condiciones adecuadas para el desarrollo de los proyectos personales de quienes, de forma libre y voluntaria, hayan decidido incorporarse a Convivir, dentro de un clima propicio de ayuda mutua, solidaridad, cooperación y afecto, en el que sea posible armonizar el respeto a la intimidad o privacidad de cada uno de los residentes con la conveniencia o necesidad de compartir los servicios e instalaciones comunes.

Convivir no es un recinto previsto para albergar a personas mayores dependientes, a donde llevar a los ancianos cuando no pueden valerse por sí mismos, sino que está concebido para personas mayores, perfectamente capaces de realizar los actos cotidianos de la vida (es decir, autónomos o independientes), que quieren vivir junto a otras personas en similar situación, en un ambiente que facilite el envejecimiento activo y saludable y la prevención de la dependencia, ahuyentando la soledad.

Pero si alguno de los residentes, por razones de edad, enfermedad o discapacidad, pierde su autonomía física, mental, intelectual o sensorial y requiere la atención de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria (dependencia), no tendrá que sufrir traslado del centro residencial, sino que podrá ser atendido sin salir de él.

En suma, Convivir ofrece a los mayores la oportunidad de elegir su propia casa, toda vez que, lejos de la tendencia tan extendida de infantilizar a los ancianos, pueden decidir libremente en el legítimo derecho de cada uno de regir por sí mismo su vida, sin que nadie elija por ellos.

Desde el punto de vista formal, Convivir es una cooperativa *integral*, figura jurídica que supone que el objeto social no sólo abarca la construcción del conjunto residencial, sino que alcanza también la posterior gestión y administración de los servicios que se presten en el propio conjunto. Según los estatutos, es una entidad sin ánimo de lucro y creada para desarrollar un proyecto residencial y de suministro de bienes y servicios para buscar una forma satisfactoria de pasar en común la vejez (artículo 2 de los estatutos).

Características del edificio

Con la edificación proyectada intentamos aproximarnos al ideal de envejecer en la propia casa, de modo que los apartamentos se constituyan en la prolongación voluntaria del propio domicilio habitual, con la ventaja de liberar a los usuarios de los obstáculos y tareas más arduas, duras, penosas o incómodas, y facilitar las condiciones adecuadas para desarrollar una vida de bienestar máximo de acuerdo con la edad y las condiciones de los residentes. Dicho de otro modo, tratamos de compatibilizar, como hemos señalado, la libertad e intimidad de cada residente en su alojamiento privado —que constituye en realidad su propia casa—, con el uso y disfrute de las zonas, servicios y elementos comunes, ideados de acuerdo con las experiencias contrastadas, para lograr las mejores condiciones y calidad de vida de las personas mayores.

El edificio

A tal fin, el proyecto consiste en la construcción de un edificio que cuente con los elementos siguientes:

- **Apartamentos.** En el edificio están proyectados apartamentos con capacidad para una o dos personas, con uno o dos dormitorios y estudios individuales, con dotaciones suficientes para un adecuado bienestar.
- **Elementos comunes.** Está prevista la construcción de las dependencias correspondientes a los servicios comunes (cocina, comedor, sala de usos múltiples, sala de televisión, biblioteca, servicios de lavandería, limpieza, gimnasio y zona de rehabilitación, piscina, zona de atención sanitaria y enfermería para personas que requieran cuidados especiales), que permitirán a los residentes despreocuparse de las tareas domésticas y disponer de tiempo libre para usar y disfrutar de las actividades y dotaciones colectivas.
- **Otras estancias.** También se prevé la construcción de alguna sala más para actividades diversas, así como despachos para la gestión y administración del conjunto residencial, jardín, zona para huerta, zona de aparcamientos, etc.

Estos elementos son a título orientativo, y se concretarán en el desarrollo del proyecto y según las exigencias normativas.

Otros servicios y actividades

Además de los servicios citados, Convivir tiene previsto el desarrollo de programas para la práctica de ejercicios físicos de mantenimiento, así como de carácter cultural y recrea-

tivo, como excursiones, visitas a museos, actividades literarias, organización de encuentros, cursos, coloquios, conferencias, etc., sobre temas de interés o conveniencia para los residentes y otras personas que puedan ser invitadas. En definitiva, la intención es promover cuantas acciones puedan mantener el cultivo de las potencialidades humanas propias de las personas mayores. No se trata de un aparcamiento de ancianos hasta la muerte, sino de facilitar el pleno desarrollo físico y mental de los integrantes y usuarios del conjunto residencial.

Actuaciones realizadas

- Se ha comprado, pagado e inscrito en el Registro de la Propiedad una parcela de cerca de 50.000 m², idónea para construir el conjunto residencial proyectado.
- Contamos con la resolución administrativa que autoriza la creación del centro residencial para 158 plazas (Resolución del Delegado Provincial de Salud y Bienestar Social de Cuenca de fecha 19 de febrero de 2010).
- El Plan de Actuación Urbanizadora (PAU) correspondiente a la referida parcela está aprobado definitivamente.
- Con fecha 10 de septiembre de 2010 se ha obtenido la licencia de obras necesaria para comenzar la construcción.
- En este momento tenemos el proyecto de ejecución, que se presentará en la asamblea de la cooperativa para su aprobación.

Aportación social

Además de las aportaciones a los usuarios directos del conjunto residencial, creemos que Convivir aporta lo siguiente a la sociedad:

- La creación de riqueza que constituye la empresa constituida y en marcha, con el impulso económico que ello implica para el desarrollo sostenido a favor de la sociedad en que se inserta.
- La generación de un estimable número de puestos de trabajo directos en el propio conjunto residencial, al que hay que sumar los indirectos, en empresas proveedoras y de servicios.
- La integración de los socios en el tejido económico y social de la localidad.
- La participación de los cooperativistas en actividades de voluntariado.

Conclusiones

Pensamos que el proyecto, según se ha expuesto, contiene, entre otras, las siguientes peculiaridades o innovaciones:

- La cooperativa Convivir es una empresa participativa. Los socios pueden intervenir en su gestión y en la realización de actividades, y obtener información de las mismas.
- Se trata de una cooperativa *integral*, figura jurídica que supone que el objeto social no sólo abarca la construcción del conjunto residencial, sino que también alcanza la posterior administración y gestión de los servicios que se presten en él.
- El sistema de propiedad evita la especulación. No se hace división horizontal de los apartamentos, de cuya propiedad es titular —como de todo el conjunto residencial— la cooperativa, cuyo consejo rector adjudica el uso y disfrute de tales apartamentos.
- Los socios son titulares de partes proporcionales o porciones de la totalidad del conjunto residencial, que pueden transmitir a través del consejo de la cooperativa y al precio determinado en la última asamblea general de la misma, y también por vía hereditaria.
- Convivir ofrece la oportunidad de elegir la propia casa cuando el interesado puede decidir libremente, en el legítimo derecho de cada uno de regir por sí mismo su vida, sin que nadie elija por él.
- No se trata de la clásica residencia convencional, donde se lleva a las personas mayores cuando no pueden valerse por sí mismas, sino que está concebida para personas mayores perfectamente capaces de realizar los actos cotidianos de la vida (es decir, autónomos o independientes), que quieren vivir junto a otras personas en similar situación, en un ambiente que facilite un envejecimiento activo y saludable, y para la prevención de la dependencia, ahuyentando la soledad.
- Si alguno de los residentes, por razones de edad, enfermedad o discapacidad pierde su autonomía física, mental, intelectual o sensorial y precisa la atención de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria (dependencia), no tendrá que trasladarse desde el centro residencial, sino que podrá ser atendido sin salir de él.
- Los precios para los cooperativistas corresponden estrictamente al coste, ya que no se generan gastos de gestión (los socios son los propios gestores), ni tienen que abonar beneficios a terceros.

- El proyecto supone la creación de una empresa sostenible para prestar servicios gerontológicos necesarios y de alto valor para la sociedad en que se inscribe, con la consiguiente generación de más de 100 puestos de trabajo durante la construcción y de más de 50 empleos estables y permanentes (sin contar con los empleos indirectos).

Abuelas acogedoras

Sacramento Pinazo Hernandis¹ y Jezabel Lluna Casabán²

¹Doctora en Psicología. Profesora Titular. Departamento de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

²Diplomada en Trabajo Social. Colaboradora de Investigación. Departamento de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

El acogimiento familiar en una familia extensa

Tradicionalmente, los abuelos cumplen un papel principal en la familia cuidando a sus nietos cuando los padres necesitan ayuda, pero también encontramos abuelos que asumen la custodia de sus nietos, su crianza y cuidado debido a que muchos padres no son capaces de desarrollar su rol parental por diversas situaciones, motivos o dificultades que precipitan el cese de la convivencia familiar y desencadenan el proceso de acogimiento familiar: embarazos adolescentes, internamiento en un centro penitenciario, VIH-sida, abuso de drogas, abandono o negligencia, maltrato infantil, enfermedad mental de los padres o muerte, etc.

En Europa, después de la Segunda Guerra Mundial, a la par del desarrollo del estado de bienestar en los países occidentales, los modelos de protección a la infancia basados en la beneficencia fueron sustituidos por otros modelos de protección centrados en los derechos de la infancia. En España, con la llegada de la democracia (a principios de la década de 1980) se fue sustituyendo el *paradigma de la especialización*, que tendía a atender a las personas en centros especiales según el tipo de problemas que presentaban (centros de educación especial, por ejemplo), por el *paradigma de la normalización*, que ofrecía una respuesta a los problemas sin separar a los individuos de su contexto social desde un enfoque ecológico (integración escolar de las personas con discapacidad, por ejemplo). En el caso de los menores que eran separados de sus padres,

el paradigma de la normalización pretendía proporcionar a los niños todas las «experiencias normales» de las que disfrutaría el resto.

Actualmente, en los servicios de protección a la infancia se desarrollan los *programas de acogimiento familiar* como medidas adecuadas para la integración social de los niños en situación de desamparo. Cuando el menor pasa a ser acogido por los servicios de protección a la infancia, la separación de sus padres puede ser temporal (lo que también se denomina *acogimiento simple*), hasta que sus progenitores puedan volver a responsabilizarse del menor; o bien definitiva (lo que también recibe el nombre de *acogimiento permanente*), en el caso de la muerte de los progenitores o imposible recuperación de sus capacidades para ejercer la paternidad.

La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de enjuiciamiento civil, dice, en su disposición final séptima (art. 173 bis): «El acogimiento familiar podrá adoptar las siguientes modalidades atendiendo a su finalidad: acogimiento familiar simple, que tendrá carácter transitorio, bien porque de la situación del menor se prevea la reinserción de éste en su propia familia, bien en tanto se adopte una medida de protección que revista un carácter más estable. Acogimiento familiar permanente, cuando la edad u otras circunstancias del menor y su familia así lo aconsejen y así lo informen los servicios de atención al menor. En tal supuesto, la entidad pública podrá solicitar del juez que atribuya a los acogedores aquellas facultades de la tutela que faciliten el desempeño de sus responsabilidades, atendiendo en todo caso al interés superior del menor. Acogimiento familiar preadoptivo, que se formalizará por la entidad pública cuando ésta eleve la propuesta de adopción del menor, informada por los servicios de atención al menor, ante la autoridad judicial, siempre que los acogedores reúnan los requisitos necesarios para adoptar, hayan sido seleccionados y hayan prestado ante la entidad pública su consentimiento a la adopción, y se encuentre el menor en situación jurídica adecuada para su adopción. La entidad pública podrá formalizar, asimismo, un acogimiento familiar preadoptivo cuando considere, con anterioridad a la presentación de la propuesta de adopción, que fuera necesario establecer un período de adaptación del menor a la familia. Este período será lo más breve posible y, en todo caso, no podrá exceder el plazo de un año» (fig. 1).

En España e Italia, la familia extensa tiene un peso importante en el apoyo a la crianza de los hijos y sustituye en parte la falta de recursos sociales formales. Los abuelos y otros familiares tienen un papel más relevante en la vida familiar que en otros países. De todos modos, en la mayoría de los países occidentales, el acogimiento familiar en familia extensa ha ido aumentando, adquiriendo una especial relevancia y mostrando una distribución muy desigual de los menores en los recursos: actualmente en España encontra-

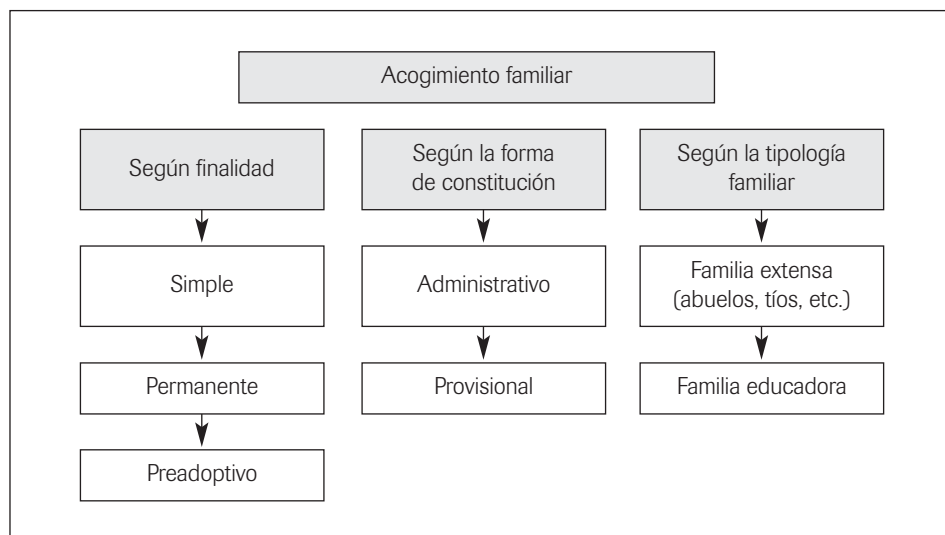


Figura 1. Formas de acogimiento familiar. Elaboración propia.

mos un mayor número de menores en familia extensa (entre el 37 y el 49% según la comunidad autónoma), seguido del número de menores en centros residenciales (entre el 30 y el 40%) y en último lugar, el número de menores en familias ajenas o acogedoras (entre el 8 y el 9%). Datos de Cataluña informan que los acogimientos en familia extensa han pasado del 37,1% de 1998 al 45% en 2005 (Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social). El acogimiento familiar en familia extensa es un recurso alternativo cuando el menor no puede seguir viviendo con sus padres, y es el tipo de acogimiento más frecuente en España, y esto es así por varias razones: la primera de ellas es porque la Ley de 21 de noviembre de 1987 indica que la custodia del menor debe procurarse en la medida de lo posible en el ambiente familiar; en segundo lugar, porque el número de profesionales y de recursos dedicados al cuidado de los menores es muy pequeño (Amorós et al., 2003).

Tal y como hemos dicho antes, desde la década de 1980, en la mayoría de los países occidentales, los acogimientos en familia extensa forman parte de los sistemas de protección infantil, siguiendo una evolución creciente en número y peso específico como recurso de acogimiento. El acogimiento familiar puede ser, en muchas ocasiones, la medida más adecuada para cubrir las necesidades de los niños en desamparo. Es en el seno de una familia donde los niños se desarrollan mejor, creando vínculos afectivos estables y adquiriendo pautas de socialización; por tanto, lo que se pretende mediante el acogimiento familiar es dotar de un ambiente familiar idóneo y estable a un niño

que, de forma temporal o permanente, carece de él. Cuando los profesionales del servicio de protección del menor consideran que el acogimiento es la mejor medida de protección, la legislación (Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección jurídica del menor, en su título II «Actuaciones en situación de desprotección social del menor e instituciones de protección de menores», art. 21) establece que: «Cuando la entidad pública acuerde la acogida residencial de un menor, teniendo en cuenta que es necesario que tenga una experiencia de vida familiar, principalmente en la primera infancia, procurará que el menor permanezca internado durante el menor tiempo posible, salvo que convenga al interés del menor». Atendiendo a este requisito legal, en España se ha producido un aumento de los acogimientos con familia extensa, concretamente con los abuelos, llegando a ser el tipo de acogimiento más frecuentemente utilizado. A pesar de ello, se han realizado muy pocos estudios sobre los acogimientos con familiares en nuestro país. La institución del acogimiento familiar implica la asunción, por parte de los acogedores, de las obligaciones derivadas del ejercicio de la guarda de un menor por una persona o núcleo familiar. Es decir, en virtud del acogimiento familiar, los acogedores asumen las obligaciones de velar por él, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral. El acogimiento familiar en familia ajena o seleccionada es subsidiario del acogimiento familiar en la familia extensa; es decir, el recurso a una familia ajena debe acordarse sólo cuando los parientes del menor no se encuentran en condiciones de asumir de forma apropiada las obligaciones de atención, por lo que constituye un recurso de convivencia normalizada muy favorable únicamente para aquellos casos en los que no es posible atender adecuadamente a los menores en su familia nuclear ni en su familia extensa, siendo un medio idóneo para evitar internamientos y procurarle una forma de vida más apropiada a su interés.

Aun a sabiendas de que la práctica del acogimiento familiar en familia extensa es la forma más antigua de crianza en ausencia de los progenitores, y a pesar de que la legislación muestra la importancia de la familia extensa en el cuidado de los menores y establece que debe ser la primera opción que tener en cuenta por los profesionales en caso de negligencia o abandono, en nuestro país se han llevado a cabo pocos estudios sobre este tema —que además no tienen aún 10 años de madurez—, y tampoco contamos con suficientes investigaciones relevantes sobre él. Entre los trabajos que han ahondado en esta cuestión encontramos los siguientes: el estudio descriptivo de 424 familias del Principado de Asturias (Del Valle et al., 2002) y el Informe sobre la situación actual del acogimiento de menores de España de la Universidad de Oviedo; el estudio realizado en 2004 en la ciudad de Madrid sobre 700 familias (el 70% de los acogimientos era realizado por abuelos, el 49,4% de ellos abuelos maternos) y 889 menores, cuyo objetivo era realizar un análisis de la demanda y resultados del programa de acogimiento fami-

liar (Villaba y Sánchez, 2000); el estudio realizado en 2004 por el equipo de Fuentes (Lumbreras et al., 2005; Bernedo, 2004), que revisó 353 expedientes de junio 2001 a junio 2002 y entrevistó a 70 nietos (de 11 a 17 años) acogidos en familia extensa (el 66,7% de ellos residía con los abuelos maternos), cuyo objetivo general era conocer el perfil descriptivo sociofamiliar de los acogimientos en familia extensa de la provincia de Málaga; y la tesis doctoral realizada en 2004 por Carmen Montserrat (Montserrat, 2006 y 2007) sobre 183 acogedores de la ciudad de Barcelona, de los cuales el 73,5% eran abuelos (el 47,9% abuelos maternos).

En cambio, en Estados Unidos, los conceptos de *custodial grandparenting*, *foster grandparents* o *grandparents as surrogate parents* han sido ampliamente estudiados (Cherlin y Furstenberg, 1986; Kornhaber, 1996; Pruchno y Johnson, 1996; Fuller-Thomson et al., 1997; Burnette, 1998; Szinovacz et al., 1999; Roe y Minkler, 1999; Minkler y Fuller-Thomson, 2000; Cox, 2000; Hayslip y Goldberg-Glen, 2000; por destacar los trabajos más relevantes). Un 5% de los menores estadounidenses vive con sus abuelos y una tercera parte de estos vive sólo con sus abuelos (Minkler, 1996). *Custodial care* es un término poco utilizado en la bibliografía sobre este tema. Uttal, por ejemplo, lo utiliza para describir un tipo de cuidado que no interfiere en la socialización del menor y que tiene únicamente el carácter de supervisión en ausencia de los padres y ante las necesidades físicas y emocionales de los niños, y como opuesto a *surrogate parent*. Sin embargo, en España la situación de guarda y tutela del menor por parte de un familiar directo (habitualmente los abuelos, aunque en menor medida pueden ser los tíos, los bisabuelos u otros), ha tomado el nombre de *abuelos custodios*, *acogimiento familiar en familia extensa* o *abuelos acogedores*.

El número de hogares encabezados por abuelos custodios ha ido aumentando en los últimos años. En 2003, Generations United estimó en 5-6 millones el número de niños que vivían con sus abuelos en Estados Unidos. Por esta razón, el número de investigaciones sobre el tema que han tratado de identificar las variables relacionadas con este tipo de acogimiento también ha ido creciendo. Los primeros estudios mostraron que los abuelos desempeñan un papel importante en el desarrollo emocional, cognitivo y social de los nietos. Solomon y Marx (1995) concluyeron que la salud y el comportamiento de los niños cuidados por sus abuelos era similar al de aquellos niños que vivían con sus padres biológicos a pesar de tener menos recursos económicos. Los abuelos custodios experimentan beneficios como mayor cercanía y haber encontrado un nuevo sentido a sus vidas.

La Child Welfare League of America (1994) cita las ventajas de este tipo de acogimientos: permite que los menores vivan con personas a las que conocen y en las que

confían; reduce el trauma de vivir con personas que inicialmente eran desconocidas; ayuda a la transmisión de la identidad, la cultura y etnia de la familia; fomenta las relaciones y los vínculos con sus padres (cuando es posible), hermanos y otros miembros de la familia extensa; elimina la estigmatización de «niño tutelado» o «menor acogido en familia ajena». Geen y Berrick (2002) analizaron los servicios de protección al menor en Estados Unidos y mostraron que las políticas federales y estatales fortalecen el acogimiento familiar, dotándole de recursos de apoyo formal.

Acogimiento familiar en familia extensa y estrés

No se deben subestimar el número y la diversidad de problemas sociales, físicos, emocionales, económicos y legales a los que se enfrentan los abuelos que se han convertido en cuidadores principales y únicos de los nietos, pues convertirse en abuelo custodio también se asocia con una salud física y mental más pobre, sobrecarga y confusión de rol, aislamiento del grupo de pares e incluso de los otros nietos. Se han identificado muchas fuentes de estrés, como deterioro de la salud física, aislamiento social, mayor número de gastos asociados al cuidado y afrontamiento de los problemas emocionales y de conducta de los nietos. Los abuelos custodios declaran haber tenido una disminución en su nivel de satisfacción con la vida, haber experimentado niveles altos de pobreza, mostrado más síntomas depresivos y sufrido limitaciones en sus actividades de la vida diaria.

Muchos de los niños cuidados por sus abuelos experimentaron abusos en sus familias de origen por parte de sus padres o fueron expuestos *in utero* a sustancias ilegales, tuvieron bajo peso al nacer, síndrome alcohólico fetal o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o sufrieron problemas de ajuste y apego, problemas de retraso con la lectura o de aprendizaje en general y otros problemas mentales, un conjunto de circunstancias que les convirtieron en objeto de problemas físicos y mentales que afectan a su crecimiento y desarrollo. Por todo ello, los niños que viven bajo la custodia de sus abuelos tienen mayor riesgo de sufrir problemas emocionales, conductuales, cognitivos y sociales que los niños de la población general.

De acuerdo con las teorías del estrés —que autores como Sands y Goldberg-Glen (2000) aplican a la situación de los abuelos cuidadores—, estas consecuencias de los cuidados no dependen únicamente de la intensidad e implicación del abuelo en los cuidados de su nieto, sino también de la evaluación subjetiva (*appraisal*) que los abuelos hacen de esos cuidados (por ejemplo, el nivel de dificultad percibida) y de los recursos con los que se cuenta para afrontarlos, ya sean genéricos (por ejemplo, el nivel sociocultural de los abuelos, el nivel económico, etc.) o específicos (por ejemplo, apoyos con los que se

cuenta para realizar las tareas de cuidado, estrategias de afrontamiento, etc.). Estudios como los de Pruchno y Mckenney (2002) estudian los efectos de algunas de estas variables.

Por último, la literatura disponible sobre el tema también ha destacado el papel mediador en esta relación entre cuidados y consecuencias de dos factores adicionales: en primer lugar, los problemas conductuales que presenta el nieto cuidado, que pueden ser relativamente frecuentes en algunos casos de incapacidad de los padres para cuidar de ellos, multiplican las consecuencias negativas del cuidado para el abuelo; en segundo lugar, ciertos aspectos del clima familiar, especialmente cuando este clima se caracteriza por una falta de comunicación y de cohesión, también tienden a agudizar las consecuencias negativas (Sands y Goldberg-Glen, 2000).

Los abuelos custodios: un caso de vulnerabilidad

Una variable importante en el acogimiento en familia extensa es que las abuelas custodias viven una situación de vulnerabilidad social y familiar, psicológica y económica. En los procesos de vulnerabilidad y exclusión se produce una multidimensionalidad con un riesgo importante en varios ámbitos (económico, social, ambiental, familiar y personal) a la vez. Existe una cierta tendencia a que el componente de riesgo de una persona con problemas graves en un ámbito, esté presente en varios ámbitos a la vez. Y es la suma de las puntuaciones en todas estas dimensiones la que da cuenta de un indicador global de vulnerabilidad. En la tabla 1 detallamos algunos de los factores de riesgo que cita el Informe sobre la vulnerabilidad de la Cruz Roja Española, que podrían estar presentes en muchos de los casos de abuelas custodias.

Según el Informe sobre la vulnerabilidad de la Cruz Roja Española (2008-2009): «El concepto de vulnerabilidad social tiene dos componentes explicativos. Por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, grupos, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento natural, económico y social de carácter traumático; y, por otra, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, grupos, familias y personas para afrontar sus efectos. En este sentido, es un concepto relacionado directamente tanto con el de pobreza como con el de exclusión social. La vulnerabilidad social se manifiesta principalmente en forma de pobreza material o económica, desempleo y/o precariedad laboral, dificultades educativas y fracaso escolar, problemas de alojamiento y vivienda, salud insuficiente o mal atendida, fuertes limitaciones para acceder a los servicios sociales y a la protección social, crisis relacional y de vínculos sociofamiliares, problemas legales y de relación con la justicia y/o las agencias de control social».

Tabla 1. Factores de riesgo de vulnerabilidad presentes en las abuelas custodias.

<p>Son factores de riesgo económico Sin ingresos Ingresos <500 euros/mes Percibe pensión de viudedad Desempleo >2 años Percibe pensión no contributiva Percibe renta mínima Trabaja por cuenta propia</p>	<p>Son factores de riesgo social Baja cualificación Estudios primarios Analfabetismo Sufre discriminación Víctima de maltrato</p>	<p>Son factores de riesgo ambiental Vivienda temporal Alquiler sin contrato Hacinamiento Vivienda sin servicios Barrio sin servicios mínimos</p>
<p>Son factores de riesgo familiar Hijos a su cargo (1 o 2) Otros familiares dependientes Hijos a su cargo (más de 3) Familia monoparental Aislamiento involuntario Malos tratos con denuncia Drogas en la familia Prisión en la familia Abusos sexuales</p>	<p>Son factores de riesgo personal Dependencia Discapacidad sobrevenida Depresión Otra enfermedad grave Desintoxicación de drogas Drogodependencia activa VIH sida Alzheimer demencia Alcoholismo Enfermedad mental Hepatitis Discapacidad genética Tuberculosis</p>	

Adaptado de CRE (2009).

Hay que tener en cuenta que al acoger a un menor se producen cambios en la vidas de las abuelas, ya que pasan de cumplir la función de abuelas a ser las principales cuidadoras y responsables de sus nietos; las abuelas están aisladas socialmente, no tienen una red de apoyo fuerte donde pedir ayuda y compartir problemas y menos contacto con los profesionales (Jiménez y Palacios, 2009). Respecto a la relación de las abuelas custodias con los servicios sociales, muchas veces éstas tienen miedo de pedir ayuda por temor a que les quiten a los menores (Monserrat, 2006), y por esta razón muchas de ellas perciben a los servicios sociales como un órgano de control y no como un sistema de apoyo y ayuda.

Fernández del Valle et al. (2008), en su estudio sobre el acogimiento familiar en España, ponen de manifiesto que los aspectos peor valorados por las familias acogedoras son los relativos a las ayudas económicas que perciben, y en concreto, a la insuficiencia de apoyo económico, dificultad para solicitar ayudas y para cobrarlas. Por otro lado, Jiménez y Palacios (2009) encuentran que los abuelos acogedores consideran que las ayudas económicas no se ajustan a sus necesidades y presentan una menor satisfacción en

cuanto al apoyo recibido. A pesar de estas dificultades, las abuelas perciben el cuidado de los nietos como algo positivo, la mayoría de las abuelas se sienten satisfechas y repetirían la experiencia.

A nivel internacional, la investigación realizada sobre acogimiento familiar ha mostrado una serie de ventajas y desventajas asociadas al cuidado de un menor en custodia. Entre las ventajas podemos encontrar las siguientes: *a)* permite al menor permanecer en su ambiente con gente que ya lo conoce y facilita el contacto con familiares y padres; *b)* favorece la formación de la identidad del niño, fortificando el sentido de comunidad y su identidad familiar, así como su historia cultural; *c)* contribuye a la estabilidad afectiva del menor disminuyendo el sentimiento de pérdida familiar; *d)* reduce la probabilidad de que los menores pasen a vivir en centros residenciales de menores.

Pero también algunos autores (Gibbs y Müller, 2000) citan desventajas, entre las que se encuentran las siguientes: *a)* cuando los adultos que tienen la guarda y custodia son los abuelos, se producen más conflictos intergeneracionales que en otro tipo de familias, sobre todo en el momento en que los nietos llegan a la adolescencia (Villalba y Sánchez, 2000); *b)* los familiares pueden ser presionados para que acepten la custodia de los menores con el fin de que permanezcan en la familia; *c)* los cuidadores familiares tienen un nivel educativo más bajo y tienen un menor acceso a recursos económicos y ayudas que otro tipo de cuidadores, condiciones que redundan en un perjuicio para el desarrollo de los menores (incluso muchas abuelas deben reducir su horario laboral o dejar de trabajar por cuidar del nieto; *d)* los cuidadores familiares no reciben una formación específica para el cuidado ni existe un seguimiento del cuidado tan cercano y periódico como lo hay en el caso de otros cuidadores (por ejemplo, la familia ajena) y reciben escasas ayudas económicas. Todas estas dificultades podrían afectar al desarrollo de los menores.

A pesar de la importancia del tema, las investigaciones sobre este fenómeno son escasas y también lo son los programas dirigidos a este colectivo. Si bien son numerosos los talleres y servicios dirigidos a abuelos custodios en Estados Unidos (véase, por ejemplo, el número especial publicado en 2010 por la revista *Journal of Intergenerational Relationships*, vol. 8, n.º 3), en España apenas existen algunas iniciativas aisladas. La que consideramos de mayor envergadura es la puesta en marcha en varios municipios españoles por Cruz Roja Española con el apoyo de la Fundación Reina Sofía en 2009 de una escuela para abuelos y abuelas educadores, si bien se dirige a abuelos cuidadores en general. Constan de unas diez sesiones, abordan aspectos generales del crecimiento del menor, sus hábitos de salud, higiene y nutrición o la mejora de la comunicación con los nietos.

La investigación realizada sobre abuelas custodias

A continuación presentamos los resultados de un *taller de abuelas custodias* realizado en la ciudad de Torrente. La investigación sienta las bases para el despliegue futuro de programas dirigidos a los acogimientos en familia extensa.

Objetivos

Los objetivos que han guiado nuestra investigación han sido: *a)* analizar la situación en la que viven las abuelas que tienen la custodia de los nietos; *b)* evaluar la eficacia de un taller psicoeducativo y *c)* evaluar los cambios en la calidad de vida de las abuelas y de los menores.

Respecto a la intervención directa con las abuelas custodias en el taller psicoeducativo, los objetivos han sido los siguientes:

- A nivel directo, en las abuelas custodias: mejorar la salud física y psicológica; disminuir el estrés asociado al cuidado; mejorar las habilidades de autocuidado y de cuidado de los nietos: alimentación, ejercicio, sueño, relajación; mejorar las habilidades parentales; aprender a manejar los problemas de comportamiento de los nietos; aprender vías efectivas para la solución de problemas con los nietos; mejorar el funcionamiento global familiar.
- A nivel indirecto, en los nietos: mejorar la salud de los nietos en alimentación, ejercicio, sueño y relajación; mejorar su desarrollo y crecimiento; mejorar los resultados académicos; disminuir los factores de riesgo de conductas inadecuadas en comportamiento, comunicación y uso del ocio.

Todavía se está realizando el análisis del posttest, por lo que en este capítulo únicamente mostraremos los análisis realizados al inicio.

Universo, población y muestra

Torrente es el tercer municipio con más población de la provincia de Valencia (83.177 habitantes, de los cuales un 17% son mayores de 60 años y un 17% menores de 16 años). A todos los abuelos custodios perceptores de las ayudas del Ayuntamiento de Torrente se les informó de la puesta en marcha del taller de abuelas custodias (hay que destacar que todas las participantes fueron mujeres) y se les invitó a participar en el mismo, mediante cartas y llamadas telefónicas. Al grupo de abuelas custodias que participaron

en el taller psicoeducativo lo denominamos grupo de intervención ($n = 14$); a la par hubo un grupo de abuelas custodias que no participaron en el taller y a las que también entrevistamos y que se denominó grupo control ($n = 6$). Dado que Torrente tiene una extensión de 69,3 km², el grupo de intervención se subdividió en tres grupos diferentes, ubicados en tres zonas distintas de la ciudad, a los que denominamos: G1, G2 y G3.

Con respecto a la *edad* de las abuelas custodias en el grupo control, un 16,7% de las abuelas custodias tiene entre 55 y 60 años, un 16,7% entre 50 y 55 años, un 33,3% entre 40 y 45 años y un 33,3% entre 35 y 40 años. En el grupo de intervención, el 33,3% de las abuelas tiene 60 años o más, un 41,7% entre 55 y 60 años, un 8,3% entre 50 y 55 años y un 16,7% entre 45 y 50 años.

Con respecto al *nivel educativo* de las abuelas, en el grupo control un 83,3% tiene estudios básicos y un 16,7% no tiene estudios, en comparación con el grupo de intervención, en donde un 8,3% tiene estudios superiores (diplomatura), un 8,3 % tiene educación secundaria, un 66,7% tiene educación básica y un 16,7% no tiene estudios.

Procedimiento. Material y método

En ambos grupos se aplicaron una serie de instrumentos tanto al inicio de la intervención (pretest) como después de ésta (postest). A la vez, se realizaron entrevistas a los técnicos de servicios sociales del Ayuntamiento de Torrente que llevan el seguimiento de los acogimientos en familia extensa ($n = 4$; profesionales que tienen asignadas las cuatro zonas de servicios sociales en las que subdividen la ciudad).

Los *instrumentos de recogida de datos y evaluación* fueron los siguientes (fig. 2):

- **Entrevista semiestructurada a las abuelas custodias.** Aquí se incluyen cuestiones sobre datos sociodemográficos, antecedentes del acogimiento, apoyo social o necesidades y ayudas, cambios o efectos del papel del abuelo, beneficios, educación de los hijos, cuidados y tareas o educación del cuidado de los nietos, pautas de crianza, relación con los nietos, salud, impacto del taller. El lugar de realización de las entrevistas fueron los locales del centro de orientación familiar, y el número de personas entrevistadas fue de diez en el grupo de intervención y tres en el grupo control. Se realizaron entre diciembre de 2009 y febrero 2010. Las 13 entrevistas ocuparon 32 horas y 30 minutos de grabación, que fueron íntegramente transcritas y cuyo contenido fue analizado por triangulación.
- **Rejilla de observación de la dinámica grupal.** A lo largo de las diferentes sesiones del taller, dos observadoras cumplimentaron una rejilla de observación en don-

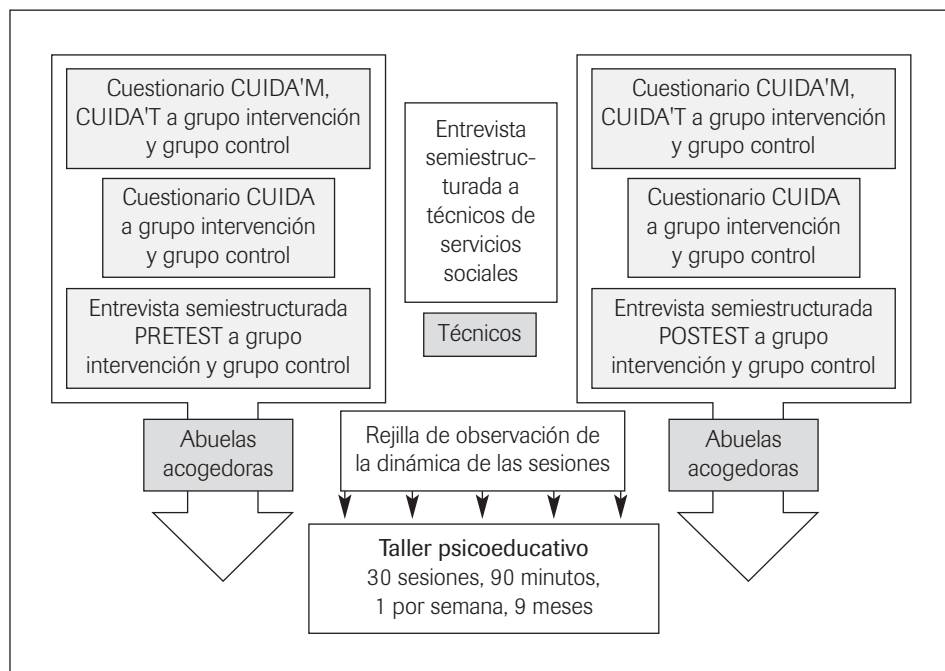


Figura 2. Instrumentos utilizados en la evaluación del taller psicoeducativo.

de debían recoger información relativa a tres variables: liderazgo e iniciativa, jovialidad y emociones.

- **Cuestionario CUIDA'M CUIDA'T.** El cuestionario va dirigido a conocer en mayor profundidad la situación en la que viven las abuelas custodias, fue creado para esta investigación y recoge datos sociodemográficos (estado civil, nivel de estudios, situación laboral, etc.), así como preguntas acerca de las tareas de cuidado y frecuencia con las que se realizan, relación que la abuela custodia tiene con los progenitores del menor, comportamiento de los menores después de estar con sus padres (si es el caso), comportamiento de las abuelas después de que los menores estén con sus padres y estado de salud de las abuelas custodias.
- **Cuestionario CUIDA (cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores, editado por TEA).** El cuestionario mide 14 variables de personalidad, tres factores de segundo orden y un factor adicional (fig. 3). Aporta información sobre estilos de crianza y ajuste en la adopción. Para cada variable se consideran nueve niveles (desde 1: muy bajo, hasta 9: muy alto). El cuestio-

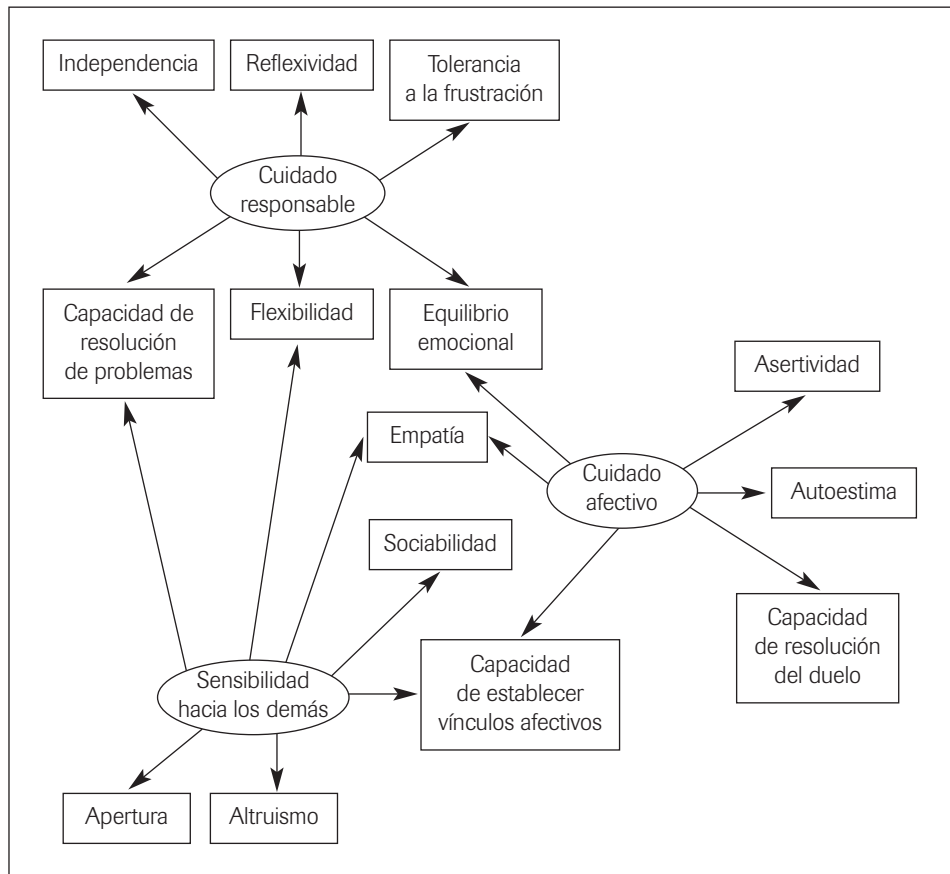


Figura 3. Factores del CUIDA (TEA ediciones).

nario incluye una escala de deseabilidad social, una de inconsistencia de respuestas y una escala de invalidez. Se realizaron seis cuestionarios en el grupo control y 12 en el grupo de intervención.

- **Entrevista semiestructurada a técnicos de servicios sociales.** Opinión sobre el acogimiento familiar, metodología de intervención, acogimiento en otras comunidades autónomas, investigaciones. Se entrevistó a cuatro técnicos. El lugar de realización de las entrevistas fueron los locales de servicios sociales del ayuntamiento. Las entrevistas se realizaron entre enero y febrero de 2010 y dio lugar a 2 horas y 12 minutos de grabación, que fueron transcritas y cuyo contenido fue analizado por triangulación.

Descripción del taller psicoeducativo

El taller constó de 30 sesiones de 90 minutos de duración con periodicidad semanal, a lo largo de un curso escolar. Contaron con una media de 12 asistentes. El lugar de realización de las sesiones fue la sede del centro de orientación familiar de Torrente y locales de servicios sociales del Ayuntamiento de Torrente.

Las sesiones se dividieron en cuatro bloques. Las primeras iban dirigidas a crear un clima de confianza en el grupo, conseguir una comunicación cercana y sincera, y orientar sobre los estilos educativos, la disciplina y la comunicación con los nietos.

Con respecto al *contenido de las sesiones*, se trabajaron las emociones, la asertividad, la autoestima, la escucha activa, la superación de la tristeza y el trabajo del duelo, estrategias de afrontamiento al estrés, la relajación, la necesidad de tener tiempo libre, aprender a cuidar, y aprender autocuidados, nociones de psicología evolutiva (desde la primera infancia hasta la adolescencia), afrontamiento de comportamientos difíciles, poner límites y normas, los estilos educativos, y la comunicación con el nieto.

Durante el curso se realizaron algunas *sesiones intergeneracionales, conjuntas con los nietos*, de ocio y tiempo libre: fiesta de Navidad, fiesta de Fallas, merienda y teatro en Pascua, fiesta y entrega de diplomas de fin de curso, en el aula magna del edificio histórico de la Universidad de Valencia.

Las participantes en el taller llevaban una libreta-diario en donde semanalmente debían anotar sus vivencias en cada sesión, así como los «deberes para casa» que se indicaban de una semana a la siguiente.

En las sesiones se utilizaron diferentes *metodologías didácticas* con el fin de que el taller fuese útil, adaptado al grupo y a la situación, y participativo: *role playing*, discusión grupal, análisis de casos y situaciones, presentaciones en Power Point y uso de documentales y extractos de algunas escenas de películas.

Haciendo una adaptación del modelo de talleres dirigidos a abuelos custodios que lleva realizando con éxito la Dra. Carole B. Cox en Nueva York, el taller se centró en el *empowerment* de las abuelas, desarrollando la autoeficacia. Fue realizado en grupo y el objetivo fundamental fue fortalecer las habilidades parentales de las abuelas custodias con el fin de que estén cada vez más capacitadas para hacer frente a los cambios.

Resultados

El grupo de intervención lo conformaron aquellas abuelas que decidieron apuntarse al taller. De entre las abuelas custodias que no quisieron apuntarse al taller, algunas de

ellas formaron el grupo control. A continuación comentaremos los datos del CUIDA en el pretest realizado a ambos grupos, así como el análisis de las entrevistas semiestructuradas dirigidas a las abuelas.

El objetivo principal fue *conocer la situación en la que viven las abuelas que tienen la custodia de los nietos*, teniendo en cuenta que el concepto de vulnerabilidad social se manifiesta principalmente en forma de pobreza material o económica, desempleo y/o precariedad laboral, dificultades educativas y fracaso escolar, problemas de alojamiento y vivienda, salud insuficiente o mal atendida; fuertes limitaciones para acceder a los servicios sociales y a la protección social; crisis relacional y de vínculos sociofamiliares; problemas legales y de relación con la justicia y/o las agencias de control social (tabla 2).

- **Vulnerabilidad sociofamiliar y psicológica.** Todas las abuelas que formaron el grupo experimental y el grupo control tenían una historia familiar en servicios sociales, percibían un apoyo insuficiente de las entidades públicas, aislamiento social y familiar, problemas legales, emocionales, y a menudo, dificultades conductuales de los nietos por la historia vivida en la familia de origen (maltratos, abusos, negligencias) o por problemas asociados al desarrollo fetal (toxicomanía de la madre, maltrato recibido por la madre, malnutrición de la madre).
- **Vulnerabilidad económica.** La ayuda económica que recibían las familias acogedoras por velar la guarda del menor son los denominados «devengos por acogimiento». La cantidad económica es insuficiente (lo que ocasiona problemas económicos en las abuelas custodias, pues el gasto de la crianza es mayor del ingreso que le aporta la administración pública). La ayuda económica que se percibe varía si esta prestación la realizan las corporaciones locales o territoriales (Conselleria de Bienestar Social), varía entre comunidades autónomas y varía si se trata de familia acogedora extensa o familia acogedora ajena, siendo una cuantía siempre mayor en el caso de familia ajena.

Pasando a valorar los resultados obtenidos en el cuestionario CUIDA, destacamos —como podemos observar en la tabla 3— que las abuelas custodias obtienen, tanto en el grupo de intervención como en el grupo control, una puntuación baja en resolución de duelo, flexibilidad, tolerancia a la frustración, y una puntuación alta en agresividad, altruismo y empatía; estas puntuaciones favorecen que sean las abuelas de la propia familia las que la mayoría de veces se hacen cargo del menor. Tanto las puntuaciones altas como las bajas podrían plantear dificultades en el cuidado de los nietos.

En un primer análisis vemos que las puntuaciones medias más altas del grupo de intervención son las obtenidas en altruismo (media [M] = 6,00; desviación típica [DT] = 2,17) y empatía (M = 6,17 y DT = 2,48). Son personas que ven las necesidades de los

Tabla 2. Tabla de resultados del análisis de las entrevistas realizadas al grupo de intervención

	Fuensanta	Pepi	Nieves
Dimensiones de vulnerabilidad según la Cruz Roja Española	49 años	58 años	59 años
Factores de riesgo económico Sin ingresos Ingresos < 500 euros al mes Percibe pensión de viudedad Desempleo > 2 años Percibe pensión no contributiva Percibe renta mínima	Ama de casa Renta mínima	Ama de casa Más de un año sin cobrar devengos Ingresos > 500 euros/mes Ayuda de servicios sociales (180 euros/mes) Pensión de viudedad	Ama de casa Pensionista Renta mínima
Factores de riesgo social Baja cualificación Estudios primarios Analfabetismo Sufre discriminación Víctima de maltrato	Estudios primarios	Estudios primarios	Estudios secundarios
Factores de riesgo ambiental Vivienda temporal Hacinamiento Vivienda sin servicios Barrio sin servicios mínimos			Vivienda no propia
Factores de riesgo familiar Hijos a su cargo (1 o 2) Otros familiares dependientes Hijos a su cargo (más de 3) Familia monoparental Aislamiento involuntario Malos tratos con denuncia Problemas de drogas en la familia Prisión en la familia Abusos sexuales	2 hijos 1 nieto (4 años) Malos tratos con denuncia Embarazo adolescente (de riesgo) de la madre Abusos sexuales	2 nietos (9-10 años) con TDAH Viudedad Toxicomanía y prisión de ambos padres Enfermedad mental del hijo	3 hijos 2 nietas (8-5 años) abandonados Divorciada Poco apoyo de la familia Alcoholismo Toxicomanía
Factores de riesgo personal Dependencia Discapacidad sobrevenida Depresión Otra enfermedad grave Drogodependencia VIH sida Alzheimer, demencia Alcoholismo Enfermedad mental Hepatitis Discapacidad genética	Cambios en la relación de la pareja Depresión Diabetes Ausencia de ayuda externa Ayuda de servicios sociales (65 euros/mes)	2 nietos (9-10 años) con TDAH Depresión Toma Valium® «para los nervios» Duelo de la pareja no superado	Depresión Ictus

TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Consuelo	Ángela	Delfina	Inma	Paqui
55 años	58 años	63 años	56 años	49 años
Ama de casa Renta mínima	Ama de casa	Ama de casa Ingresos > 500 euros/mes Renta mínima	Ama de casa Ayuda de servicios sociales (100 euros/mes) Pensionista Renta mínima	Ama de casa Desempleo (de ella y de la pareja) Ayuda de servicios sociales (100 euros/mes) Renta mínima
Estudios primarios Sufre discriminación Gitana (adoptada)	Estudios primarios	Estudios primarios	Estudios primarios Víctima de maltrato psicológico y físico de la ex pareja y la hija	Estudios primarios
		Barrio marginal		Hacinamiento Vivienda pequeña
2 hijos 1 nieto (3 años) Toxicomanía	2 hijos 2 nietos (6-7 años) Uno con problemas del corazón Toxicomanía Enfermedad mental	7 hijos 1 nieto (4 años) Toxicomanía y prisión	4 hijos 1 nieta (5 años) Separada Toxicomanía	2 hijas 2 nietos (6 años, gemelos) Embarazo adolescente Malos tratos de los padres a los niños
Dependencia Discapacidad Problemas de corazón Angina de pecho	Prejubilación por minusvalía Enfermedad de nervios Enfermedad de huesos Enfermedad de bronquios Debilidad	Diabetes Alcoholismo de la pareja Duelo del hijo no superado	Depresión Toma Tranquimazin® Problemas de corazón	Discapacidad nieto (autismo)

Tabla 3. Medias (M) y desviaciones típicas (DT) de las escalas primarias del CUIDA en el pretest. Resultados del grupo intervención y el grupo control

Escalas primarias	Grupo intervención		Grupo control	
	M	DT	M	DT
Altruismo (Al)	6,00	2,17	7,17	2,63
Apertura (Ap)	5,00	2,55	4,83	2,22
Asertividad (At)	4,83	2,08	4,67	1,36
Autoestima (Au)	4,17	2,44	6,00	2,44
Capacidad de resolver problemas (Rp)	4,92	2,31	4,33	1,86
Empatía (Em)	6,17	2,48	7,00	2,19
Equilibrio emocional (Ee)	4,58	1,83	4,00	1,09
Independencia (In)	5,33	2,77	4,67	2,31
Flexibilidad (Fl)	3,33	2,53	3,33	1,50
Reflexibilidad (Rf)	4,75	1,65	3,67	2,16
Sociabilidad (Sc)	5,67	2,60	5,00	3,22
Tolerancia a la frustración (Tf)	3,83	2,16	5,00	1,09
Capacidad de establecer vínculos afectivos (Ag)	4,42	1,83	5,00	1,89
Capacidad de resolución de duelos (DI)	2,50	1,97	1,54	1,54

demás y se comprometen sólo cuando lo creen necesario; hacen favores sin verbalizar que lo han hecho y no necesitan ayudar a los demás para saber que su vida tiene sentido. Este factor es importante a la hora de ejercer la guarda del menor, ya que resulta necesario una cierta disposición a ayudar a los demás y no que la ayuda sea vivida como una obligación. Respecto a la *empatía*, es importante en el caso de las abuelas, pues va a condicionar su capacidad para ponerse en el lugar del menor. Una puntuación más alta corresponde a una persona que podrá comprender las preocupaciones, problemas y sentimientos del otro (en este caso, el menor), y le ayudará a resolverlos. Vemos que las abuelas del grupo de intervención obtienen la siguiente puntuación: $M = 6,17$ y $DT = 2,48$; es decir, tienden a una alta comprensión de los demás; procuran no herir sentimientos, aunque en algunas ocasiones no son capaces de aceptar las emociones ajenas ni expresar las propias. No expresar las propias emociones y no canalizarlas podría llevar a una tensión difícil de mantener y un agotamiento psicológico.

Con respecto a la *capacidad de establecer vínculos afectivos*, vemos que el grupo de intervención obtiene una $M = 4,42$ y una $DT = 1,83$ y el grupo control una $M = 5,00$ y una $DT = 1,89$, por lo que podemos decir que tienen un apego seguro, esto es, se sienten bien en la cercanía tanto física como emocional con otras personas y son capaces de cubrir las necesidades tanto físicas como psicológicas de otras personas, en este caso, del menor al que cuidan.

Referente a las puntuaciones más bajas, debemos destacar las siguientes variables que consideramos importantes y más relacionadas con la capacidad de cuidado y de autocuidado: la *flexibilidad* ($M = 3,83$ y $DT = 2,53$), la *tolerancia a la frustración* ($M = 3,33$ y $DT = 2,53$) y la *capacidad de resolución del duelo* ($M = 2,50$ y $DT = 1,97$), todas ellas para el grupo de intervención. Una puntuación baja en flexibilidad como la obtenida en ambos grupos indica dificultad para cambiar de opinión, escuchar a los demás, poca tolerancia y dificultad para adaptarse a los cambios. La tolerancia a la frustración baja indica una menor capacidad para enfrentar, afrontar y aceptar situaciones; esto llevaría a un afrontamiento inmaduro. La capacidad para resolver el duelo también es baja, lo cual indica que no son capaces de sobreponerse a las pérdidas afectivas; esto dificulta que puedan ayudar a sus nietos a resolver las pérdidas debidas a su situación familiar y también dificulta que faciliten la independencia en el caso de que volvieresen con sus padres.

Respecto a las escalas de segundo orden (tabla 4), vemos que en el *cuidado responsable* el grupo de intervención obtiene una $M = 4,33$ y una $DT = 1,96$ y el grupo control una $M = 4,00$ y una $DT = 1,09$. Los resultados nos indican que las abuelas en ambos grupos tienen dificultades para resolver problemas cotidianos y para tomar decisiones; esta variable también indica una carencia de flexibilidad.

Tabla 4. Comparación de medias (M) y desviaciones típicas (DT) de las escalas primarias del CUIDA en el pretest. Resultados del grupo intervención y grupo control

Escalas de segundo orden	Grupo intervención		Grupo control	
	M	DT	M	DT
Cuidado responsable (Cre)	4,33	1,96	4,00	1,09
Cuidado afectivo (Caf)	4,42	2,02	4,83	1,16
Sensibilidad hacia los demás (Sen)	4,83	2,36	5,50	1,87
Factor adicional				
Agresividad (Agr)	6,25	2,26	6,17	1,72

Respecto al *cuidado afectivo*, el grupo de intervención obtiene una $M = 4,42$ y una $DT = 2,36$, y el grupo control una $M = 4,83$ y una $DT = 1,16$, resultados que indican que en líneas generales las abuelas tienen poca capacidad para establecer vínculos afectivos. Una explicación posible puede atribuirse a que están poco satisfechas consigo mismas y tienen algunas dificultades para aceptar y comprender sentimientos ajenos; en algunas ocasiones, se alteran fácilmente ante los problemas cotidianos.

Respecto a la *sensibilidad a los demás*, el grupo de intervención obtiene una $M = 4,83$ y una $DT = 2,36$ y el grupo control, una $M = 5,50$ y una $DT = 1,87$. Los resultados indican que las abuelas tienden a sentirse poco afectadas por las necesidades ajenas y no se implican demasiado en los problemas de los demás. En el grupo control la puntuación es más alta, lo que indica que este grupo está compuesto por personas que se preocupan más por los demás, y muestran mayor sensibilidad, calidez y amabilidad hacia los otros.

Con respecto a la variable *agresividad*, vemos que en el grupo de intervención, la puntuación es: $M = 6,25$ y $DT = 2,26$, y en el grupo control $M = 6,17$ y $DT = 1,72$. Para ambos grupos los resultados muestran unas puntuaciones bastante altas en agresividad, lo cual indicaría un bajo control de sus impulsos, poca flexibilidad, baja tolerancia a la frustración y pocas o nulas habilidades para el manejo y la resolución de conflictos.

Con respecto a la interpretación de los *estilos de crianza*, y al observar las puntuaciones obtenidas en ambos grupos, encontramos los siguientes estilos educativos:

- Estilo rígido: caracterizado por una excesiva rigidez en las normas; no se tiene en cuenta la opinión de los menores, se imponen normas de comportamiento y se responde a su incumplimiento con el castigo. Las variables que componen ese estilo son: autoestima baja, escasa capacidad de resolver problemas, poca empatía, escaso equilibrio emocional, poca flexibilidad, escasa tolerancia a la frustración.
- Estilo permisivo: caracterizado por una visión afectiva de las relaciones entre ellos y sus nietos, con los que suelen mostrarse cariñosos y atentos. Tienden a mostrar un bajo nivel de exigencia en el conocimiento y cumplimiento de las normas. Está compuesto por las siguientes variables: autoestima baja, poca asertividad, baja capacidad de resolución de problemas, dependencia, excesiva flexibilidad y un apego de tipo inseguro.
- Estilo protector: caracterizado por una disculpa de los nietos cuando cometen algún error o tienen algún tropiezo, tratando de evitarles situaciones que pudiesen resultarles conflictivas o peligrosas. Está compuesto por las variables: baja apertura, dependencia, baja empatía, poca flexibilidad y dificultad para establecer vínculos afectivos.

Conclusiones y propuestas

El acogimiento familiar en familia extensa es uno de los acogimientos que más se utiliza por las instituciones públicas como recurso para la protección de menores. Dentro de este tipo de acogimiento son las abuelas quienes asumen normalmente el cuidado de los menores, siendo una fuente de recursos, de protección familiar, de cuidados y de transmisión de valores a los nietos. Numerosos estudios señalan que los abuelos custodios presentan alteración de la vida cotidiana y menor tiempo para dedicar al ocio, mayores niveles de depresión, estrés, menor nivel de bienestar subjetivo y peor relación con su nieto que los abuelos cuidadores.

Con esta comunicación pretendemos reflejar la vulnerabilidad de las abuelas y sus necesidades, tanto sociales como materiales y emocionales, así como la eficacia de un programa de intervención psicoeducativo que dé respuesta a sus necesidades.

Hay que tener en cuenta que al acoger a un menor se producen cambios en la vida de las abuelas, ya que pasan de cumplir un papel de abuela a ser las principales cuidadoras y responsables de sus nietos. Del Valle et al. (2008), en su estudio sobre el acogimiento familiar en España, pusieron de manifiesto que los temas peor valorados por las familias acogedoras eran los relativos a las ayudas económicas que percibían (dificultad para solicitar ayudas y dificultad para cobrarlas). Por otro lado, Jiménez y Palacios (2009) encontraron que los abuelos acogedores consideran que las ayudas económicas no se ajustan a sus necesidades y presentaban una menor satisfacción con respecto al apoyo recibido.

En nuestra investigación, si bien la mayor parte de las abuelas recibían ayuda (deven-gos) por tener a los menores en acogimiento formalizado, esta ayuda ha sido valorada por ellas como insuficiente, y además no recibían otro tipo de ayudas de las instituciones (ayuda compensatoria). Autores como Jiménez y Palacios (2009) ya indicaban que estos acogimientos se caracterizan por tener menos apoyo, menos contacto con los profesionales y recibir menos información que otros tipos de acogimientos. El dinero recibido por los deven-gos es muy escaso y muchas abuelas se encuentran en situación de viudedad o desempleo, por lo que podemos afirmar que se encuentran en una situación de vulnerabilidad económica. Con respecto a la situación familiar, ésta es muy complicada debido a su historia personal, los problemas habidos y actuales con los hijos (bien con padres de los menores o bien con otros de los hijos), problemas emocionales que dificultan las tareas de autocuidado y de cuidado de los nietos, duelos sin resolver, pocas habilidades parentales, estrés, cansancio, falta de tiempo y ausencia de ocio. En el análisis de los datos aportados por el cuestionario, vemos que las abuelas dedica-

ban todo el día al cuidado de los nietos; un 41,7% padecía depresión y ansiedad, un 66,7% tenía problemas de sueño. Sin embargo, a pesar de todo esto, las abuelas señalaron estar satisfechas con la situación de cuidado.

La Ley Orgánica antes mencionada (Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección jurídica del menor), en su título II, «Actuaciones en situación de desprotección social del menor e instituciones de protección de menores» y en lo referente a los servicios especializados (art. 21), dice: «Todos los servicios, hogares funcionales o centros dirigidos a menores, deberán estar autorizados y acreditados por la entidad pública. La entidad pública regulará de manera diferenciada el régimen de funcionamiento de los servicios especializados y los inscribirá en el registro correspondiente a las entidades y servicios de acuerdo con sus disposiciones, prestando especial atención a la seguridad, sanidad, número y cualificación profesional de su personal, proyecto educativo, participación de los menores en su funcionamiento interno, y demás condiciones que contribuyan a asegurar sus derechos. A los efectos de asegurar la protección de los derechos de los menores, la entidad pública competente en materia de protección de menores deberá realizar la inspección y supervisión de los centros y servicios semestralmente y siempre que así lo exijan las circunstancias». Pero lo cierto es que, en el caso de la familia extensa, no hay certificado de idoneidad ni evaluación previa, no se realizan seguimientos ni se supervisan los acogimientos, aunque se les exige lo siguiente (citamos de nuevo la Ley 1/1996, en su disposición final sexta): «El acogimiento familiar produce la plena participación del menor en la vida de familia e impone a quien lo recibe las obligaciones de velar por él, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral».

En conclusión, el taller psicoeducativo formó a las abuelas en habilidades parentales, y les enseñó a poner límites y afrontar comportamientos difíciles, educar y cuidar mejor de sus nietos, comunicarse mejor con ellos y ser más asertivas con las personas de su entorno, cuidarse y conocerse mejor, aumentar su autoestima, reducir el estrés, aprender nuevos modos de vivir y disfrutar el ocio y compartirlo con los nietos.

Respecto a los datos obtenidos del CUIDA, observamos que las abuelas mejoraron su autoestima, la resolución de conflictos, los vínculos, afectos y duelo; por tanto, en nuestro estudio con un pretest, tratamiento y postest demostramos que los programas de apoyo psicológico a los acogimientos familiares con abuelas mejoran a nivel emocional. Como conclusión final podemos decir que el taller es eficaz, pues las abuelas aprendieron nuevas maneras de afrontar los problemas, y disminuyeron su aislamiento social. Por esta razón, la calidad de vida de las abuelas mejoró directamente y las de sus nietos también mejoró de modo indirecto. Aprendieron a cuidarse para cuidar mejor.

Por todo ello, creemos importante la realización de talleres similares desde las instituciones públicas que ofrezcan apoyo psicológico grupal, a la par que se mejoran las ayudas económicas, el asesoramiento y el seguimiento de los casos. Y por último, nos gustaría destacar que, después de realizar el programa de intervención psicoeducativo y conocida la evaluación realizada por las participantes, vemos importante una intervención grupal combinada con un apoyo psicológico individual.

Bibliografía

- Amorós, P., Palacios, J., Fuentes, N., León, E. y Mesas, A. (2003). *Familias canguro. Una experiencia de protección a la infancia*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Bernedo, I.M. (2004). *Adolescentes acogidos por sus abuelos. Relaciones familiares y problemas de conducta*. Universidad de Málaga. Tesis doctoral inédita.
- Bernedo, I.M. (2005). Perfil de los abuelos/as que tienen en acogimiento a nietos adolescentes en la provincia de Málaga. En Romay, J. y García, R. (eds.), *Psicología social y problemas sociales*, vol. V (pp. 515-520). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Burnette, D. (1998). Grandparents rearing grandchildren: A school-based small group intervention. *Research on Social Work Practice*, 8 (1), 10-27.
- Cherlin, A. y Furstenberg, F.F. Jr. (1986). Grandparents and family crisis. *Generations*, 10, 26-28.
- Child Welfare League of America (1994). *Kinship Care. A Natural Bridge*. Washington, DC: CWLA.
- Cox, C.B. (ed.) (2000). *To grandmother's house we go and stay. Perspectives on custodial grandparents*. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.
- CRE (2009). *Informe de vulnerabilidad*. Madrid: Cruz Roja.
- Del Valle, J.F., Álvarez-Baz, E. y Bravo, A. (2002). Acogimiento en familia extensa. Perfil descriptivo y evaluación de necesidades en una muestra del Principado de Asturias. *Bienestar y Protección Infantil*, 1 (1), 33-55.
- Del Valle, J.F., López, M., Montserrat, C. y Bravo, A. (2008). *El acogimiento familiar en España. Una evaluación de resultados*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Fuller-Thomson, E., Minkler, M. y Driver, D. (1997). A profile of grandparents raising grandchildren in the United States. *The Gerontologist*, 37 (3), 406-11.
- Geen, R. y Berrick, J. D. (2002). Kinship care: an evolving service delivery option. *Child and Youth Services Review*, 24 (1/2), 1-14.
- Generations United (2003). *A Guide to the National Family Caregiver Support Program and Its Inclusion of Grandparents and Other Relatives Raising Children*. Washington, DC: GU.
- Gibbs, P. y Müller, U. (2000). Kinship foster care. Moving to the mainstream controversy, policy and outcomes. *Adoption Quarterly*, 4 (2), 57-87.
- Hayslip, B., Jr. y Goldberg-Glen, R. (eds.) (2000). *Grandparents raising grandchildren. Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.
- Jiménez, J. y Palacios, J. (2009). *El acogimiento familiar en Andalucía. Procesos familiares, perfiles personales*. Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Kornhaber, A. (1996). *Contemporary grandparenting*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lumbreras, H., Fuentes, M.J. y Bernedo, I.M. (2005). Perfil descriptivo de los acogimientos con familia extensa de la provincia de Málaga. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 15 (1-2), 93-117.

- Minkler, M. (1996). Critical perspectives on ageing: new challenges for gerontology. *Ageing and Society*, 16, 467-87.
- Minkler, M. y Fuller-Thomson, E. (2000). Second time around parenting: factors predictive of grandparents becoming caregivers for their grandchildren. *International Journal of Aging and Human Development*, 50 (3), 185-200.
- Montserrat, C. (2006). Acogimiento en familia extensa: un estudio desde la perspectiva de los acogedores, de los niños y niñas acogidos y de los profesionales que intervienen. *Intervención Psicosocial*, 15 (2), 203-21.
- Montserrat, C. (2007). Kinship foster care: A study from the perspective of the caregivers, the children and the child welfare workers. *Psychology in Spain*, 11 (1), 42-52.
- Pruchno, R. y Johnson, K. (1996). Research on grandparenting: review of current studies and future needs. *Generations*, 20 (1), 65-70.
- Pruchno, R.A. y Mckenney, D (2002). Grandmothers raising grandchildren. The effects of work disruptions on current work hours and income. En Hayslip B., Jr y J.H. Patricks (eds.), *Custodial grandparenting: individual, cultural and ethnic diversity*. New York, NY: Springer Publishing.
- Roe, K. y Minkler, M. (1998-1999). Grandparents raising grandchildren: Challenges and responses. *Generations: Keeping the Promise: Intergenerational Strategies for Strengthening the Social Compact*, 22 (4), 25-32.
- Sands, R.G. y Goldberg-Glen, R.S. (2000). Factors associated with stress among grandparents raising their grandchildren. *Family Relations*, 49 (1), 97-105.
- Szinovacz, M., DeViney, S. y Atkinson, M. (1999). Effects of surrogate parenting on grandparents' well-being. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 54 (6), S376-S388.
- Villalba, C. y Sánchez, C. (2000). *El acogimiento en familia extensa, un recurso normalizado del sistema de protección*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Estudio comparativo de la hipoteca inversa

Blanca Clavijo Juaneda

Jurista. Presidente de la Asociación Nacional del Alzheimer. AFALcontigo. Madrid.

Introducción

La Ley 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria, viene a poner orden, al menos sobre el papel, a la tan llevada y traída figura de la hipoteca inversa.

Pero esta ley contiene mucho más. Muy brevemente repasamos su contenido:

- Capítulo I: transparencia en la contratación de préstamos y créditos hipotecarios.
- Capítulo II: mecanismos de refinanciación.
- Capítulo III: entidades de tasación.
- Capítulo IV: régimen de compensación por amortización anticipada.
- Capítulo V: costes arancelarios.
- Capítulo IV: mejora y flexibilización del mercado hipotecario.
- Siete disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y diez disposiciones finales.

Es importante desglosar este esqueleto de la ley, porque sólo la disposición adicional primera es la que contiene la «regulación relativa a la hipoteca inversa», el resto de la ley viene a introducir importantes reformas, muchas de ellas también muy esperadas, pero que nada tienen que ver con la figura objeto de este trabajo.

Una vez más, la realidad social ha ido por delante de la legislación, y ya hace más de 4 años de la aparición de las primeras comercializaciones de la hipoteca inversa por parte de entidades financieras. Hemos tenido que esperar todo este tiempo para ver el revestimiento jurídico que se daba a esta figura y, por tanto, es obligado revisar qué sucede ahora con las hipotecas inversas que existen en el mercado y que ya estaban contratadas antes de la aparición de la ley.

En el mismo preámbulo de la ley se hace referencia a dos antecedentes legislativos relevantes:

- Por un lado, la Ley 39/2206 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, que contiene una disposición adicional séptima denominada «instrumentos privados para la cobertura de la dependencia», y concede al gobierno un plazo de 6 meses para promover las modificaciones legislativas que procedan para regular la cobertura privada de las situaciones de dependencia y su tratamiento fiscal.
- Por otro lado, la Ley 35/2006 de 28 de noviembre del IRPF y modificación parcial de las leyes de patrimonio e impuesto de sociedades sobre la renta de no residentes, que introduce una serie de medidas de fomento fiscal de cobertura de la dependencia mediante seguros privados y planes de pensiones.

A su vez, el preámbulo de la propia Ley de la dependencia explica muy bien la situación:

«En España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población en situación de dependencia. Por una parte, es necesario considerar el importante crecimiento de la población de más de 65 años, que se ha duplicado en los últimos 30 años, para pasar de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7% de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6%). A ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado "envejecimiento del envejecimiento", es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en sólo 20 años».

La vejez se caracteriza por una serie de profundos cambios, entre los que ocupa un lugar destacado el cambio de naturaleza social: cambia las relaciones, el estatus, la percepción del tiempo y el nivel de ingresos percibidos, por la pérdida adquisitiva que suele conllevar la jubilación.

«A esta realidad, derivada del envejecimiento, debe añadirse la dependencia por razones de enfermedad y otras causas de discapacidad o limitación, que se ha incrementado en los últimos años por los cambios producidos en las tasas de supervivencia de

determinadas enfermedades crónicas y alteraciones congénitas y, también, por las consecuencias derivadas de los índices de siniestralidad vial y laboral».

Los mayores tienen que afrontar el problema de la dependencia y necesidades de atención sanitaria con escasos recursos económicos. Ninguna pensión de jubilación es suficiente para costear una residencia privada y, por otro lado, acceder a recursos sociales está vetado a los patrimonios medios en la mayoría de las comunidades autónomas, debido a la escasez de recursos. El número de plazas residenciales disponibles en la Comunidad Autónoma de Madrid en enero de 2006 era de 18.209.

La hipoteca inversa

Últimamente oímos hablar mucho de esta figura, a la que gran parte de los ciudadanos miran con miedo, probablemente por desconocimiento y porque aún es demasiado joven para que haya podido calar en nuestra sociedad.

Es difícil concretar el origen de la hipoteca inversa, porque han existido negocios con ciertas similitudes en ordenamientos jurídicos y lugares distintos. En España, la figura más parecida que encontramos en nuestra tradición jurídica es la denominada renta vitalicia, a la que nos referiremos más adelante, y figuras similares existían y existen en derecho civil común, y en algunos derechos forales, como es el caso de Baleares, Navarra y Cataluña.

Actualmente existen nuevas modalidades de negocios que se acercan a esquemas normativos de forma singular y han venido a dar respuesta a las nuevas necesidades sociales y económicas, una evolución en alza del precio de la vivienda, un alto ratio de vivienda en propiedad, y una creciente demanda de calidad de vida por parte de personas mayores. Sin embargo, es cierto que estas modalidades de negocio llegan a nuestro país no como una evolución lógica de esas antiguas figuras jurídicas de nuestro derecho civil, sino directamente importadas, por entidades financieras, sin duda más inspiradas en los modelos anglosajones de negocio, que en el nuestro propio.

Las características del mercado español inmobiliario no tienen nada que ver con las de otros países. En España, la mayor parte de la población mayor de 65 años tiene un inmueble en propiedad (el 87,2% según el IMSERSO), y además libre de cargas (sólo un 5,4% tiene cargas). Esto hace que tengamos un punto de partida muy peculiar para dar cabida a nuevos productos financieros que permiten «licuar» (convertir en líquido) ese patrimonio, para poder disponer de recursos económicos líquidos en el día a día. Los mayores tienen una renta inferior a la de otras cohortes; por el contrario, podemos afirmar que son ricos en patrimonio, es decir, un elevado porcentaje de ellos posee una vivienda en propiedad (un estudio del instituto nacional de estadística de 2004 señala que

el 87,2% de los mayores de 65 años son propietarios de su vivienda), y a menudo grande y situada en las zonas más céntricas y codiciadas de los núcleos urbanos.

«Cuando se han acabado los ahorros en vejez y se va a vivir una media de 85 o 95 años, la vivienda proporciona al anciano una parte importantísima de sus ingresos». Son declaraciones del consejero del banco de España, Miguel Ángel Fernández Ordóñez, cuando era Secretario de Estado de Hacienda y Presupuestos.

Concepto

La hipoteca inversa es un «nuevo» producto financiero, que consiste en un crédito con garantía inmobiliaria. Su nombre procede de la traducción literal del concepto inglés de *reverse mortgage*, de ahí que algunos hablen de hipoteca «reversa».

Para que todos lo entendamos, la hipoteca inversa es una especie de hipoteca «al revés», tú hipotecas un inmueble y vas recibiendo dinero a cambio, que puede ser mes a mes o de una vez, como más adelante veremos.

A los efectos de esta ley, se entenderá por hipoteca inversa el préstamo o crédito garantizado mediante hipoteca sobre un bien inmueble que constituya la vivienda habitual del solicitante y siempre que se cumplan una serie de requisitos:

- a) Que el solicitante y los beneficiarios que éste pueda designar sean personas de edad igual o superior a los 65 años o afectadas de dependencia grave o gran dependencia.
- b) Que el deudor disponga del importe del préstamo o crédito mediante disposiciones periódicas o únicas.
- c) Que la deuda sólo sea exigible por el acreedor y la garantía ejecutable cuando fallezca el prestatario o, si así se estipula en el contrato, cuando fallezca el último de los beneficiarios.
- d) Que la vivienda hipotecada haya sido tasada y asegurada contra daños de acuerdo con los términos y requisitos que se establecen en los artículos 7 y 8 de la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario.

Es un negocio jurídico, por el que se grava un inmueble y a cambio se recibe una renta, determinada por varias circunstancias, como más adelante veremos. Al fallecimiento del propietario, sus herederos pueden recuperar el bien inmueble, pagando la deuda generada por el préstamo, o bien optar por que se ejecute el inmueble, en cuyo caso percibirán el exceso de valor sobre el préstamo debido, que resulte de la ejecución.

Algunas entidades la llaman «pensión hipotecaria», probablemente para hacerla más atractiva.

No debe confundirse con la renta vitalicia, que ya se contemplaba en nuestro Código Civil del siglo XIX y así se mantiene en los artículos 1.873. Tampoco debe confundirse con el contrato vitalicio o con la donación con carga modal, que son otras figuras jurídicas con regulación propia, a las que nos referiremos brevemente en otro epígrafe.

Requisitos

- **Personales:** la hipoteca puede contratarla cualquier persona de 65 años o más, o con dependencia grave o gran dependencia, que además tenga un inmueble en propiedad y, lógicamente, tenga plena capacidad de obrar para suscribir este contrato (prestatario).

Los requisitos personales exigidos en cada caso pueden variar dependiendo de la entidad financiera. Estos son los que la ley establece, pero no podemos obviar que en los productos existentes y comercializados antes de la aprobación de la ley, cada entidad establecía los suyos, y algunos la permitían desde los 60 años.

Por otro lado, a mi juicio, no parece tener mucho sentido que se piense en personas dependientes o grandes dependientes de cualquier edad, ya que sin duda, los cálculos actuariales sólo resultan a partir de una determinada edad, en relación con la esperanza de vida.

La otra parte es la entidad financiera o aseguradora. Respecto a ellas la ley dice: «2. Las hipotecas a que se refiere esta regulación podrán ser concedidas por las entidades de crédito y por las entidades aseguradoras autorizadas para operar en España, sin perjuicio de los límites, requisitos o condiciones que, a las entidades aseguradoras, imponga su normativa sectorial».

Son varias las entidades financieras que tienen este producto en el mercado. Como ya decíamos anteriormente, el producto ha salido a la calle antes que la Ley, lo que debe ser motivo de la cautela debida para los contratantes, a pesar de las virtudes del producto, e incluso ahora que la ley está en vigor deberíamos esperar al reglamento que la desarrolle.

- **Reales:** el bien inmueble y la pensión que se recibe.

La Ley dispone que se establezca «sobre un inmueble que constituya la vivienda habitual», pero el apartado décimo de la propia disposición adicional primera establece también: «Podrán, asimismo, instrumentarse hipotecas inversas sobre cualesquiera otros inmuebles distintos de la vivienda habitual del solicitante. A estas hipotecas inversas no les serán de aplicación los apartados anteriores de esta disposición». Por tan-

to, puede constituirse sobre inmuebles que no sean la vivienda habitual y, en ese caso, no se benefician de las ventajas de la figura en sentido estricto.

Respecto a la pensión o dinero que se recibe: puede ser de una vez o mensualmente, y el dueño del inmueble, que no dejará de serlo en ningún momento, puede disponer del mismo como desee, incluso podría transmitirlo, si bien en este caso, lógicamente, el acreedor podrá reclamar el vencimiento anticipado del préstamo o la sustitución de la garantía de manera suficiente.

Una de las principales preocupaciones frente a este producto es el temor al fallecimiento de uno de los dos cónyuges. Debe quedar claro que puede constituirse de forma que haya varios beneficiarios, y no se extinguirá hasta el fallecimiento del último.

El titular de la hipoteca inversa es propietario en todo momento de la vivienda, por lo que podrá, por ejemplo, alquilar la vivienda si decide trasladarse a vivir a una residencia o al domicilio de un pariente. En ese caso, habría que estudiarse si se mantiene la naturaleza jurídica de vivienda habitual.

El sujeto podría llegar a percibir tres rentas: la que ya tuviera por su condición personal, la correspondiente al alquiler y la pensión hipotecaria.

Se prevé un importante esfuerzo por garantizar la transparencia en la comercialización de la hipoteca inversa y la protección de los clientes. Está previsto que las entidades que concedan estas hipotecas deban suministrar servicios de asesoramiento independiente a los solicitantes, teniendo en cuenta la situación personal de cada uno de ellos. Las condiciones, forma y requisitos de estas garantías, se definirán por el Ministerio de Economía y Hacienda.

- **Formales:** como es lógico, deberá suscribirse ante notario e inscribirse en el Registro de la Propiedad, como la constitución de una hipoteca normal sobre un inmueble, pero aquí el texto legal añade algunas novedades ventajosas para el usuario en lo que se refiere a la reducción de costes:
 - Para los aranceles notariales se tomarán como base los derechos previstos en los documentos sin cuantía, número 1 del Real Decreto 1426/1989, de 17 de noviembre, por el que se aprueba el arancel de los notarios.
 - Para los aranceles registrales se tomarán como base los derechos establecidos en inscripciones, con la reducción del 90% para subrogaciones, novaciones y cancelación anticipada (ahora sólo se bonifica con un 90% las subrogaciones y novaciones que pasen de un interés variable a uno fijo).

Además, las escrituras públicas estarán exentas de AJD (impuesto de actos jurídicos documentados).

Extinción

La hipoteca se extingue en el momento del fallecimiento del deudor hipotecario o del último de los beneficiarios que hubiera previsto.

En ese momento los herederos podrán cancelar el préstamo, en el plazo estipulado, abonando al acreedor hipotecario la totalidad de los débitos vencidos, con sus intereses, sin que el acreedor pueda exigir compensación alguna por la cancelación.

Cuando se extinga el préstamo o crédito regulado en esta disposición y los herederos del deudor hipotecario decidan no reembolsar los débitos vencidos, con sus intereses, el acreedor sólo podrá obtener recobro hasta donde alcancen los bienes de la herencia. No resulta de aplicación el límite del artículo 114 de la Ley Hipotecaria, que establece: «en ningún caso podrá pactarse que la hipoteca asegure intereses por plazo superior a 5 años».

La principal diferencia respecto al antiguo modelo es que *el titular de la hipoteca inversa no pierde la vivienda ni deja de ser su único propietario* y que este patrimonio pasa a los herederos tras el fallecimiento de su dueño, con obligación por parte de estos de hacer frente a la devolución de las cantidades que la persona mayor ha ido percibiendo. Es decir, *el piso pertenecerá siempre a los dueños o a sus herederos; sin embargo, la entidad financiera tendrá en su poder la garantía de la vivienda hipotecada para que en caso de fallecimiento pueda recaudar el dinero prestado*.

El banco tomará lo que se debe y, si queda algo, se transfiere al Estado. El vencimiento del préstamo nunca tendrá lugar mientras el solicitante de la hipoteca inversa viva.

El respaldo de la hipoteca inversa es que juega con la revalorización de la vivienda. El cálculo medio de las entidades bancarias es del 3% anual. Una persona puede contratarla y todos los cálculos se hacen a partir de una tasación, por ejemplo de 300.000 euros, pero cuando fallezca, su tasación sin duda será muy superior, si se mantiene esta línea de aumento de valor de los inmuebles. Es evidente que no solamente tiene importancia el valor inicial de la misma, sino su posible revalorización, esto hace muy atractivo este producto en el mercado español, pues el incremento de la vivienda ha sido en nuestro país del 10 al 18% anual en los últimos años.

El efecto a largo plazo es el contrario al de una hipoteca convencional. Con una hipoteca convencional, con cada pago reduces préstamo, se va acumulando su valor líquido cada vez que se efectúa un pago, pero con una hipoteca inversa, su valor líquido va disminuyendo cada vez que el prestamista le da dinero (tabla 1).

Tabla 1. Tipos de hipoteca

Hipoteca convencional	Hipoteca inversa
Un banco u otro proveedor de préstamos hipotecarios le presta dinero para comprar una vivienda	Un banco u otro prestamista le proporciona una hipoteca inversa con el respaldo de su valor líquido en la casa
Una vez que la paga, usted tiene un valor líquido del 100% en su vivienda	Los pagos que usted recibe van reduciendo el capital propio hasta que este llega a 0 al terminar la hipoteca

Diferentes modalidades de contratación

Son muchos y muy variados los productos que existen en la actualidad en el mercado y no podemos explicarlos todos, únicamente poner algunos ejemplos obtenidos de diferentes entidades, para que podamos hacernos una idea de qué se oferta.

- Modalidad vitalicia.
- Modalidad temporal.
- Ejemplos.

Con la hipoteca inversa se puede escoger entre dos modalidades:

La opción 1, *modalidad vitalicia*, permite cobrar la renta de por vida.

La opción 2, *modalidad temporal*, permite cobrar la renta durante un período determinado.

Si se opta por la modalidad temporal, el importe de la renta mensual será más elevado; por tanto, resulta interesante para personas de edad avanzada, y siempre de forma paralela se puede contratar un seguro que cubra cualquier riesgo (por ejemplo, la improbable situación de vivir más de 100 años, si se ha contratado una modalidad temporal).

Una vez escogida la modalidad en el momento de la contratación ya no se podrá variar.

Ejemplo-opción 1. Hipoteca inversa modalidad vitalicia

Cobro de renta de por vida.

Un matrimonio en el que él tiene 85 años y ella 80, son propietarios de una vivienda valorada en 210.000 euros.

La edad del más joven es de 80 años y, por lo tanto, el período inicial del cobro de la renta es de 14 años, durante los cuales la renta mensual será de hasta 523,42 euros. A los 14 años, la deuda acumulada será de 189.000 euros, mientras que el valor previsto de mercado alcanzará los 317.644 euros (el inmueble se revaloriza al 3% anual).

A partir de entonces la deuda sólo acumulará intereses, pero continuará recibiendo la renta mensual de 523,42 euros* mientras uno de los titulares viva (469,26 euros netos, después de la retención del IRPF, según la legislación vigente). Esta renta proviene de un seguro contratado con la entidad financiera (que explicaremos en el siguiente epígrafe) (tabla 2).

Tabla 2. Otros ejemplos de hipoteca inversa modalidad vitalicia

Edad (años)	Valor del inmueble (€)	Período inicial de la renta (años)	Renta inicial mensual (€)	Renta neta vitalicia finalizado el periodo inicial (€)	Deuda acumulada finalizado el período inicial (€)	% sobre tasación inicial	% sobre valor de mercado
70	210.000	20	331,60	296,93	189.000	90	49
75	210.000	17	444,79	401,28	189.000	90	54
80	210.000	14	603,02	549,13	189.000	90	59
85	210.000	11	826,83	758,31	189.000	90	65
89	210.000	9	1.070,09	987,84	189.000	90	68

Ejemplo-opción 2. Hipoteca inversa. Modalidad temporal

Cobro de la renta durante un período determinado.

La misma pareja de 80 y 85 años, con una casa valorada en 210.000 euros, en lugar de cobrar una renta para toda la vida, elige cobrarla durante unos años.

La edad del más joven es de 80 años y, por lo tanto, cobrarán la renta durante 14 años. Ésta será de 687,47 euros mensuales.

A los 14 años, la deuda acumulada será de 189.000 euros y el valor previsto del mercado del inmueble será de 317.644 euros.

*Supuestos: interés fijo en el crédito del 5,75% anual (5,90% TAE mínima sobre período inicial) y una revalorización anual del 3% del inmueble.

A partir de entonces, se dejará de recibir la renta mensual, pero continuará sin tener que pagar nada mientras viva al menos uno de los titulares.

Los intereses continúan acumulándose en el crédito hasta su cancelación, que puede ser anticipada o por defunción (tabla 3).

Tabla 3. Otros ejemplos de hipoteca inversa de modalidad temporal

Edad (años)	Valor del inmueble (€)	Período inicial de la renta (años)	Renta inicial mensual (€)	Deuda acumulada finalizado el período de cobro de la renta (€)	% sobre tasación inicial	% sobre valor de mercado
70	210.000	20	373	189.000	90	49
75	210.000	17	501,30	189.000	90	54
80	210.000	14	687,50	189.000	90	59
85	210.000	11	964,64	189.000	90	65
89	210.000	9	1.270,27	189.000	90	68

Resumen

Los préstamos que se ofrecen se clasifican en función de los plazos de vencimiento, que también condicionan la cantidad de la renta.

Modalidad temporal: si se acuerda firmar una hipoteca inversa por un período de tiempo limitado, por ejemplo, entre 10 y 15 años, la renta mensual será mayor, aunque dejará de ser abonada cuando el período estipulado haya vencido. A no ser que se contrate un seguro paralelo.

Modalidad vitalicia: la mensualidad que se recibe es menor, pero la renta se seguirá recibiendo mientras el titular de la hipoteca viva.

Las entidades bancarias dan una máxima libertad a la hora de elegir la renta que más convenga al titular del crédito.

Se pueden hacer muchas combinaciones entre un importe que se va a cobrar el día de la firma, y el importe de la renta mensual. Cuanto mayor sea el importe inicial, menor será la renta mensual, y al revés.

Ejemplo:

Una señora de 87 años con un piso tasado en 210.000 euros. Entre otras opciones, puede elegir entre:

- Cobrar una renta mensual de por vida de 839,99 euros.
- Cobrar una renta mensual durante 10 años por importe de 1.101,90 euros.
- Hacer una disposición para cualquier necesidad por un importe inicial de 36.000 euros y recibir una renta mensual de 708,30 euros durante 10 años.

Liquidación del crédito

Fallecido el titular de la hipoteca inversa, sus herederos, una vez aceptada la herencia patrimonial, deberán hacer frente a la devolución de las cantidades que la persona mayor ha ido recibiendo. Sus opciones son:

1. Efectuar a su cargo el pago de lo debido, cancelando la hipoteca que grava la vivienda.
2. Solicitar a la entidad bancaria un nuevo préstamo o crédito que le permita satisfacer la deuda que queda pendiente.
3. Vender el inmueble y cancelar el crédito con cargo a lo obtenido en la venta.

Ejemplo:

Supuesto: interés fijo en el crédito del 5,75% anual (5,90% TAE mínima sobre período inicial) una revalorización anual del 3% del inmueble.

Una señora de 87 años con un piso valorado en 210.000 euros y que recibe una renta de 1.101,90 euros mensuales.

Si a los 97 años se produjera la defunción, el saldo del crédito sería de 189.000 euros, mientras que el valor de mercado previsto del inmueble sería de 282.222 euros.

Los herederos podrán:

1. Quedarse la vivienda, pagando los 189.000 euros con sus ahorros o haciendo una hipoteca por este importe, devolviendo poco a poco la deuda.
2. Vender la vivienda por 282.222 euros y quedarse 93.222 euros (la diferencia entre el precio de venta y la deuda).

Los herederos sólo tendrían que liquidar impuestos por la cantidad que exceda del saldo del crédito (93.222 euros) según la legislación vigente.

El resumen queda recogido en la tabla 4.

Tabla 4. Ventajas y desventajas de una hipoteca inversa

Ventajas	Desventajas
Fuente inmediata de efectivo	Reducción del valor líquido acumulado en su vivienda
No tiene que pagar impuesto al ingreso sobre los pagos porque es un préstamo, no ingreso	El préstamo debe pagarse
No tiene que pagar impuesto sobre las utilidades de capital, aunque la cantidad del préstamo se basa en el valor actual de la propiedad	La cantidad disponible de préstamo puede ser pequeña
No implica reducción de los pagos de Seguridad Social, ya que es un préstamo, no un ingreso	Posibilidad de pagar altas tasas de interés y algunas veces alto coste del cierre
	Existe la posibilidad de perder la propiedad
	Menor caudal hereditario para sus herederos

¿Qué ocurre si la vivienda es propiedad de dos o más titulares?

Puede darse el caso de que la persona interesada en la hipoteca inversa sea el único propietario de la vivienda. Pero también puede ser que la propiedad del inmueble pertenezca a un matrimonio de hecho o se trate de hermanos solteros o viudos que conviven, entre otros supuestos que se pueden dar pluralidad de titulares.

Ejemplo:

Un matrimonio, los dos mayores de 70 años y ambos son propietarios de su vivienda.

El crédito está preparado de tal modo que ambos esposos van a ser titulares del crédito y recibirán mensualmente en su cuenta la cuota acordada. Si finaliza el plazo del crédito, en el caso de tener contratado un seguro vitalicio, recibirán la misma cantidad por parte de la aseguradora mientras vivan.

Puede darse el caso de que uno de ambos fallezca estando vigente el crédito. Entonces, el sobreviviente seguirá cobrando el importe total de la mensualidad como si desde un principio hubiera sido el único titular del crédito. Y luego seguirá cobrando su mensualidad vitalicia, derivada del seguro de rentas vitalicias cuyas características explicaremos más adelante.

En caso de que el fallecimiento de uno de los miembros del matrimonio se produzca tras el vencimiento del crédito (habiendo contratado seguro vitalicio), el cónyuge superviviente va a poder continuar con el cobro de por vida de la cantidad que antes cobraba junto con su cónyuge fallecido.

Seguro de rentas vitalicias

- Concepto.
- Posibles supuestos de contratación.
- Ventajas e inconvenientes.

Las entidades bancarias recomiendan contratar un seguro de rentas vitalicias, pues tiene como finalidad asegurar que el cliente cobre mensualmente la renta de por vida.

• **¿Qué ocurre si el titular fallece antes de que venza el plazo fijado en el contrato de la hipoteca inversa?**

Si no se ha contratado el seguro de rentas vitalicias y el titular fallece antes de que venza el plazo de la hipoteca inversa, los herederos únicamente tendrán que hacer frente a la deuda contraída con el banco, en función del número de años que el titular se haya beneficiado de la renta. En este caso se han ahorrado el gasto más importante que acarrea este tipo de hipoteca sin ninguna consecuencia negativa.

Si se ha contratado el seguro de rentas vitalicias y el titular muere, por ejemplo, a los 5 años de haber firmado la hipoteca inversa (cuyo plazo era de 15 años), los herederos recibirán la parte proporcional de la prima que en su día esta persona pagó. Esta parte la calcula el banco, de acuerdo a la renta recibida por el titular y al plazo fijado.

• **¿Y si el titular de la hipoteca inversa muere después?**

Si una persona con 70 años contrata una hipoteca por 15 años con un seguro de renta vitalicia y vive hasta los 92 años, este seguro le permitirá seguir cobrando la misma renta mensual a partir de los 85 años, aunque la hipoteca haya vencido *y puede seguir viviendo en su propio piso*.

- **¿Qué sucede si la persona titular de la hipoteca inversa no ha contratado el seguro de rentas vitalicias?**

Siguiendo el ejemplo anterior, nos encontramos con la siguiente realidad: una vez que la persona ha cumplido 85 años, le suprimen la renta que durante 15 años ha recibido mensualmente y se ve en la obligación de hacer frente a la deuda con el banco.

Para saldar esta deuda tendrá que vender el piso o encontrar recursos financieros por otras vías, o en última instancia, la vivienda pasaría a ser propiedad de la entidad financiera.

Ventajas: la principal ventaja de contratar este seguro, asociado a la hipoteca inversa, es que se garantiza que el titular de esta pensión hipotecaria cobre de por vida una renta, independientemente de que haya superado el plazo establecido en la hipoteca.

Inconvenientes: el gran inconveniente es el elevado precio que una persona ya muy mayor debe desembolsar al contratar la hipoteca inversa. El pago de este seguro depende de la edad, el sexo y la esperanza de vida. A igual edad, las mujeres pagan más prima por el seguro que los hombres debido a su mayor esperanza de vida. Del mismo modo, su renta vitalicia mensual será algo menor que la del hombre.

El gasto de formalización del seguro de rentas vitalicias puede alcanzar el 6% del valor de tasación del piso.

La prima del seguro es una en el caso de un solo tomador, y el doble en el caso de que sean dos. Eso no significa necesariamente que la prima que se debe pagar en este caso deba ser el doble de la prima correspondiente a un solo titular, ya que su importe dependerá de la edad de uno y otro cónyuge.

Las entidades financieras normalmente obligan a contratar este tipo de seguro. El otro seguro de renta temporal (en el caso de no haber contratado el seguro de renta vitalicio) garantiza el pago de los intereses del crédito durante los 2 años siguientes al cese del período de finalización del crédito. Durante estos 2 años el cliente puede amortizar el crédito, bien con ahorro propio o mediante la venta del piso que actúa como garantía. Con este seguro el banco se afianza poder atender el pago de los intereses sobre la totalidad del saldo dispuesto.

Costes iniciales de la hipoteca inversa: el elevado coste de la hipoteca inversa (intereses elevados y desembolsos considerables en comisiones, impuestos y seguros) representa un freno para sus potenciales clientes. No obstante, el gobierno tiene previsto paliar estas dificultades con la introducción de incentivos fiscales que hagan más atractiva su contratación.

Comisión de apertura: la hipoteca inversa, al igual que la hipoteca directa, tiene una comisión de apertura negociable. Hay entidades que prescinden de ella.

Gastos de notaría, de registro y de gestoría: corren por cuenta de la persona que solicita el crédito. La cantidad dependerá de las tasas de la propia notaría, así como el importe del préstamo concedido.

Tasación: la determinación de la cantidad que el banco concederá depende de la tasación de la vivienda, que se realizará mediante profesionales contratados por la entidad bancaria. Este informe implica unos gastos que debe de pagar el cliente.

Impuesto de actos jurídicos documentados por transmisión de la vivienda: este tributo grava las transmisiones patrimoniales, como la firma de préstamos hipotecarios o los contratos de arrendamiento. En ningún caso la empresa financiera pagará este impuesto, que puede alcanzar el 1% del valor hipotecado o el 0,5%, según en qué comunidad autónoma esté el inmueble. Gastos que, por ejemplo, para una vivienda de 400.000 euros suponen más de 9.000 euros.

Seguro de hogar de acuerdo con la normativa vigente: en el proyecto de ley de reforma hipotecaria se dice que la vivienda debe asegurarse contra daños, además de haber sido tasada. Analizamos los requisitos de concesión del préstamo con Ibercaja. El tipo de interés es fijo, el importe máximo del crédito es hasta el 100% del valor de tasación estimado al futuro y el disponible mensual es la cuota fija preestablecida en el contrato. Está exento de comisiones tanto de apertura como de amortización anticipada o cancelación anticipada.

Seguro de renta vitalicia: garantiza al cliente una renta fija mensual vitalicia una vez finalizado el plazo de disponibilidad de la operación.

La hipoteca inversa recomienda a su titular la suscripción de un seguro de renta vitalicia, aunque hay que tener en cuenta que no es un seguro obligatorio. Consumido el crédito hipotecario, la renta mensual se abonará mediante este seguro, que es el principal gasto de las hipotecas inversas.

Para formalizarlo, el cliente debe presentar en la entidad el DNI, una fotocopia de la escritura de propiedad de la vivienda, la justificación del pago del IBI y la nota simple registral actualizada.

Todos los gastos de constitución de la pensión hipotecaria se pueden financiar con el mismo crédito.

Ejemplo:

Una mujer de 75 años de edad que cuenta con una pensión de 700 euros mensuales y posee una vivienda tasada en 300.000 euros, puede conseguir una hipoteca inversa con una renta de 580 euros mensuales durante 15 años.

Los gastos ocasionados para la constitución de la hipoteca inversa son de 25.700 euros.

A continuación estudiaremos el desglose de estos gastos:

- Seguro de renta vitalicia: 21.000 euros.
- Notaría: 1.150 euros.
- Registro: 200 euros.
- Gestión: 150 euros.
- Impuesto de actos jurídicos documentados: 3.200 euros.

Si esta mujer, titular de la hipoteca inversa, no tiene dinero para hacer frente a estos enormes gastos, o prefiere utilizar este dinero para otros fines, puede cargarlos a la hipoteca, aunque debe ser consciente de que la renta mensual que obtenga será menor.

Fiscalidad en la hipoteca inversa

- Las cuotas recibidas mensualmente no se deben declarar en el IRPF, ya que son disposiciones de una cuenta de crédito.
- El crédito se puede deducir del valor de la vivienda en los impuestos de patrimonio y sucesiones. En caso de fallecimiento del prestatario, los herederos deberán incluir en la masa hereditaria tanto el valor de la vivienda heredada como el saldo dispuesto del crédito hipotecario. El importe a pagar por cada heredero dependerá del grado de parentesco con el fallecido y el importe de la herencia recibida.
- El tipo de interés es fijo para toda la operación.
- La mayor carga a día de hoy en este tipo de créditos inversos es el impuesto de actos jurídicos documentados.
- Pago seguro: no tiene ninguna repercusión fiscal en el momento del pago.
- Venta de la vivienda: deberá incluir el incremento de patrimonio en la declaración de la renta. Según la normativa actual, el incremento que se produzca una vez aplicada la reducción será del 11,11% por cada año transcurrido desde la fecha de compra hasta el 31 de diciembre de 1996; si han transcurrido 12 años o más, el incremento quedará exento.

- Cobro de renta vitalicia temporal: tributan en ambos casos como rendimiento de capital mobiliario, con retención del 18% en un porcentaje variable según la edad del rentista en el momento de la declaración de la renta (por ejemplo, si tiene más de 69 años, será del 20%). El importe final resultante se incrementará con la rentabilidad obtenida desde el momento de constituir el seguro hasta el momento del cobro. Esta rentabilidad se distribuirá linealmente durante los 10 primeros años de cobro de la renta vitalicia, o durante 2 años de la renta temporal.

La hipoteca inversa en derecho comparado

La hipoteca inversa aparece en Estados Unidos en la década de 1960, época en la que también aparece en el Reino Unido, aunque no alcanza cierta entidad hasta los años ochenta. En este último país existen más de una veintena de entidades que ofrecen este tipo de operaciones, si bien son dos entidades de crédito las que cubren el 90% del mercado (en el año 2004 se formalizaron 26.000 nuevas operaciones).

Tal y como se recoge en el informe de GEROKON del 2005 y en el artículo de Rubén Herranz González (2006, Portal de mayores nº 49). En el caso de Estados Unidos es algo distinto: en su mercado la mayoría de las operaciones están relacionadas con el programa federal. La primera legislación apareció en 1986 y fue apoyada por todas las organizaciones de mayores del país (American Association of Retired People y por la americana Bar Association). Así se regló la «hipoteca de conversión del valor acumulado de la vivienda» (*home equity conversión mortgage*), y que recibió de inmediato el respaldo de organismos oficiales.

Este tipo de hipoteca estaba garantizada por la administración federal de la vivienda (Federal Housing Administration, FHA), que forma parte del departamento de vivienda y desarrollo urbano (Department of Housing and Urban Development, HUD); por esta razón, la hipoteca inversa se convirtió en una herramienta valiosa y segura para los mayores americanos.

En 1996, la asociación de la hipoteca nacional federal, creó la «hipoteca reversa casera del encargado» (*Fannie Mae's home keeper mortgage*), que fue la primera hipoteca reversa privada.

En 2001 se crearon otras dos hipotecas reversas privadas: el «estándar de la cuenta de efectivo» (*cash account standard*) y la «ventaja de la cuenta del efectivo» (*cash account high benefit*).

Estos tipos de hipotecas reversas ofrecen la oportunidad de que todos los jubilados utilicen el capital invertido en sus hogares para proporcionarles la seguridad financiera necesaria, pero con la intervención de la administración, que fija la cantidad económica a percibir, los costes de la operación y garantiza el cumplimiento de ciertos compromisos de las partes. Las autoridades locales también pueden participar en las hipotecas inversas, aunque con frecuencia en este caso suelen ser hipotecas que sólo pueden ser destinadas a sufragar gastos concretos.

El gobierno de Bill Clinton consideró que los mayores no estaban siendo bien informados y obligó a crear centros de formación y acreditación para ello. Este parece ser el modelo al que apunta nuestra ley cuando habla de crear organismos asesores independientes, pero me temo que se queda a mitad de camino del modelo impuesto en Estados Unidos, donde cabe también la posibilidad de revocar la operación en un plazo de 60 días. Esto es una importante garantía, dada la importancia de la decisión y la tranquilidad que implica tener un plazo para cambiar de opinión, especialmente entre los mayores.

En el caso americano, el desarrollo de estas operaciones ha sido mucho más tardío que en el caso de Reino Unido, aunque en los últimos 3 o 4 años no se ha celebrado un número significativo de operaciones. Se calcula que a lo largo de 2005 se han celebrado cerca de 40.000 (lo que significa un porcentaje de negocio todavía muy inferior al de Reino Unido). Actualmente son más de 125 los prestamistas que ofertan estos productos, y muchas agencias gubernamentales y organizaciones no lucrativas dan consejo gratuito a los propietarios mayores.

Las diferencias en el grado de desarrollo de este producto reside en razones culturales, variaciones en las actitudes y prácticas ante los créditos y el endeudamiento principalmente, sin olvidar las repercusiones demográficas.

Aunque puedan ser menos representativos, existen también negocios similares en países como Francia Australia, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Japón, Países Bajos, Noruega y Suecia.

Proyecto de ley de modificación de la regulación del mercado hipotecario

- **Síntesis y aspectos más destacados del proyecto de ley en relación con la hipoteca inversa.**

El 2 de marzo de 2007, el consejo de ministros ha aprobado la remisión a las Cortes Generales del proyecto de ley por la que se modifica la Ley 2/1981 de 25 de marzo, de regulación del mercado hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia.

El mercado hipotecario español es uno de los más eficientes y competitivos de Europa. No obstante, las piezas básicas de su regulación se promulgaron hace tiempo, en 1981 y 1994, en un entorno distinto al actual.

La hipoteca inversa (en el proyecto de ley ha desaparecido la denominación de pensión hipotecaria) ha quedado regulada en la disposición adicional de la nueva normativa, y en tan sólo diez puntos aparece recogida toda su normativa.

Este proyecto de ley moderniza la normativa hipotecaria, con el fin de mantener los niveles de eficiencia, accesibilidad y competencia en las nuevas condiciones de mercado.

El objetivo de esta ley, según el Ministerio de Economía y Hacienda «es dar mayor seguridad jurídica a los prestatarios y a las entidades financieras y dotarlo de una adecuada transparencia».

Las principales novedades de esta reforma, que tendrá que pasar ahora por el trámite parlamentario para ratificarla, se refieren a la reducción de los gastos de modificación de las condiciones de una hipoteca en un 80% aproximadamente, gracias a que ya no habrá que firmar un nuevo crédito, y por lo tanto, se reducirán sustancialmente los gastos de notaría, registro e impuestos.

En la modificación de cualquier característica de una hipoteca de 120.000 euros, bajarán a la quinta parte esos gastos, que pasarán de 351 a 67 euros.

Las líneas generales de la reforma amplían la capacidad de elección de las familias españolas a la hora de contratar un préstamo o crédito hipotecario, dotándole de mejores mecanismos de transparencia para la elección de su crédito o préstamo y fomentando la independencia de las entidades de tasación y la oferta de los diferentes tipos de créditos o préstamos, de forma que las familias puedan escoger aquel que mejor se adapte a sus necesidades y perfil de riesgo.

Se regula la figura fiscalmente beneficiada de la hipoteca inversa, destinada a aquellos propietarios de la vivienda habitual mayores de 65 años o que sean dependientes graves o grandes dependientes, gracias a la cual podrán solicitar una hipoteca sobre su vivienda habitual con el fin de obtener una renta complementaria a su pensión mientras siga viviendo en dicha casa.

El objetivo es dar mayor seguridad jurídica a los prestatarios y a las entidades de crédito o entidades aseguradoras que ofrezcan este producto. También se regula la figura del seguro de dependencia, de tal forma que la cobertura de la dependencia se realizará a través de un contrato de seguro y obligará al asegurador, en el caso de que se produzca la situación de dependencia, al cumplimiento de la prestación convenida con la finalidad de atender, total o parcialmente, directa o indirectamente, las consecuencias perjudiciales para el asegurado que se deriven de dicha situación.

El proyecto de ley amplía el concepto de novación de los préstamos y créditos hipotecarios. Ahora se considera que existe mera modificación y no extinción de la relación jurídica y constitución de una nueva en los siguientes supuestos: alteración de las condiciones del tipo de interés inicialmente pactado o vigente, alteración del plazo, del método del sistema de amortización y de cualesquiera otras condiciones financieras del préstamo, como por ejemplo, la ampliación de principal. Esta extensión del concepto de novación supone un importante ahorro para el cliente.

Los aspectos más destacados de este proyecto de ley son los siguientes:

- Podrá ser solicitada por el mayor de 65 años, dependientes graves y grandes dependientes con la garantía de su vivienda habitual: «que el solicitante y los beneficiarios que pueda designar sean personas de edad igual o superior a los 65 años afectadas de dependencia grave o gran dependencia».
- Se garantiza que el propietario sigue siendo titular de la vivienda y puede vivir en ella, si lo desea, hasta su fallecimiento: «que la deuda sólo sea exigible por el acreedor y la garantía ejecutable cuando fallezca el prestatario».
- El punto 5 de la regulación establece que «al fallecimiento del deudor hipotecario sus herederos o, si así se estipula en el contrato, al fallecimiento del último de sus beneficiarios, podrán cancelar el préstamo, en el plazo estipulado, abonando al acreedor hipotecario la totalidad de los débitos vencidos, con sus intereses, sin que el acreedor pueda exigir compensación alguna por la cancelación».
- Los herederos responderán de la deuda tan sólo hasta donde alcancen los bienes de la herencia: «cuando se extinga el préstamo o crédito regulado por esta disposición y los herederos del deudor hipotecario decidan no rembolsar los débitos vencidos, con sus intereses, el acreedor sólo podrá obtener recobro hasta donde alcancen los bienes de la herencia».
- No conllevará el pago de tributos para las rentas cobradas.

- Mejora de los mecanismos de transparencia y protección al cliente bancario. Las entidades que concedan hipotecas inversas deberán «suministrar servicios de asesoramiento independiente a los solicitantes de este producto», teniendo en cuenta la situación financiera del solicitante y los riesgos económicos derivados de la suscripción de este producto. Dicho asesoramiento independiente podrá llevarse a cabo, bien a través de la figura del defensor del cliente, o bien a través de los mecanismos que determine el ministro de economía y hacienda. «Si el asesoramiento se realizara a través del defensor del cliente y las entidades no contaran con uno propio, deberán adherirse, bien a uno de los designados por otras entidades o bien a los designados a través de los criterios recogidos en el artículo 29 de la ley 44/2002, de 22 de noviembre, de medidas de reforma financiera. El ministro de economía establecerá las condiciones, formas y requisitos para la realización de estas funciones de asesoramiento».
- Reducción de los costes arancelarios notariales y registrales asociados a la subrogación, cancelación y novación modificativa de créditos o préstamos hipotecarios. En los aranceles notariales se tomarán como base los derechos previstos en documentos sin cuantía (lo que supone una cantidad fija de 30 euros), frente a los documentos de cuantía (que establecen un tanto por ciento en función del valor de los bienes con un mínimo de 90 euros). «Para el cálculo de los honorarios notariales de las escrituras de constitución, subrogación, novación modificativa y cancelación, se aplicarán los aranceles correspondientes a los documentos sin cuantía previstos en el número 1 del Real Decreto 1426/1986, de 17 de noviembre, por el que se aprueba el arancel de los notarios». Para la determinación de los aranceles registrales se tomarán como base los derechos establecidos en inscripciones, con la reducción del 90% para subrogaciones, novaciones y cancelación anticipada. En la actualidad sólo se bonifica con el 90% las subrogaciones y novaciones que pasen de un interés variable a uno fijo, y es del 75% para el resto de los casos. «Para el cálculo de los honorarios registrales de las escrituras de constitución, subrogación, novación modificativa y cancelación, se aplicarán los aranceles correspondientes al número 2, "inscripciones", del anexo del Real Decreto 1427/1989 de 17 de noviembre, por el que se aprueba el arancel de los registradores de la propiedad, tomando como base la cifra del capital pendiente a amortizar, con una reducción del 90%». Se reducen los costes de transacción, con la exención en el impuesto de actos jurídicos documentados. Las escrituras públicas de este tipo de hipoteca estarán exentas del impuesto de actos jurídicos documentados.

«Estarán exentas de la cuota gradual de documentos notariales de la modalidad de actos jurídicos documentados del impuesto sobre transmisiones y actos jurídicos documentados las escrituras públicas que documenten las operaciones de constitución, subrogación, novación modificativa y cancelación».

- Modificación del régimen de compensaciones por subrogación y cancelación anticipada de un préstamo o crédito hipotecario.

Se sustituye el concepto de comisión por el de compensación y se modifica su cálculo de forma que refleje mejor los riesgos efectivamente asumidos por la entidad, evitando situaciones de falta de equidad para las familias, y se ofrece el mismo tratamiento a las subrogaciones que a las cancelaciones anticipadas.

Se fijan dos tipos de compensación: la compensación por desistimiento, cuya finalidad no es otra que abonar los gastos reales en los que incurre la entidad, y cuyo límite máximo será del 0,5% del capital amortizado anticipadamente a través de la cancelación anticipada o subrogación del crédito hipotecario a interés variable, fijo o mixto; y la compensación por riesgo de tipo de interés, que sólo se cobrará a los préstamos con riesgo de interés (hipotecas a tipos fijos o mixtos), y sólo cuando la cancelación anticipada o subrogación genere una ganancia de capital para el prestatario y una pérdida de capital para la entidad (es decir, si los tipos de interés están por debajo del tipo al que contrató la hipoteca). En este caso, el porcentaje es libre, tal y como sucede ahora con la cancelación anticipada en préstamos a interés fijo. Pero una entidad financiera no podrá cobrar esta compensación si la cancelación anticipada o la subrogación genera una ganancia para la entidad y una pérdida para el cliente (por ejemplo, en un contexto de subida de los tipos de intereses).

No podrán cobrarse compensaciones por cancelación en caso de fallecimiento del prestatario, puesto que en estos productos el vencimiento contractual viene determinado precisamente por esa eventualidad.

- Fomento de la independencia y profesionalidad de las sociedades de tasación.

«Que la vivienda hipotecada haya sido tasada y asegurada contra daños de acuerdo con los términos y los requisitos que se establecen en los artículos 7 y 8 de la ley 2/1981, de 25 de marzo, de regulación de mercado hipotecario».

Deberán elaborar un reglamento interno, que evite los conflictos de intereses, en el que se establecerán, junto con otros extremos determinados por la sociedad, las incompatibilidades de sus directivos y administradores.

Las entidades de crédito que cuenten con servicios propios de tasación o encarguen tasaciones a una sociedad de tasación de su mismo grupo, deberán constituir además una comisión técnica que vele por el incumplimiento del reglamento interno.

Estos cambios suponen un ahorro considerable para los consumidores.

El gobierno estudia también «que puedan desgravarse los gastos de constitución de la hipoteca y los intereses acumulados por disponer de capital».

Entidades bancarias que ofertan el producto

El reducido mercado financiero que por el momento oferta este producto se limita a Caixa Terrasa, Ibercaja, Caja Navarra, BBVA, Caixa Sabadell, Caixa Galicia y Caja de Ahorros Inmaculada (CAI). Los préstamos que ofrecen se clasifican en función de los plazos de vencimiento, que también condicionan la cantidad de la renta.

Las entidades bancarias abonan el importe de la pensión hipotecaria a su cuenta habitual. En cualquier momento se podrá consultar el importe de la deuda acumulada (la disposición inicial, la renta mensual, intereses, etc.) y se envía un extracto detallado al domicilio del solicitante.

Hoy día, en las páginas web de las entidades bancarias anteriormente dichas podemos simular supuestos de hipoteca inversa.

Factores sociológicos y/o psicológicos

En una operación de estas características no se deben obviar los factores sociológicos y psicológicos, como son las reticencias y los temores que provoca en una persona mayor desprenderse de uno de sus bienes (aunque recordemos que la persona titular de la hipoteca inversa siempre es propietaria del inmueble hasta el momento del fallecimiento). *La herencia desempeña un papel muy importante*, tanto desde el punto de vista del mayor, que en ocasiones no quiere dejar a sus descendientes un bien hipotecado o directamente privar a sus descendientes de ese bien, como desde el punto de vista de la entidad, que no desea tener ningún problema legal con los descendientes y puede tratar de evitar ciertas operaciones o de «blindar» sus posiciones, teniendo como consecuencia directa el encarecimiento de la operación o la exigencia de los herederos de participar en la operación prestando de algún modo el consentimiento.

El papel de los futuros herederos también es otro factor que influye en la toma de este tipo de decisiones, ya que estos pueden ver «amenazado» un incremento futuro de su patrimonio. Esto puede provocar presiones, rechazo o amenazas al titular del inmueble para que no celebre un negocio de estas características.

Por otra parte, los familiares pueden ver la operación como una manera de costear las necesidades del mayor, o simplemente que el mayor disfrute de un mayor nivel de vida, con los bienes que posee, normalmente consecuencia de su esfuerzo y trabajo; también puede utilizar la renta para costear gastos de sus cuidadores. Un reciente estudio ha señalado que en 725.870 hogares españoles viven personas que prestan ayuda a personas mayores de 60 años con algún grado de dependencia, lo que configura a las hipotecas inversas como una de las posibilidades de afrontar los enormes gastos que pueden originar situaciones de dependencia.

El día 11 de abril del 2007 el gobierno hizo una propuesta que debe ser aprobada por las diferentes comunidades autónomas, de proporcionar un sueldo de hasta 561 euros al mes a familiares que cuiden a dependientes (en España hay 1,5 millones de dependientes). La ley prevé tres grados de dependencia: grado 1 (moderada), grado 2 (grave) y grado 3 (máxima). Serán estos últimos quienes empiecen a recibir este año las ayudas. Los mayores están en el punto de mira de la sociedad actual, y se estudian continuamente alternativas para ayudar a este sector de la población, que cada año se incrementa.

Algunas anotaciones

La actual legislación define la hipoteca inversa como un préstamo o crédito garantizado; entendemos que esto no es correcto y que la ley debería de hablar de préstamo y no de crédito.

Recordemos que un préstamo consiste en que un banco pone a disposición del cliente una cantidad fija que éste tendrá que devolver con unos intereses pactados en el plazo acordado. En cambio, el crédito consiste en que la entidad financiera pone a disposición del cliente, en su cuenta de crédito, el dinero que éste necesite hasta una cantidad máxima.

Estamos ante un préstamo que pueden solicitar las personas mayores de 65 años o dependientes. Si la finalidad de este producto es que los jubilados tengan un complemento de su pensión y puedan mantener, por consiguiente, un nivel de vida superior al que le permitiría esta última, no podemos entender por qué la ley ha fijado esa edad para solicitarlo y no los 55 o 60 años.

Las entidades bancarias actualmente ofertan este producto a personas que hayan cumplido los 70 años de edad, aunque es cierto que se estudian algunas solicitudes que puedan ser dirigidas por personas de menos de 70 años, como es el caso de Caja Navarra, Caixa Terrasa, Ibercaja, Caixa Sabadell, etc.

Por otra parte, la ley habla de vivienda habitual. Esto nos conduce a reflexionar por qué no se puede solicitar una hipoteca inversa sobre una segunda vivienda, por ejemplo, sobre el apartamento de la playa o sobre el chalet del campo. A la vista de esta regulación, muchos expertos consideran que va a haber más abusos que en las hipotecas ordinarias y al final, el perjudicado será el consumidor.

Bibliografía

- Dean, M. (2006). *Envejecer en el siglo XXI*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.
- Estadística de precios de vivienda del Ministerio de Vivienda (2006). Recuperado el 28 de julio de 2011, de <http://www.mviv.es/>
- Hipoteca inversa: un complemento para adecuar las pensiones* (2006, 28 de abril). Suplemento de *El Mundo*, n.º 441.
- IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en hogares Españoles. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- La vivienda, un capital al que recurrir en la vejez (2007, octubre). Revista *Consumer Eroski*.
- Ley de dependencia 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia. BOE n.º 299, 15 de diciembre de 2006.
- Oregui, P. (2007, 18 de marzo). Una hipoteca inversa, y a vivir. *El País.com*. Recuperado el 27 de julio de 2011, de http://www.elpais.com/articulo/dinero/inversiones/hipoteca/inversa/vivir/elpepueconeg/20070318elpnegdin_1/Tes
- Sancho Castiello, M. (coord.) (2005). *Informe 2004, Las Personas Mayores en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales.
- Taffin, C. *La hipoteca inversa o vitalicia*, Asociación Hipotecaria Española (Informes externos).1/3/2006. Recuperado el 28 de julio de 2011, de http://www.ahe.es/web_PROFESIONALES/P_informes/principal.shtm

La construcción del espacio sociosanitario

Montserrat Cervera Maciá

Directora de la Unidad de Servicios Sociales y Sociosanitarios de Antares Consulting. Barcelona.

Evidencias

Muchos son los hechos que nos están indicando que los actuales sistemas de salud y servicios sociales deben trabajar de un modo coordinado cuando se trata de atender a personas con enfermedad crónica y dependencia. Veamos algunos de ellos.

Cambio del perfil del usuario o paciente de la sanidad

El patrón de las enfermedades ha cambiado radicalmente en este siglo. La cronicidad y la pluripatología están presentes en muchos casos atendidos por el sistema de salud (más de un 25% de las personas mayores de 45 años sufre más de una patología crónica que requiere tratamiento). Y además es muy frecuente la asociación entre enfermedad, mayoritariamente pluripatológica, y dependencia, que no es sólo un problema de causalidad. El curso de la enfermedad agrava la dependencia, y la dependencia dificulta la capacidad para seguir el tratamiento de la enfermedad.

La asociación de enfermedad crónica activa y dependencia constituye precisamente la base de la necesidad de atención sociosanitaria, que se da cuando la enfermedad contribuye significativamente a empeorar la dependencia, y una falta de atención correcta de la dependencia impide alcanzar mejores resultados en salud.

Muy probablemente no ha habido una reflexión profunda y, aún menos, una actuación sobre el impacto que estos cambios deberían haber tenido en el sistema sanitario. Porque el problema no es en sí el cambio. El problema es la rigidez de nuestros sistemas para

adaptarse a él y la limitada eficacia del enfoque tradicional para conseguir buenos resultados en la prestación de una completa atención.

Así, actualmente, en los hospitales de agudos dependientes del Sistema Nacional de Salud (SNS) tenemos al menos el equivalente a 5.281 camas dedicadas a la atención de pacientes que podrían beneficiarse de una atención alternativa sociosanitaria. Ello equivale a la capacidad de más de cuatro grandes hospitales de 1.200 camas y a un coste anual de más de mil millones de euros (fig. 1) (Antares Consulting, 2010).

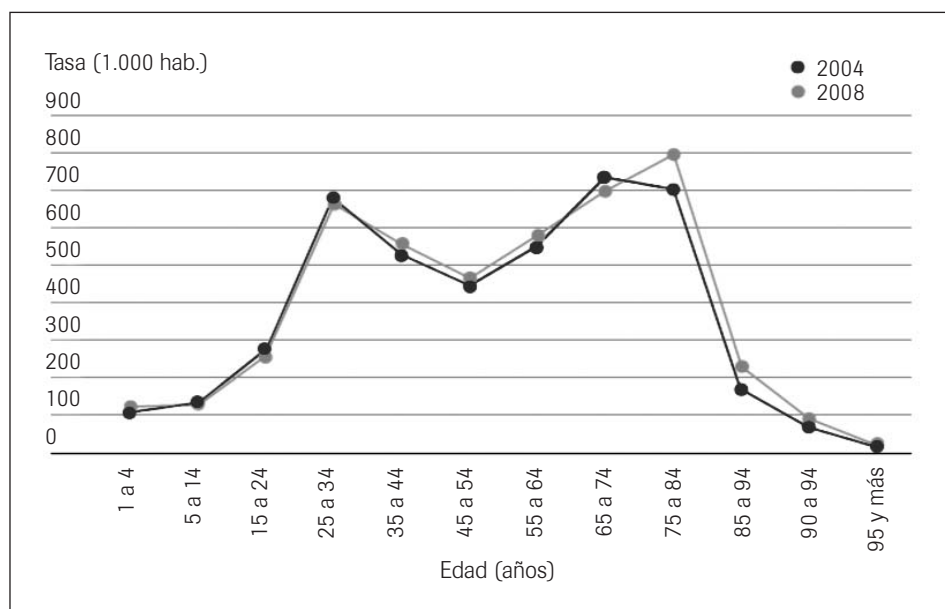


Figura 1. Tasa de frecuentación hospitalaria. Años 2004 y 2008.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2008. Instituto Nacional de Estadística.

Incremento de personas con dependencia

La prolongación masiva de la expectativa de vida, el cambio de la pirámide demográfica, conlleva un incremento de la prevalencia de la dependencia, porque una pirámide demográfica más envejecida implica evidentemente una mayor prevalencia de la dependencia. Pero ello no ocurre necesariamente así si ajustamos por grupo de edad. La prevalencia global calculada sobre el total de población sin ajustar por edad aumenta con el envejecimiento, pero la prevalencia de la dependencia en personas de la misma edad

está disminuyendo en muchos países. Los análisis sobre el fenómeno de la comprensión de la morbilidad han demostrado que el mejor control de los factores de riesgo y los hábitos más saludables de la población inciden en disminuir las prevalencias de la dependencia. La asociación de edad y dependencia no es, por tanto, ineluctable: un cambio como el derivado del nuevo patrón demográfico en las sociedades desarrolladas no debe conllevar una amenaza, siempre que se afronten adecuadamente sus consecuencias. El problema no es un asunto actuarial (predecir cuál será la tasa de dependencia de nuestros mayores en el futuro), sino de políticas de salud: hoy decidimos cuánta dependencia evitaremos que se produzca mañana.

El verdadero cambio se da en el incremento de la demanda de atención (nuevos derechos) y el uso de los servicios

Parece mentira los ríos de tinta que hemos hecho correr atribuyendo el incremento del gasto público al envejecimiento. Es conocido que se producen incrementos sustanciales de costes como consecuencia de la mejora de la cobertura (un colectivo determinado pasa a tener capacidad de usar un determinado recurso); de la accesibilidad (los servicios son más próximos y están más disponibles para su uso); de los estándares de servicio (para una misma situación de necesidad los profesionales prescriben más servicios) y del coste de los mismos (derivado del incremento de coste de los recursos humanos o de la tecnología). En realidad, el factor principal del incremento del coste de los servicios no es el aumento de la necesidad, sino el de la prestación real media, en el que también intervienen factores como la mayor tecnología, su fácil oferta y la variabilidad en su utilización (es decir, todo aquello que influye en el gasto, descontando el factor demográfico y la inflación).

Así, analizando datos de la Agencia Valenciana de Salud correspondientes al año 2007, en un 20,58% de las visitas a atención primaria de las personas de entre 65 y 74 años, y en un 36,65% de las visitas de personas mayores de 75 años, se cumple el criterio de estar por encima del umbral de nueve visitas por paciente y año. Sobre el total de visitas, ello supone el 11,81%. Esta sobrefrecuentación tiene un coste aproximado de 500 millones de euros (Antares Consulting, 2010).

En el caso de los servicios sociales, es evidente el efecto del incremento del uso y del coste por aumento de la oferta más que de la demanda. La prestación de los servicios sociales más importantes está pasando en España de tener un carácter graciable a considerarse un derecho subjetivo. El exponente más claro de esta transformación es la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD), aunque las últimas regulaciones autonómicas de los servicios sociales inciden también en este cambio. Nuevos

estándares de prestación de servicios, como determinadas formas de atención geriátrica y sociosanitaria y el reconocimiento de nuevos derechos a los servicios sociales, explican mucho más el aumento de los costes del sistema social que el cambio demográfico, de impacto mucho más lento.

Necesidad de empujar el cambio de unos sistemas basados en los recursos hacia unos sistemas basados en las necesidades de las personas

Los cambios sociales, domésticos y legales hacen que hoy hablemos de un perfil de usuario de servicios, caracterizado por la diversidad y la capacidad de elección.

La diversidad de causas (multicausalidad) que originan circunstancias, características y voluntades diferentes, junto con las diversas dimensiones de la vida de las personas (multidimensionalidad), producen una diversidad de necesidades que no pueden ser atendidas de un modo estándar. Frente a ello, las respuestas de los sistemas deben brindar opciones de atención diversas, capaces de adaptarse a cada situación y a cada necesidad (fig. 2).

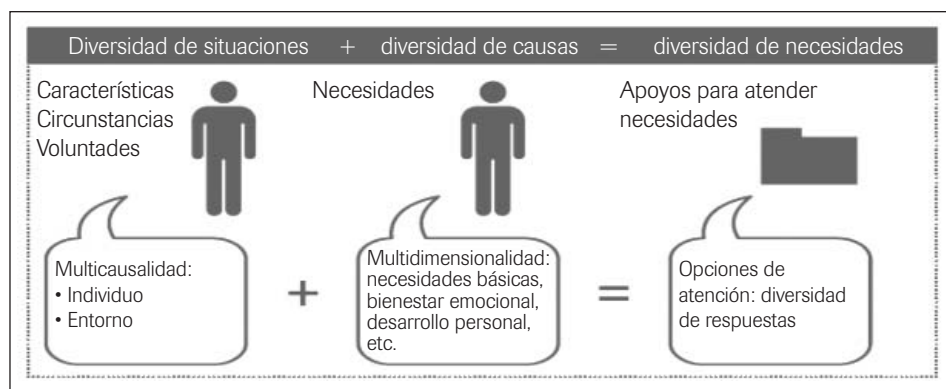


Figura 2. La diversidad de necesidades de los mayores.

Fuente: elaboración propia.

Por ello, no vale hablar de recursos; estamos ante planes de servicios individualizados, que giran completamente la lógica de unos sistemas, hasta hoy preocupados por ofrecer respuestas rígidas y cerradas, pensando en coberturas y ratios de estructuras productoras de servicios.

Es necesario transitar de unos sistemas basados en los recursos a unos sistemas basados en los servicios, la combinación de los cuales permitirá atender la diversidad de necesidades de las personas que los requieren (fig. 3).

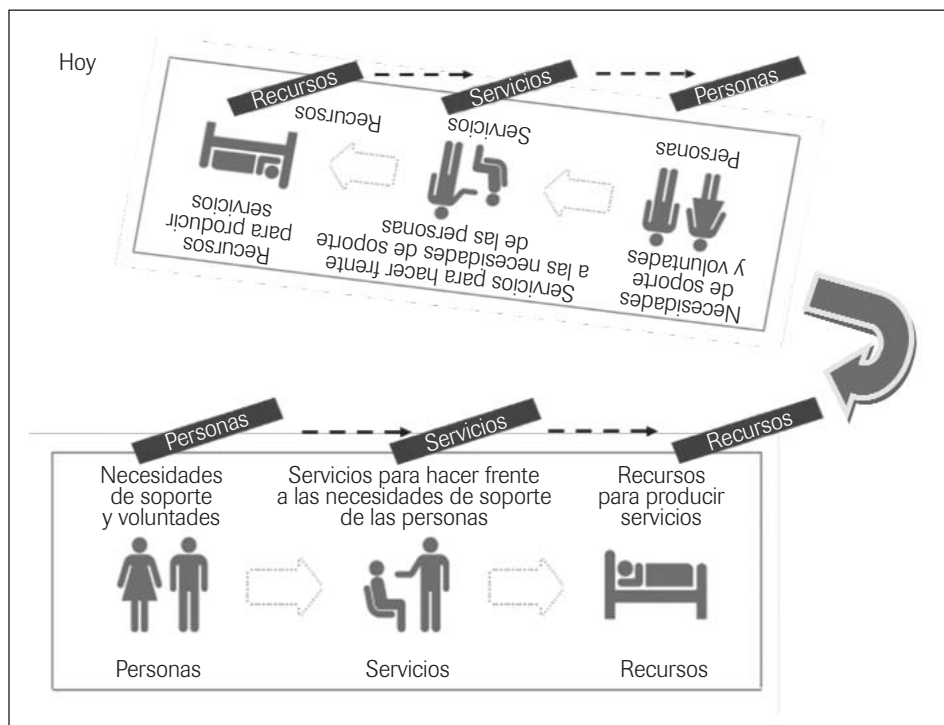


Figura 3. Concepto de los sistemas basados en los servicios a las personas mayores.

Conceptos

Este contexto que influye tanto en el sistema de salud como en el sistema de servicios sociales justifica pensar en un modelo de atención para personas con pluripatología y dependencia distinto del que tenemos en la actualidad.

Es necesario aclarar, ante todo, que los servicios sanitarios y los servicios sociales son dos tipos de servicios claramente diferenciados, practicados por profesionales con distinta formación y deslindables con cierta facilidad si se tienen bien definidos los conceptos.

Así pues, lo que realmente define el espacio sociosanitario no son los sistemas, son los clientes. La actuación sociosanitaria sólo se justifica cuando las personas presentan necesidad simultánea de atención de ambos sistemas de modo significativo en intensidad y en duración, que produzca sinergias que resulten imprescindibles para la resolución de la necesidad.

Lo sociosanitario no son servicios o recursos que conformen una red paralela. Lo sociosanitario se define como la actuación simultánea del sistema de salud y del sistema social, prestando unos servicios a las personas que requieren sus efectos sinérgicos para mejorar su estado (fig. 4).

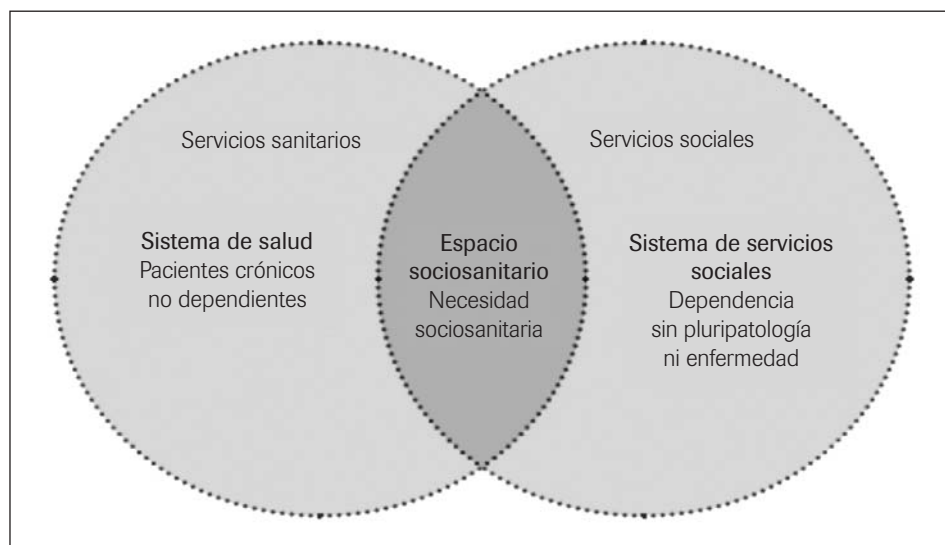


Figura 4. Actuación simultánea y sinérgica del sistema de salud y del sistema social.

Por tanto, el espacio sociosanitario debe organizarse como una área de convergencia de los servicios sociales y sanitarios, en la que ambos deben encontrar fórmulas para integrar, no tanto los recursos que los representan, como la provisión de un paquete conjunto de servicios. Lo verdaderamente sociosanitario será que ambos tipos de servicios, los preste quien los preste y desde el centro o la administración que sea, interactúen en la elaboración y realización de un plan de atención y cuidados con objetivos comunes, que genere sinergias positivas para modificar la situación de las personas que necesitan de la prestación de servicios de ambos sistemas a la vez.

Los perfiles de personas mayores que se encuentran más frecuentemente en esta situación son las que presentan una situación de pluripatología y dependencia.

Las cuatro claves de lo sociosanitario

Tomando como base el conocimiento recogido de otras experiencias internacionales y vista la situación actual en la mayoría de las comunidades autónomas, podemos cons-

tatar que la construcción del espacio sociosanitario para la atención a las necesidades de los usuarios, tanto de los servicios sociales como sanitarios, es aún una asignatura pendiente en España.

Los factores que pueden actuar como verdaderas palancas del cambio que supone poner en práctica esta nueva manera de actuar son cuatro:

1. **Ejercer la función tutela: compartir políticas entre sistemas.** La existencia de una voluntad política de construcción del espacio sociosanitario sólo puede consolidarse mediante la creación de espacios políticos de entendimiento mutuo, elaboración y despliegue de políticas conjuntas entre las autoridades sanitarias y sociales. Implica un proceso de entendimiento mutuo y creación de sinergias entre las autoridades sanitarias y sociales para:
 - La formulación conjunta de políticas sociosanitarias.
 - La definición de una cartera de servicios y los recursos que los proveerán.
 - La puesta en marcha del conjunto de herramientas de gestión y de desarrollo técnico que sustentarán el espacio sociosanitario.
 - La financiación del espacio sociosanitario.

2. **Ejercer la función de financiación: compartir financiación entre sistemas.** Los clientes sociosanitarios precisan una oferta integrada de servicios. La financiación independiente de los servicios sociales y sanitarios difícilmente conseguirá que éstos trabajen sinérgicamente para el mismo usuario, el cual deberá recibir simultáneamente servicios provenientes de ambos sistemas. Compartir financiación implica poner en marcha un nuevo modelo que permita:
 - La contratación de servicios flexibles, a proveedores de servicios sanitarios, sociales o mixtos.
 - La puesta en marcha de fórmulas a medio o largo plazo, que permitan compartir el riesgo con los proveedores de servicios, tales como las fórmulas de financiación capitativas.
 - Un especial esfuerzo del sector sanitario, tanto por su significativo mayor margen económico como por el hecho de que la transferencia de pacientes a los servicios sociosanitarios permite importantes ahorros en los puntos de mayor coste de la red sanitaria (hospitales).

3. **Ejercer la función de generación de recursos u oferta: compartir sistemas de compra y provisión.** Las fórmulas de financiación conjunta son inviables si las redes continúan siendo dos redes de recursos rígidamente separadas,

sin capacidad de desarrollar servicios mixtos, de manera que sea posible la incorporación de profesionales sanitarios o sociales a las estructuras de producción de los servicios de cada sector, construyendo un verdadero espacio común lo más cerca posible del usuario (equipos de valoración y gestión de la derivación en hospitales, gestores de casos, etc.).

Este planteamiento, que se sustenta en la base de la financiación compartida expuesta en el punto anterior, implicará:

- Abrir la financiación sanitaria a una mayor competencia entre proveedores públicos y/o privados.
- Permitir el desarrollo de servicios sociosanitarios de la cartera establecida desde proveedores de ambos sectores.
- Elaborar a medio plazo fórmulas de financiación que permitan compartir el riesgo entre el financiador y el proveedor del servicio, del tipo de los modelos de financiación capitativa.

4. **Ejercer la función de provisión de servicios: compartir modelo asistencial y herramientas de apoyo a su implantación.** Si hablamos de provisión compartida, deberemos basarnos en un modelo que permita:

- Compartir o coordinar equipos y actividad profesional, tales como los equipos de valoración, la gestión de la derivación en hospitales, gestores de casos, etc.
- Compartir herramientas, especialmente los sistemas de información, que no sólo son un recurso de soporte al proceso asistencial, sino que además son una herramienta clave que aporta valor a las organizaciones. La historia clínica integrada social y sanitaria permite la comunicación entre profesionales que comparten el seguimiento monitorizado del plan de cada individuo.
- Compartir la planificación basada en la atención a necesidades identificadas de modo común entre ambos sistemas.

Los cuatro pasos necesarios para la construcción del espacio sociosanitario

Poner en práctica el modelo de atención sociosanitario que hemos definido no es imposible. Quizás algo difícil porque requiere en nuestro contexto, decisión y valentía para que:

1. Se integren las políticas provenientes de ambos sistemas en una única y compartida política común, a partir de la cual se impulsen las acciones estratégicas, los pro-

cesos clave y los soportes necesarios para obtener una verdadera actuación socio-sanitaria.

2. Se consiga autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones desde un único órgano (no importa la forma que tome: departamento, programa, etc.) que pueda planificar, definir sistemas de compra y provisión, y activar herramientas de apoyo, tales como el sistema de información, etc.
3. Se defina un modelo único que implantar: territorio, población diana, cartera de servicios, recursos estructurales y participación de ambos sistemas (cómo, qué, quién).
4. Se active un plan de comunicación y participación que permita salvar las resistencias de los agentes de cada uno de los sistemas (que las hay y son muy importantes), rompiendo barreras culturales y promoviendo una comprensión común.

Bibliografía

- Carrillo Ridaó, E., Cervera Macià, M., Gil Suay, V., Rueda Falcón, Y. (2010a). Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Barcelona: Antares Consulting. Recuperado el 28 de julio de 2011, de <http://www.antares-consulting.com>
- Carrillo Ridaó, E., Cervera Macià, M., Gil Suay, V., Rueda Falcón, Y. (2010b). ¿Por qué el sistema de salud necesita la coordinación sociosanitaria? Impacto del uso inadecuado de los servicios hospitalarios de agudos y de los servicios de atención primaria en salud. Barcelona: Antares Consulting. Recuperado el 28 de julio de 2011, de <http://www.antares-consulting.com>

Comunicaciones

Premio a la mejor comunicación

Aceptación por parte de las personas

mayores de los productos de licuación del

patrimonio inmobiliario: hipoteca inversa,

hipoteca pensión y renta vitalicia inmobiliaria

C. A. Martínez Cerezo

Grupo Retiro. Madrid.

Introducción

A través de este estudio, Grupo Retiro analiza la aceptación que, entre los mayores madrileños, está teniendo la comercialización de los dos productos financieros-inmobiliarios que permiten a las personas mayores rentabilizar en vida sus viviendas, obteniendo ingresos mensuales (en función de su edad y del valor del inmueble), sin renunciar al uso y disfrute de por vida de su propiedad e incluso sin modificar la titularidad.

Estos productos son:

- **Hipoteca inversa:** crédito con garantía hipotecaria concedido por una entidad financiera o aseguradora, por el que las personas mayores podrán realizar disposiciones periódicas, sin que la deuda pueda ser exigida hasta el fallecimiento del beneficiario, y manteniendo la titularidad del inmueble. Regulado en la Ley 41/2007.
- **Renta vitalicia inmobiliaria:** es un contrato mediante el cual las personas mayores perciben una pensión durante el resto de su vida, a cambio de la cesión de la nuda propiedad de su vivienda, manteniendo por tanto el derecho de usufructo vitalicio de la misma. Regulado en el Código Civil (artículos 1.802 y siguientes).

Objetivos

1. Determinar el perfil demográfico, económico y sociológico de las personas mayores que se interesan en los productos de rentabilización del patrimonio inmobiliario. Perfil tipo para cada producto.
2. Analizar los motivos que impulsan a las personas mayores a la contratación de estos productos y el nivel de aceptación y contratación efectiva de los mismos.
3. Detectar los puntos fuertes y débiles que las personas mayores destacan en estos productos. Razones del rechazo o la aceptación de los mismos.
4. Estimación de la futura evolución de estos productos y conclusiones.

Metodología

Estudio detallado (método lógico-inductivo) de todos los casos reales de personas mayores residentes en Madrid capital que han solicitado información a Grupo Retiro. También se ha realizado una encuesta telefónica a 50 personas sobre dichos productos.

- Acotación de fechas: los expedientes seleccionados han sido aquellos que se dieron de alta entre enero de 2008 (aprobación de la Ley 41/2007) y agosto de 2010.
- Volumen de la muestra: 247 expedientes (han sido analizados sólo aquellos expedientes en los que se facilitó un estudio personalizado sobre estos productos al cliente, descartándose aquellos otros en los que sólo se realizó una labor informativa).

Resultados

- El estudio establece en primer lugar el *perfil tipo* del cliente interesado en estos productos al analizar distintas variables demográficas, económicas y sociológicas (fig. 1). Así, el perfil de la persona mayor interesada en la hipoteca inversa es un matrimonio casado en régimen de gananciales, con hijos, cuyas edades se sitúan entre 68 y 75 años, con un nivel de ingresos en torno a 800 € mensuales y una vivienda con un precio cercano a los 300.000 €.

Por el contrario, el solicitante tipo de una renta vitalicia es una mujer viuda, sin hijos, de edad entre 70 y 80 años, y un nivel de ingresos medio de unos 600 €. La vivienda habitual, libre de cargas, tiene un valor medio de entre 200.000 y 400.000 €.

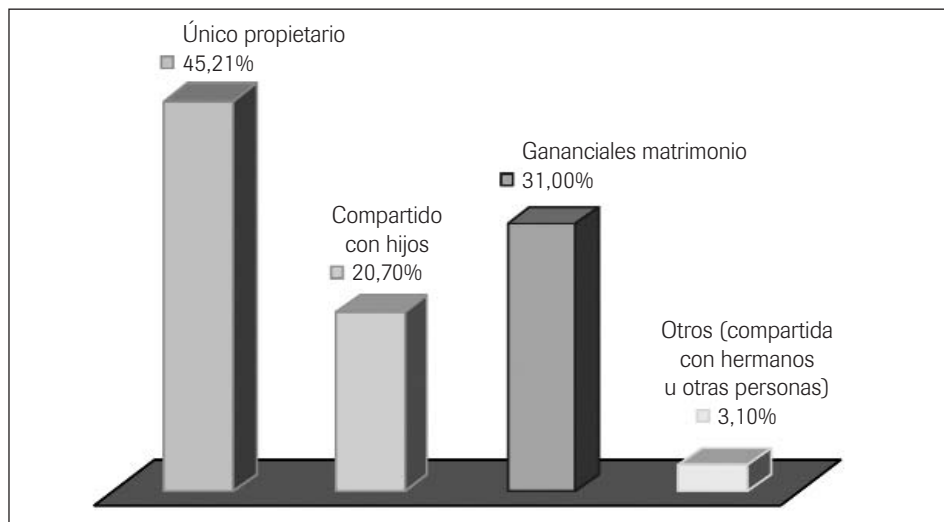


Figura 1. Régimen de tenencia de la vivienda de las personas mayores.

- En cuanto a la *motivación* que impulsa a la contratación de estos productos por parte de las personas mayores, los resultados fueron:
 - Un 35% busca incrementar su nivel de ingresos mensuales y cubrir sus necesidades básicas.
 - Un 21% pretende solucionar una dificultad económica, pero con la idea de sufragar los costes de una residencia.
 - El objetivo de mejorar su calidad de vida, aunque su situación económica sea buena, lo encontramos en un 20% de los casos.
 - Y hay que prestar una especial atención a los que buscan ayudar a los hijos, que ha sufrido un incremento considerable en los últimos meses.
- Respecto al *grado de conocimiento* previo, una amplia mayoría desconoce estos productos. De hecho, la falta de conocimiento real de los mismos está frenando la expansión de su contratación.
- En relación con las personas que asumen la *responsabilidad* de realizar todas las gestiones de información y de contratación, destaca la figura de los hijos, y a continuación las personas mayores que se informan directamente (fig. 2).

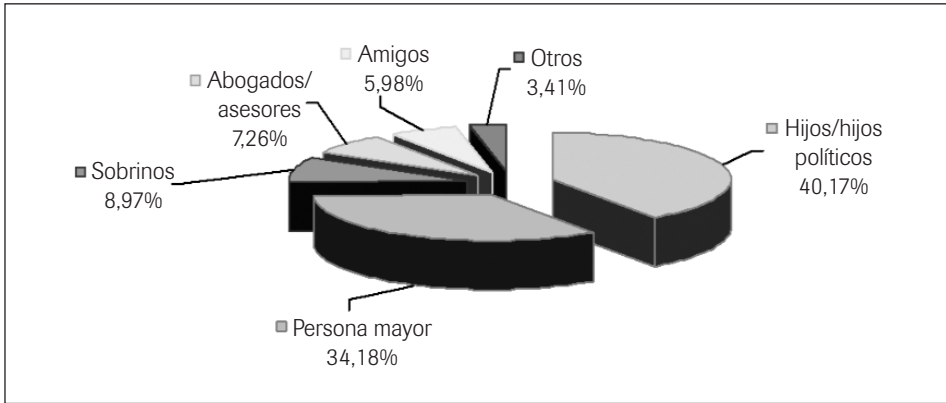


Figura 2. Persona que toma la iniciativa para informarse del producto.

- En cuanto a las *vías de conocimiento*, destaca fundamentalmente internet. No obstante, cuando son las personas mayores las que contactan directamente, internet pasaría a un tercer lugar, y las vías preferentes serían los medios de comunicación, así como los profesionales de diversos sectores que actúan como prescriptores (fig. 3).

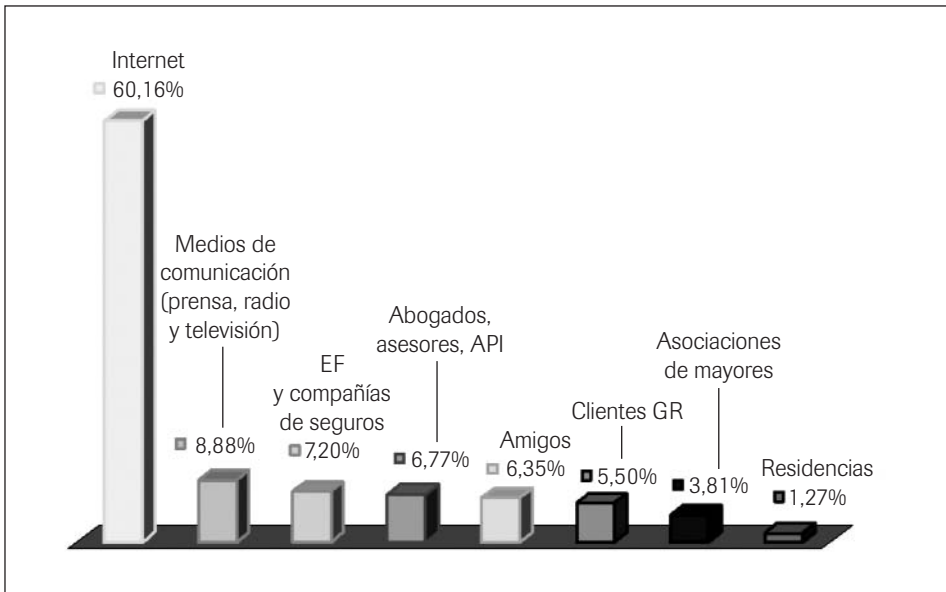


Figura 3. Medio de conocimiento de los productos.

API: asesores de patrimonio inmobiliario; EF: entidad financiera; GR: Grupo Retiro.

- En relación con todo ello, el *nivel de aceptación* de estos productos es para un 62,85% de la muestra alto o muy alto. El 30,95% califica su aceptación de normal, ya que cree que sólo deben ser contratados si hay que cubrir alguna necesidad específica. Y un 6,20% manifiesta una aceptación baja, ya que piensa que sus necesidades deberían ser afrontadas por el Estado.
- Por último, se han desglosado los *puntos fuertes y débiles* que los dos productos presentan según lo manifestado por las personas mayores:

a) Sobre la *hipoteca inversa*:

Los *puntos fuertes* son los siguientes:

- No se modifica la titularidad de la vivienda.
- Se salvaguarda parte del valor de la propiedad para los herederos.
- Pueden vender la propiedad (cancelando la deuda).
- Es viable su contratación en cualquier población de España.

Los *puntos débiles* se clasifican en cinco:

- Las cantidades de las mensualidades son bajas.
- Altos costes iniciales de formalización.
- Poca flexibilidad en las modalidades del producto.
- Pérdida de credibilidad en el sector financiero.
- Falta de claridad en la información facilitada por las entidades financieras.

b) En cuanto a la *renta vitalicia*:

Las principales *ventajas* son las siguientes:

- Las cantidades de las mensualidades son más altas (entre un 25 y un 40% respecto a la hipoteca inversa).
- Posibilidad de incrementar los ingresos en cualquier momento si no se desea hacer uso de la vivienda.
- Mayor flexibilidad del producto.
- Quedan liberados del pago del impuesto sobre bienes inmuebles (IBI), derramas extraordinarias y seguro del continente.

Las *desventajas* se resumen en las siguientes:

- Pérdida de la propiedad para los herederos.
- La operación no es reversible.
- Plazos más largos para la contratación.
- No es posible su contratación en pequeñas o medianas poblaciones.

Conclusiones

- Los productos de rentabilización de las viviendas de las personas mayores son el único mecanismo actual para que nuestros mayores puedan obtener *ingresos en vida* a través de su principal ahorro: sus *viviendas*.
- En los próximos años asistiremos a un incremento exponencial en la contratación de estos productos, a la vez que se generalizará el conocimiento de los mismos entre las personas mayores. Los motivos son la necesidad de incrementar los ingresos y el abandono paulatino de la *cultura de la herencia*.
- El entorno familiar de las personas mayores será también cada vez más favorable a que sus mayores contraten uno de estos productos, ya que en los nuevos modelos de vida se están reduciendo el tiempo y los recursos económicos que los hijos pueden destinar al cuidado de sus padres, por lo que se requerirán *nuevas fuentes de ingresos* para asegurar el bienestar de éstos.
- El Estado deberá incrementar las *ventajas fiscales* de estos productos, así como reglamentar los mecanismos de protección de las personas mayores a través de la figura del asesor independiente, que defienda en todo momento los intereses de aquéllos.

Influencia de la economía de las personas mayores en el acceso a los recursos sociales

C. Jiménez Vázquez, V. Ortega Trancón, P. Hernangil Quintero y M.S. López Fernández

Eulen Servicios Sociosanitarios S.A. Madrid.

Introducción

Es algo prácticamente obvio decir que, en general, la pirámide poblacional española tiende a invertirse, por el considerable aumento de mayores de 65 años y de su mayor esperanza de vida; si esto se suma a la baja tasa de fecundidad española, produce un notable envejecimiento de la población, apreciable en general en los países desarrollados.

Es por ello que debemos prepararnos para el gran cambio demográfico que supone el gran aumento de la esperanza de vida. Además, la calidad de vida y la salud en el proceso de envejecimiento siguen mejorando, y más personas tienen necesidades de atención y de apoyo, por lo que se hace necesario profundizar en la construcción de un sistema más justo y asequible.

Las nuevas tecnologías aplicadas al mantenimiento de una vida autónoma (mejoras técnicas), la vivienda o la accesibilidad en los entornos son elementos fundamentales a la hora de enfrentarnos a la nueva situación.

A través de nuestro trabajo sobre el conocimiento de las características sociodemográficas de los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) pretendemos verificar y comprobar si el nivel de renta mensual per cápita (RMPC) de la población mayor puede influir de alguna manera en la facilidad de acceso a los servicios y en las ayudas sociales y personales de que disponen, y si esos recursos son suficientes para paliar sus nece-

sidades, con el objetivo final de lograr la permanencia de los usuarios en sus domicilios y retrasar o evitar la institucionalización.

Objetivos

Analizar la situación económica de las personas mayores en el contexto de su situación sociofamiliar y la influencia de la economía en el acceso y/o la adquisición de servicios y recursos.

Metodología

Realizamos un estudio comparativo de prestaciones y recursos teniendo en cuenta la RMPC de las personas usuarias del SAD del distrito de Latina en Madrid. Se trabaja con una muestra de 608 expedientes elegidos aleatoriamente de un total de 3.554 usuarios.

Se ha seleccionado el mismo número de usuarios para cada tramo de renta (152 usuarios), y se ha elaborado una base de explotación de datos con los expedientes de los usuarios para proceder al cruce de variables. Se diferencian cuatro tramos de RMPC: ≤ 455.73 €, ≥ 455.74 € y ≤ 760.69 €, ≥ 760.70 € y ≤ 1065.66 €, ≥ 1065.67 €.

Resultados

Los datos obtenidos miden el impacto del indicador RMPC con respecto a las siguientes variables: perfil sociodemográfico; intensidad de servicio mensual de SAD; prestaciones de servicio de ayuda a domicilio asignadas; red sociofamiliar: unidad de convivencia, convivientes no usuarios, red social de apoyo no conviviente; otros recursos sociales: atención domiciliaria, recursos fuera del domicilio; condiciones de la vivienda y su entorno: adaptaciones y productos de apoyo; y grado de dependencia.

La ciudad de Madrid cuenta con un total de 3.298.004 habitantes (datos del 1 de enero de 2010) y con más de 6 millones en su área metropolitana. Concretamente el distrito de Latina, que es el área que se va a estudiar en esta investigación, cuenta con 256.527 habitantes, de los cuales 57.874 son mayores de 65 años (el 9,30% de la población total de personas mayores del municipio de Madrid). De tal manera que, de los 21 distritos que conforman el municipio de Madrid, es el que mayor volumen de personas mayores tiene.

Así, la muestra elegida para el estudio ha sido de 608 usuarios del SAD de entre 3.554 atendidos en este distrito. Además, se han dividido entre cuatro tramos de RMPC, con una muestra de 152 usuarios cada uno.

Teniendo en cuenta estas premisas, se han obtenido los siguientes datos:

- Edad: más de la mitad de la muestra son mayores de 80 años (el 62%).
- Sexo: el 77% son mujeres.
- Unidad de convivencia: más de la mitad de la muestra viven solos, seguidos de los que viven con personas de igual dependencia.
- Además, el 33,43% de los que viven solos están en la renta inferior, frente al 19,11% que tienen rentas superiores. Aparte, casi el 70% de los que están acompañados viven con sus cónyuges, seguidos del 14% que viven con sus hijos.
- Así, en el tramo de RMPC más elevado es donde se aprecian más usuarios que viven acompañados.
- En general, un 9,86% de los casos viven con más de una persona en el domicilio.

Red de apoyo social: aparte de la unidad de convivencia, el 76% de los usuarios recibe apoyo mayoritariamente de sus hijos, seguido de sobrinos y vecinos. No existen diferencias según la renta en cuanto al grado de mayor o menor apoyo de su red social. Lo que sí es importante es que más del 80% de la muestra tiene el apoyo de una única figura, que mayoritariamente son los hijos. Hay un 16% que tiene a dos figuras de referencia, que suelen ser hijos, sobrinos y/o vecinos.

También existe un porcentaje de usuarios que no reciben ningún tipo de apoyo, los cuales están más representados en las rentas superiores. Por ello podemos afirmar que a menor renta, más apoyo de la red social.

Servicio de ayuda a domicilio: en el SAD existen tres tipos de atención: la de aseo personal, que incluye la prestación de movilización y cambios posturales; la de arreglo del hogar, que también incluiría las prestaciones de compra, gestiones médicas, acompañamiento diurno, preparación de comida, etc.; y por último, la atención mixta, donde se realizarían ambas atenciones, tanto la de aseo personal como la de arreglo del hogar.

De esta manera, cabe destacar que la mayoría de nuestros usuarios reciben apoyo para atención mixta, muy seguidos de los que sólo tienen arreglo del hogar. En cuanto a la atención de aseo personal, prima en las rentas más elevadas, mientras que la atención mixta predomina en las inferiores.

Con referencia a la frecuencia mensual del servicio, destaca la frecuencia inferior a 10 horas al mes en todos los tramos de renta, sin diferencia apreciable; pero la menor frecuencia mensual se concentra sobre todo en los usuarios con mayor renta.

Además, más del 60% de los casos tienen un grado de dependencia moderado, el 25% elevada y, por último, el 15% de gran dependencia.

Tras analizarlo, destacamos que a igual nivel de dependencia, más horas de prestación mensual en las rentas inferiores. Concretamente en el nivel de dependencia elevada se concentran similares porcentajes de usuarios en todos los tramos de renta.

En cuanto a la atención para aseo personal, la media de horas mensuales es similar en la dependencia moderada y elevada; mientras que en gran dependencia existe mayor frecuencia. Tanto en las tareas de atención personal como en la atención mixta se aprecia una mayor frecuencia en las rentas inferiores.

En cuanto a la gran dependencia, hay un mayor volumen de usuarios en el nivel de RMPC superior. El nivel de dependencia elevado y de gran dependencia se aprecia mayor frecuencia cuanto más baja es la RMPC. Por ello, podemos afirmar que a mayor dependencia, mayor frecuencia de servicio.

Recursos sociales de apoyo: más del 67% de nuestros usuarios disponen de al menos un recurso adicional al SAD, que mayoritariamente es el servicio de teleasistencia domiciliaria (TAD), seguido por el de centros de mayores.

En general, los usuarios con mayor nivel económico disponen únicamente de SAD (un 14%) o de un solo recurso. En especial, el uso del servicio de TAD predomina en los usuarios con menos recursos económicos.

Productos de apoyo: los productos de apoyo predominantes son los de apoyo en el aseo y ayuda a la movilidad.

Cabe citar que desde que en el SAD del Ayuntamiento de Madrid existe como categoría profesional la figura del terapeuta ocupacional, que se encarga de evaluar la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e intervenir cuando dicha capacidad está en riesgo por cualquier motivo, los casos de usuarios del SAD con productos de apoyo en su domicilio han aumentado considerablemente.

Es por ese motivo que se justificaría parte del actual 32% de usuarios que ya disponen de al menos un producto de apoyo para desenvolverse en las actividades básicas de la vida diaria.

No se encuentran diferencias en los siguientes aspectos con respecto a la RMPC:

- En el sexo: hay más mujeres usuarias que hombres como titulares del servicio.
- En la red social de apoyo: familia, amigos, vecinos, etc.

- En la adquisición de productos de apoyo, ya que se compensan con las ayudas económicas y/o sociales existentes.
- En todos los niveles de dependencia existe una frecuencia mensual similar para la prestación de auxiliar de hogar.
- En cuanto a la frecuencia mensual de servicio: a mayor dependencia, más frecuencia.

Conclusiones

Como conclusión última hay que señalar que en los casos analizados, la RMPC no es un elemento que determine el acceso al disfrute de recursos y servicios; ello se debe a que en nuestra sociedad existe un fuerte arraigo cultural de apoyo familiar y social, así como unas políticas de responsabilidad social que complementan las posibles carencias económicas de las personas mayores.

Bibliografía

- Archivo de expedientes y fichas, de Personas Usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Madrid, que gestiona Eulen Servicios Sociosanitarios.
- Conferencia británica sobre el envejecimiento de la población 2010. (2010). *Sesenta y Más*, 288, 29-32.
- Ley 39/2006 de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Factores económicos asociados a negligencia y a malos tratos psicológicos

A. Chulián Horrillo¹, M.I. Fernández de Trocóniz² y G. Pérez Rojo³

¹Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

²Universidad Autónoma de Madrid.

³Universidad San Pablo CEU. Madrid

Introducción

El programa de actuación en negligencia y malos tratos psicológicos, puesto en marcha en 2009 por el Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, desde la Dirección General de Mayores, y en colaboración con el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, la Universidad Autónoma de Madrid y la Universidad San Pablo CEU, nace con el objetivo de prevenir, detectar y actuar ante la sospecha de la ocurrencia de negligencia y/o malos tratos psicológicos hacia personas mayores de 65 años de Madrid en el ámbito doméstico, tanto con la víctima como con el responsable de los malos tratos.

El maltrato hacia las personas mayores, al igual que en diferentes poblaciones (mujeres, niños, etc.) puede tener distintas formas (maltrato físico o psicológico, abuso sexual o económico, negligencia intencional o no intencional, etc.). Una adecuada clasificación del tipo de maltrato que se esté produciendo permite poner en marcha las estrategias de intervención más oportunas; sin embargo, en una situación de malos tratos se pueden estar produciendo varios tipos a la vez (p. ej., maltrato físico y psicológico), o se pueden desencadenar distintos tipos de malos tratos ante la aparición de uno de ellos (p. ej., el abuso económico puede llevar a la aparición de maltrato físico).

Objetivos

Con motivo del tema principal de las jornadas anuales organizadas por la Dirección General de Mayores en 2010 dedicadas a las personas mayores y la economía, se lleva a cabo esta investigación en la que se aborda la presencia de factores económicos que puedan estar influyendo en los casos valorados como negligencia y/o malos tratos psicológicos (como por ejemplo la pensión del mayor víctima de los malos tratos como único ingreso de la unidad familiar para los gastos de la vida diaria y manutención).

Además, se analiza si cuando los factores económicos están presentes, existe una relación afectiva entre responsable y víctima, y si la dependencia económica puede estar afectando a la situación de negligencia y/o malos tratos, provocando su continuidad.

Metodología

Para ello, se lleva a cabo un análisis estadístico descriptivo de las características de las víctimas y responsables de los malos tratos y la variable «factores económicos» (entendida como propiedad de la vivienda en la que viven víctima y responsable de los malos tratos, ingresos y dependencia económica de víctima y responsable, responsabilidad para sufragar los costes de la vivienda y de manutención, gastos relacionados con los recursos del mayor, etc.). El estudio se realiza sobre los 62 casos (personas mayores de 65 años que están siendo víctimas de malos tratos en su domicilio, en la ciudad de Madrid) que han sido derivados desde servicios sociales y admitidos en el programa como posible negligencia y/o malos tratos psicológicos, desde noviembre de 2009 hasta octubre de 2010.

Resultados

Los resultados muestran que al menos en el 47% de los casos analizados se ha detectado algún factor económico que podría estar afectando a la unidad convivencial, de los que el 61,3% son casos de negligencia y el 27,2% son casos de maltrato psicológico. El 11,3% restante corresponde a aquellos casos en los que la ocurrencia de malos tratos psicológicos y negligencia es simultánea.

Al analizar las características de las víctimas, en las que se ha detectado la influencia de algún factor económico, encontramos que la edad media es de 72 años (unos 10 años menos que la edad media de los 62 casos estudiados). Además, el 90% de las víctimas son mujeres viudas, mientras que en la población total del programa esta combinación (sexo y estado civil) es del 51,6%.

Acerca de las necesidades de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), el 79,3% de estas víctimas precisa ayuda para llevarlas a cabo (en el 86,2% de los casos son receptoras del servicio de ayuda a domicilio); de ellas, sólo el 33,3% considera que esta ayuda debería venir dada por la persona que convive con ellas, es decir, el responsable de los malos tratos; sin embargo, el 46% restante excusa o justifica a estos de la responsabilidad de la ayuda que podrían o deberían darle.

En cuanto a los responsables de los malos tratos, la edad media es de 58 años, mientras que en la población total de los casos estudiados es de 52,4 años. Es importante destacar que en los casos en los que existe influencia de los factores económicos, sólo el 3,4% es mayor de 65 años, mientras que en la población total de los casos estudiados es del 38,7%, por lo que podemos deducir que en aquellos casos en los que se ha detectado la influencia de un factor económico la población es más joven.

La mayoría de los responsables suelen ser hombres (72,4%), tanto en los casos de negligencia como en los de malos tratos psicológicos, al igual que en la población total (62,9%), aunque, como muestran los resultados, la proporción es mayor. Tal y como se muestra en la figura 1, el 90% de los responsables son los hijos de las víctimas, y el 64,5% de estos hijos son varones.

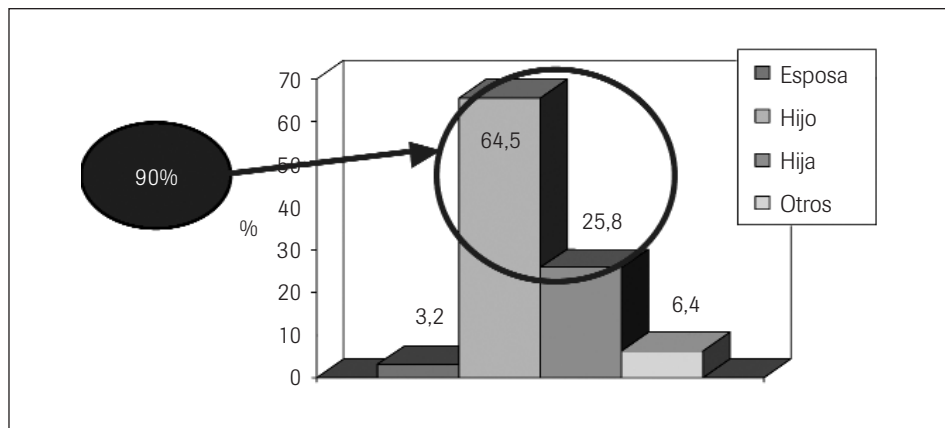


Figura 1. Relación entre la víctima y el responsable.

Además, el 48,3% consume alcohol y el 20,7% otro tipo de sustancias.

En cuanto a los factores económicos, el 96,5% vive en la vivienda del mayor y no tiene otra vivienda propia donde ir a vivir, y en casi el 90% de los casos los gastos de la vivienda (luz, agua, gas, etc.) corren a cargo de la víctima de los malos tratos.

En la figura 2 se indica que, aunque el 37,9% de los responsables recibe algún tipo de ingresos no relacionados con el mayor (renta mínima de inserción, prestación por desempleo, alquiler de vivienda, etc.), el 86,2% de los responsables precisan la pensión del mayor para su manutención, por lo que podemos suponer que un 24% de los responsables no hace un uso adecuado de los ingresos que recibe.

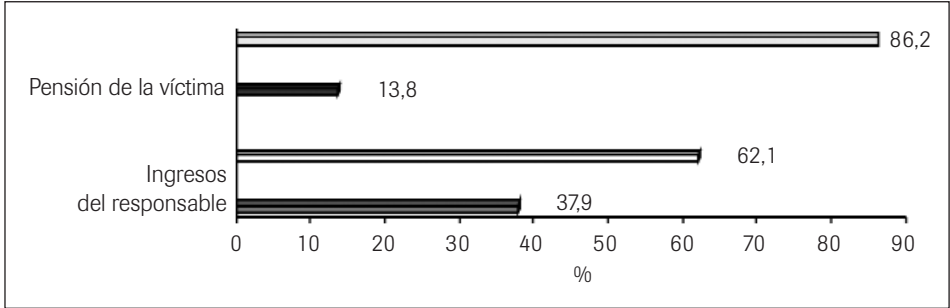


Figura 2. Dependencia o autonomía económica de la víctima y el responsable.

Finalmente, en cuanto a la influencia que estos factores económicos pueden ejercer en la intervención social que se lleva a cabo en el domicilio, un 51,7% de los responsables dificultan la intervención si ésta precisa ser financiada en parte o en su totalidad por el mayor (p. ej., la asistencia a un centro de día), por lo que las víctimas pueden no estar recibiendo la atención que se considera más adecuada.

Conclusiones

Por tanto, dado que en un 47% de los casos aparecen factores económicos que pueden estar influyendo en situación de malos tratos, consideramos que esta variable debe tenerse en cuenta al actuar ante los mismos, dado que su influencia puede entorpecer y/o afectar negativamente a la intervención profesional en la eliminación de los malos tratos. Así parece estar sucediendo en aquellos casos en los que los responsables no permiten la aceptación de recursos sociales cuando estos deben ser sufragados en parte (aunque la aportación sea muy pequeña) o en su totalidad por la víctima.

Los resultados muestran un perfil claro tanto de la víctima como del responsable de los malos tratos en los casos en los que se ha detectado la presencia de factores económicos que pueden estar influyendo en la relación: casi un 65% de los casos son hijos varones y el 90% de las víctimas son mujeres viudas.

Así mismo, uno de los resultados más reveladores obtenidos en este estudio es que el 90% de los responsables de los malos tratos son los hijos de las víctimas, y el 70% son consumidores de alcohol u otras drogas.

Este dato se encuentra estrechamente relacionado con el término «explotación económica de los afectos» descrito en una investigación cualitativa realizada por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (Sanchez del Corral et al., 2004). Este término es definido como «hacer creer a un mayor que se le quiere o aprecia con el fin de convencerle de que ponga sus recursos económicos, ya sea la pensión que percibe, ahorros o bienes inmuebles, a disposición del familiar que se ofrece como cuidador incondicional, repudiándolo o descuidándolo una vez logrado el objetivo».

Por tanto, partiendo de esta definición y de los datos referentes a la estrecha relación afectiva entre víctima y responsable, en futuras investigaciones sería preciso analizar si la situación de negligencia y malos tratos psicológicos está precedida por una situación de dependencia económica, con el fin de poder planificar medidas de prevención y protección para la víctima.

Además, en futuras valoraciones e intervenciones en los casos de negligencia y/o malos tratos psicológicos, será preciso analizar si esta dependencia económica puede ser un factor que favorezca o propicie la ocurrencia de abuso económico, además de poner en marcha estrategias para evitar la posible aparición de este tipo de maltrato.

Aun así, como señalan Pérez Rojo e Izal (2007), la violencia hacia las personas mayores es compleja y multidimensional, y es preciso tener en cuenta no sólo las características individuales de las posibles víctimas y de los responsables de los malos tratos, sino que también el contexto general en el que ocurre el maltrato, por lo que en posteriores estudios será preciso analizar otras variables del contexto que puedan estar influyendo en la situación de malos tratos en la que se sospecha la presencia de una posible dependencia económica (p. ej., ayudas formales e informales, acceso a servicios, historia familiar, etc.).

Bibliografía

- Barbero, J., Barrio, I.M., Gutiérrez, B., Izal, M., Martínez, A., Moya, A., et al. (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: IMSERSO.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M. y Sancho, M.T. Grupo Trátame Bien. (2010) Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 45 (4): 213-8.

- Pérez Rojo, G., Izal, M., Montorio, I. y Nuevo, R. (2008) Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*; vol. 8, (1): 105-17.
- Pérez-Rojo, G. e Izal, M. (2007) *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. Madrid: IMSERSO.
- Sánchez del Corral, F., Sancho, M.T., García, S., Pajares, G. y Aranda, T. (2004) *Investigación cualitativa de SEGG-IMSERSO Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales*. Madrid: IMSERSO.

El papel del voluntariado como generador de capital social

A. Fernández Miralles y J. Ramírez Serrano

Centro Municipal de Servicios Sociales de San Diego. JMD Puente de Vallecas.

Introducción

El grupo de voluntariado San Diego es un grupo adscrito al Centro Municipal de Servicios Sociales San Diego (JMD Puente de Vallecas), y se crea con el *objetivo* de dar respuesta a necesidades básicamente relacionales no satisfechas de personas mayores con escasos apoyos familiares e informales que se venían detectando desde la propia intervención social desarrollada en el centro; y también para dar respuesta a la demanda de participación ciudadana en acciones solidarias, una necesidad sentida por vecinos del barrio.

Desde nuestro centro de servicios sociales se ponen en relación ambas demandas al considerar que la implicación de la ciudadanía es clave para garantizar la conexión de la sociedad y sus necesidades. Entendemos que a través del voluntariado pueden cubrirse necesidades no satisfechas desde el ámbito formal, lo que supone una alternativa a la intervención social, y se constituye además como generador de riqueza económica y social.

Objetivos

Los objetivos específicos planteados con el grupo de voluntariado son:

- Promover la participación e implicación ciudadana mediante nuevos canales de captación (difusión de carteles informativos, publicación de la actividad del grupo en el boletín municipal de voluntariado, etc.).

- Canalizar la participación e implicación de los ciudadanos del distrito.
- Realizar el acompañamiento del grupo, favoreciendo la permanencia en el mismo y reforzando vínculos personales entre los miembros participantes.
- Canalizar la demanda de tareas de voluntariado por parte del equipo técnico del centro y asignar las mismas entre los miembros del grupo, realizando su supervisión y recogiendo las posibles incidencias.
- Ser un canal de información bidireccional entre el grupo de voluntariado, el equipo técnico del centro y los beneficiarios de la acción voluntaria, con el fin de ofrecer un servicio de calidad.
- Promover la formación de las personas voluntarias mediante la difusión y la realización de actividades formativas de la Escuela Municipal de Voluntariado.
- Generar una red de apoyo entre vecinos para facilitar a las personas mayores sin red natural tanto relaciones como acompañamiento o facilitación de tramitaciones que suelen ser realizadas directamente por los usuarios y/o sus familiares.

Metodología

Con el grupo de voluntariado se ha seguido una metodología de trabajo social grupal y de trabajo en equipo. Dicho grupo es coordinado por una trabajadora social municipal, cuya función es la dinamización del mismo, su acompañamiento, así como la supervisión y orientación de la tarea voluntaria, todo ello mediante las dos técnicas metodológicas mencionadas anteriormente.

El grupo, compuesto por 16 personas voluntarias, se reúne semanalmente en el centro de servicios sociales, espacio donde se realiza la distribución de las tareas derivadas desde el equipo técnico del centro, en un soporte denominado *ficha de tarea*; también se realiza la supervisión y valoración de dichas tareas, y se debaten cuestiones relacionadas con la organización y el funcionamiento del grupo.

En esta reunión se recogen las posibles incidencias en las tareas desarrolladas, y el trabajador social coordinador es el canal de comunicación bidireccional entre el grupo y el equipo técnico.

Las tareas son desarrolladas por los voluntarios de lunes a viernes en el horario acordado previamente con el destinatario de la acción voluntaria.

En cuanto al registro de tareas, en el año 2010 se han registrado informáticamente en una base de datos todas las tareas derivadas por el equipo técnico con el fin de tener un conocimiento de las actividades realizadas, el perfil de los usuarios y el nivel de éxito, así como para realizar propuestas de mejora. Mediante este registro informatizado se podrán establecer los resultados alcanzados en este año y las conclusiones propuestas.

Resultados y conclusiones de los datos obtenidos

En el año 2010 se han derivado 177 tareas, de las cuales se han realizado el 71% (fig. 1).

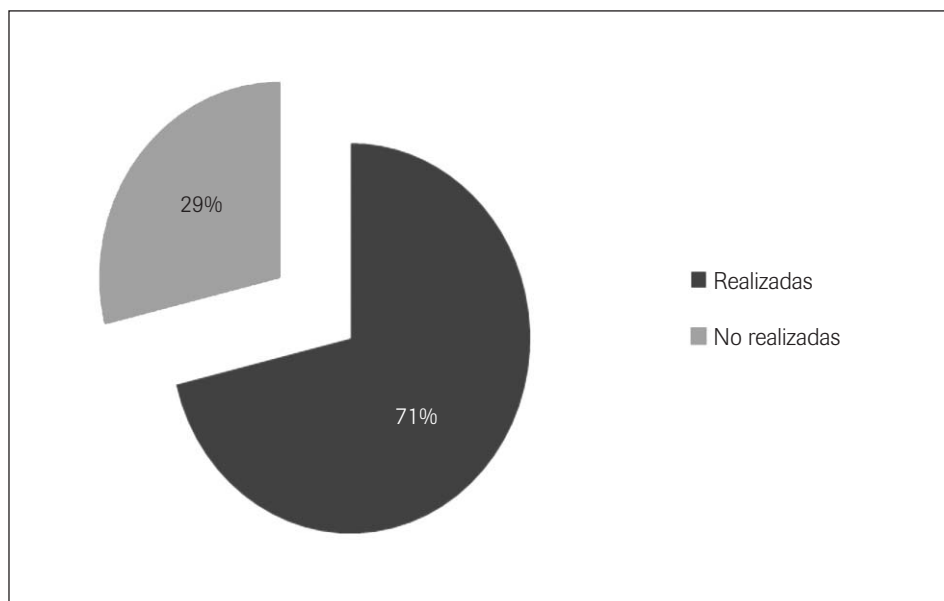


Figura 1. Proporción de tareas desarrolladas por los voluntarios.

La figura 2 muestra el nivel de éxito y las causas por las que no se han realizado las tareas derivadas, correspondientes al 29% del total de las tareas.

El principal motivo por el cual no se ha realizado una tarea determinada ha sido el rechazo de la persona beneficiaria, seguido del perfil no idóneo, ya que se han derivado tareas de personas mayores válidas, entendiéndose que la labor del voluntario es de apoyo a la persona, nunca supliendo capacidades de la misma. Tampoco se han valorado tareas cuyo fin era suplir responsabilidades de los hijos, considerando que el objetivo de la labor voluntaria es apoyar a familias con dificultades para conciliar vida familiar y

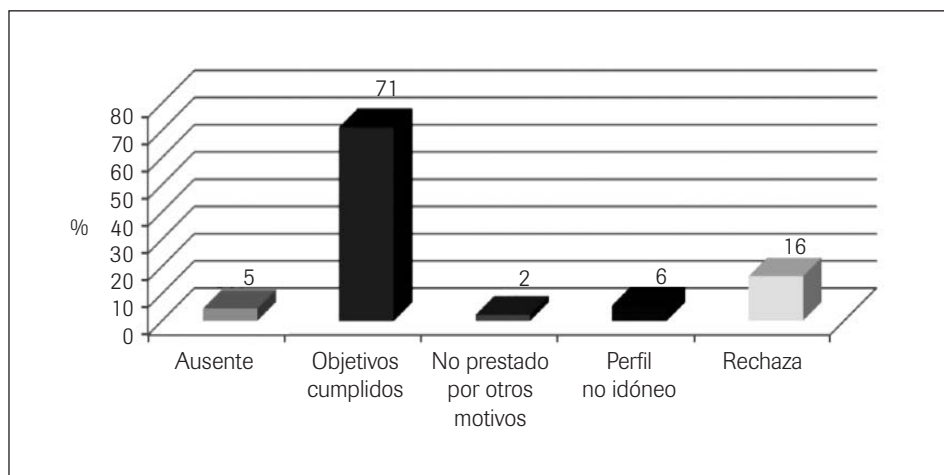


Figura 2. Resultados obtenidos de las tareas encomendadas a los voluntarios.

laboral, y el apoyo a sus mayores. Otro porcentaje que destacar es el de «ausente» cuando el voluntario contacta con la persona mayor, de modo que no se puede hacer efectivo el desempeño de la tarea.

En la figura 3 se muestran las tareas realizadas y los porcentajes de realización y no realización en cada una de ellas.

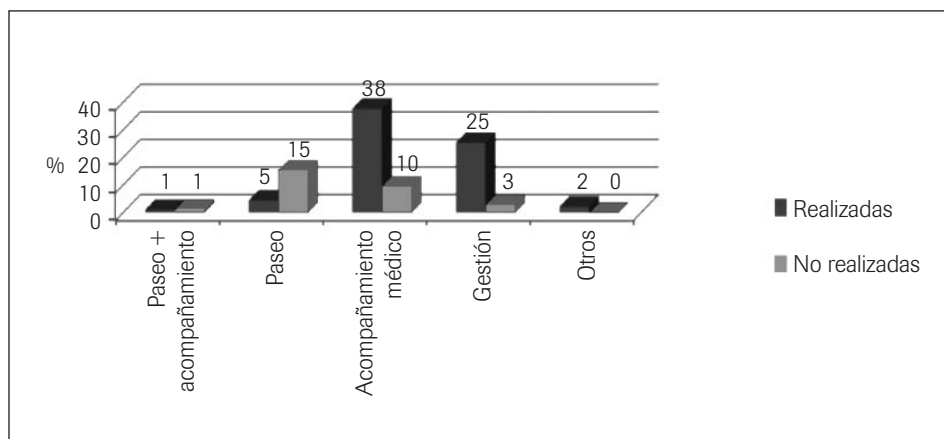


Figura 3. Tareas encomendadas y porcentaje de realización.

Las tareas que más se han derivado corresponden a acompañamientos médicos, tanto hospitalarios como ambulatorios (se han solicitado un total de 84 respecto a las 177 tareas solicitadas en el año 2010). De las 84 peticiones se han llevado a cabo 67, y no se han realizado 17, principalmente porque la familia ha solucionado el acompañamiento.

El perfil de los destinatarios de esta tarea ha sido el de personas mayores con dificultades para la deambulaci3n, con nulos o escasos apoyos familiares; y personas mayores con apoyos familiares que, por motivos laborales de sus familiares, no pueden realizar el acompa1amiento.

Respecto a la tarea de paseo, se han derivado un total de 35, y se han realizado ocho, de las cuales tres han finalizado con objetivos cumplidos, ya que la persona ha adquirido la autonomía necesaria para salir a pasear sola. A día de hoy, cinco personas siguen beneficiándose de esta tarea. Asimismo se han realizado dos tareas de paseo y acompa1amiento en el domicilio cuando las condiciones climatol3gicas han sido adversas. Dos tareas en esta modalidad no se han llegado a realizar por rechazo de la persona mayor.

Tal y como muestra la figura, se da un porcentaje elevado de tareas de paseo no realizadas, que se corresponden con un total de 27; entre otros, los principales motivos de no realizaci3n son las condiciones climatol3gicas adversas, la desconfianza de la persona mayor hacia el voluntario, el desistimiento y el abandono de la persona.

Tambi3n se debe destacar la tarea de gesti3n, de la que se han derivado 50 tareas, de las cuales 45 se han llevado con 3xito. Prácticamente el total de estas tareas han sido gestiones relacionadas con la tramitaci3n de prestaciones de mayores llevadas a cabo en el centro municipal de servicios sociales; el perfil es el de personas mayores que se encontraban inmovilizadas en sus domicilios, con nulos apoyos familiares; y, de no ser por el apoyo del voluntariado, no se podría haber dado salida a dicho trámite.

En la tarea de modalidad *otros* se ha apoyado en dos actividades planificadas por las animadoras socioculturales de los centros de mayores del distrito.

En la figura 4 se muestran las derivaciones realizadas por los trabajadores sociales, la mayoría llevadas a cabo por seis de ellos, los cuales llevan zonas con un alto porcentaje de poblaci3n mayor.

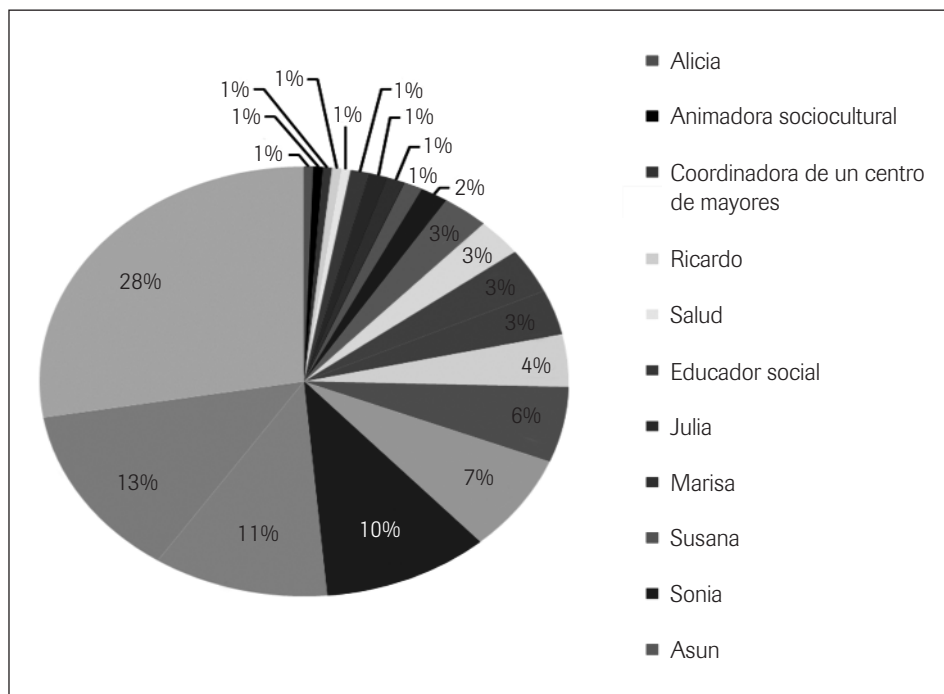


Figura 4. Derivaciones realizadas por los trabajadores sociales del distrito.

Conclusiones

Según los resultados expuestos, se valora un impacto positivo en la población del distrito, ya que, por un lado se promueve una ciudadanía activa, favoreciendo posibilidades de participación; y por otro lado, se cubren necesidades que no pueden ser cubiertas por otros sectores: institucionales (como el servicio de ayuda a domicilio), la familia, sector privado, sector informal, etc.

Por lo tanto, y para concluir, debemos mencionar que el voluntariado es un canal importante de participación ciudadana, genera una contribución económica significativa y supone cambios de enfoque, nuevas prácticas y nuevas relaciones, y además promete resultados e impactos sustantivos.

Importancia de los agentes facilitadores informales en el abordaje del aislamiento social

E. Velázquez Martín, A.B. Santos-Olmo Sánchez y B. Ausín Benito

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Introducción

Con el objetivo de evitar las situaciones de aislamiento social de los mayores de 65 años del municipio de Madrid, surge el Servicio de Apoyo Psicológico (SAP) a ancianos frágiles con aislamiento social en Madrid, dentro del convenio de colaboración entre el Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales y el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Uno de los objetivos de intervención de este servicio es crear o reactivar la red de apoyo informal del mayor, involucrando de forma activa a agentes facilitadores informales.

Objetivos

- Describir los tipos de agentes facilitadores informales de la población de personas en aislamiento social en la ciudad de Madrid atendidas por el SAP. Estudiar las áreas de necesidades en las que sirven como apoyo estos agentes informales, dentro del marco de la intervención del SAP.

Metodología

En este estudio se ha trabajado con los agentes facilitadores informales existentes dentro del grupo de población de personas mayores en aislamiento social atendido por el SAP. Por tanto, se hace necesaria una definición tanto de los criterios que definen la

muestra en aislamiento social como de las características que definen a los agentes facilitadores informales.

Sobre la muestra de personas en aislamiento social, ésta está compuesta por personas mayores en aislamiento social de la ciudad de Madrid atendidas por el SAP que tienen las siguientes características: vivir solo, rechazar todas las ayudas ofrecidas, tener necesidades sociosanitarias no cubiertas, tener una red de apoyo social nula o escasa, no estar recibiendo ningún tipo de asistencia social pública o privada y haber agotado desde servicios sociales del distrito todas las vías de intervención posibles.

Sobre los agentes facilitadores informales, es necesaria una definición de lo que se entiende por «agente facilitador» dentro de este estudio. Serían todas aquellas personas *cercanas* a la persona en aislamiento, con las que puede tener un mayor grado de *confianza*. Sus funciones son, por un lado, facilitar el contacto o el enganche entre la persona en aislamiento y los profesionales del SAP sobre la base de su relación previa con la persona y, por otro lado, participar de forma activa en el proceso de intervención, mediante una colaboración y comunicación permanentes con el SAP.

Dentro del grupo de agentes facilitadores, puede hacerse una división entre:

- Agentes *facilitadores formales*, es decir, aquellos cuya relación es de cercanía profesional (por ejemplo, profesionales de referencia a nivel social, sanitario, legal, etc.).
- Agentes *facilitadores informales*, es decir, aquellos cuya relación es:
 - Bien de cercanía personal o emocional por tener lazos afectivos con las personas en aislamiento (por ejemplo, familiares o de amistad).
 - Bien de cercanía física por vivir cerca de la persona y verle con frecuencia (por ejemplo, vecinos, portero, comerciantes de la zona).

Las variables incluidas y los instrumentos de evaluación empleados para medirlas son los siguientes:

1. Áreas generales de necesidades en las que los apoyos informales pueden intervenir de forma más activa, evaluadas teniendo en cuenta las áreas específicas de necesidades recogidas en el Cuestionario de evaluación de necesidades en ancianos de Camberwell (Reynolds et al., 2000). Sobre la base de los ítems incluidos en este cuestionario, se establecen nueve áreas generales de necesidades susceptibles de beneficiarse del apoyo informal, tal y como puede verse en la tabla 1.
2. Tipo de relación de los agentes informales con el mayor en aislamiento social: familiar, amigo, vecino, portero y comerciante de la zona, evaluadas según un cuestionario diseñado al efecto.

Tabla 1. Áreas generales de necesidades e ítems del CANE que las componen

Área de necesidad	Ítems CANE
Condiciones de habitabilidad y alojamiento	Alojamiento
Actividades de la vida diaria	Cuidado del hogar Alimentación Cuidado personal
Ocio y compañía	Actividades diarias Compañía
Salud mental	Memoria Síntomas psicóticos Angustia
Salud física	Vista/oído Movilidad Continencia Salud física Medicación
Supervisión y vigilancia	Riesgo para sí mismo Riesgo para los demás Seguridad (abuso/abandono)
Abuso de alcohol	Alcohol
Manejo del dinero	Dinero
Prestaciones sociales	Prestaciones sociales

Resultados

A continuación se muestran los resultados acerca del primer objetivo de este estudio: describir los tipos de agentes facilitadores informales de la población de personas en aislamiento social en la ciudad de Madrid atendidas por el SAP.

Se estudia una muestra de 121 personas en aislamiento social, de las cuales el 70,2% son mujeres, con una edad media de 81 años; el 53,7% son solteros y el 30,6% viudos; sin hijos en un 78,5%; y viven solos en un 77% de los casos. Más de la mitad de los casos llegan a servicios sociales según información de agentes formales (servicios sanitarios, servicios de emergencias, SAMUR social, etc.). En un 33,9% de los casos son agentes informales los que acuden a servicios sociales a alertar sobre la situación (vecinos, familiares, amigos, etc.) y sólo en el 6,6% restante es el propio usuario quien acude a los servicios sociales en busca de alguna ayuda.

Respecto a cuántas personas reciben en algún momento de la intervención, el apoyo de agentes informales y quiénes son estos agentes, en casi un 70% de los casos se consigue la implicación de agentes informales, bien fortaleciendo la relación ya existente, bien recuperando vínculos anteriores, actualmente deteriorados, o bien construyendo nuevas redes de apoyo informal.

En la mayor parte de los casos en los que se cuenta con apoyos informales, estos provienen de familiares (55,4%), vecinos (32,5%), portero (22,9%) y/o amigos (20,5%). En concreto, los familiares que más presencia tienen como agentes informales son sobrinos (40%), hermanos (y sus parejas) (30%) y los hijos (y sus parejas) (28%).

A continuación se muestran los resultados obtenidos acerca del segundo objetivo de este estudio: estudiar las áreas de necesidades en las que sirven como apoyo estos agentes informales, dentro del marco de intervención del SAP. Como puede verse en la figura 1, las áreas de necesidad más frecuentes en la población en aislamiento atendida por el SAP son supervisión y vigilancia, salud física y mental, ocio y compañía, actividades de la vida diaria, y condiciones de habitabilidad del alojamiento.

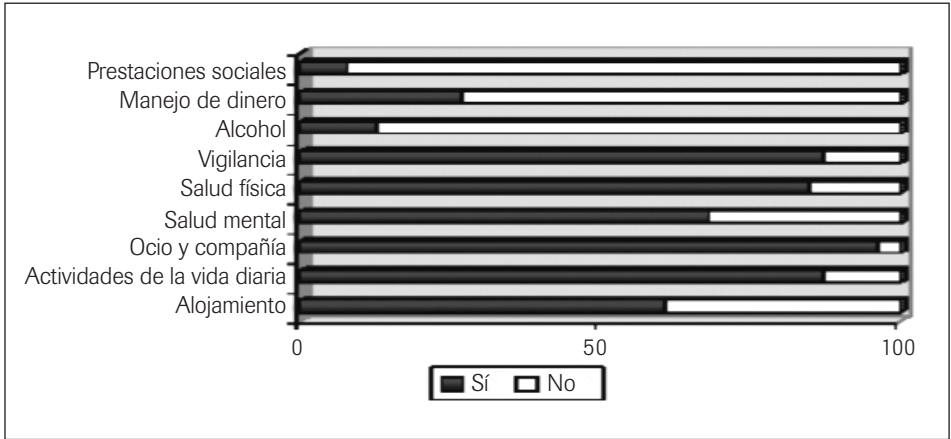


Figura 1. Áreas de necesidades no cubiertas (personas en aislamiento).

Acerca de las áreas de necesidades en las que participan las ayudas informales, como puede verse en la figura 2, estos participan sobre todo en las áreas de supervisión y vigilancia, ocio y compañía, y actividades de la vida diaria. Sin embargo, en las áreas de salud, tanto física como mental, los apoyos informales encuentran más dificultades para intervenir, así como en la de las condiciones de habitabilidad del alojamiento.

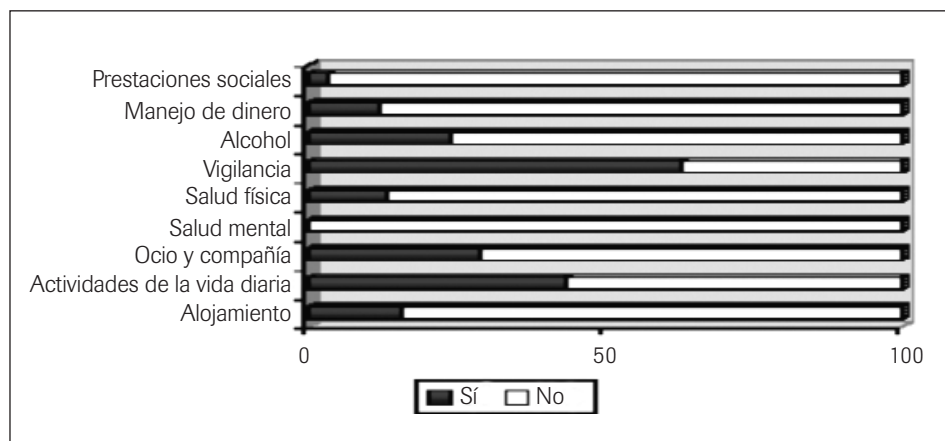


Figura 2. Áreas de necesidades en las que participan las ayudas informales.

Comentarios y conclusiones

A la luz de los resultados obtenidos, puede concluirse lo siguiente:

- Los agentes informales son una fuente muy importante de información para los servicios sociales, y alertan en un alto porcentaje de las situaciones de aislamiento.
- Dentro de los agentes facilitadores informales, los que participan de forma más frecuente, dentro del marco de la intervención del SAP, son los familiares y los vecinos.
- Uno de los objetivos de la intervención debería ser la implicación de agentes informales, fortaleciendo la relación ya existente, recuperando vínculos anteriores, actualmente deteriorados y/o construyendo nuevas redes de apoyo informal.
- Los agentes facilitadores informales pueden participar de forma activa en algunas de las áreas de necesidad más frecuentes dentro de la población en aislamiento, tales como supervisión y vigilancia, ocio y compañía, y actividades de la vida diaria. Por otro lado, a pesar de tratarse de áreas muy importantes, los apoyos informales encuentran más dificultades para intervenir en las áreas de salud, tanto física como mental, así como en la de las condiciones de habitabilidad del alojamiento.
- Una de las áreas en las que prestan mayor apoyo es en la de supervisión y vigilancia de la situación de la persona en aislamiento, incluso en aquellos casos en los que la persona rechaza estos apoyos. De esta forma, al mantener una relación de cercanía con la persona en aislamiento, pueden ser los primeros conocedores de los cambios

o empeoramientos en la situación, y dar la voz de alarma y propiciar una intervención más rápida.

- En general, puede concluirse que los agentes facilitadores informales componen un grupo de apoyo de máxima relevancia para acabar con las situaciones de aislamiento, y son clave en distintos momentos de la intervención con personas en aislamiento, empezando por la propia detección de los casos y el aviso a los servicios sociales.
- Se corrobora la necesidad de incluir en las intervenciones en personas en aislamiento la figura del facilitador informal como agente de apoyo social.

Bibliografía

- Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M., et al. (2000). Camberwell Assessment of Needs for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *British Journal of Psychiatry*, 176, 444-45
- Santos-Olmo, A.B., Ausín, B., Muñoz, M. y Serrano, P. (2008). Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: Experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de búsqueda activa. *Revista Intervención Psicosocial*, 17 (3), 307-319.

Pequeños costes directos y grandes costes indirectos de la atención a enfermos de Alzheimer

**M.P. García Martín, S. González Durán, J. Uribarri Rodríguez,
S. García Magro y J.M. Cabello Neila**

Centro Integrado Municipal Jazmín y Margarita Retuerto para enfermos de Alzheimer. Madrid.

Introducción

Los trabajadores que estamos en contacto con los usuarios que padecen esta complicada enfermedad y con sus familiares podemos preguntarnos no solamente cómo se sobrelleva moralmente, sino también económicamente. La pérdida de autonomía, tanto a nivel físico como cognitivo, puede implicar que estas personas necesiten varios servicios o recursos para poder continuar en sus hogares, y en otras ocasiones es necesario el ingreso en una residencia. La observación de estas situaciones nos ha llevado a intentar valorar no sólo el coste directo derivado de la acumulación de recursos asistenciales, sino el coste indirecto, entendido como el tiempo no remunerado dedicado al paciente por parte de sus cuidadores informales.

Objetivos del estudio

De entre los posibles objetivos que evaluar, y teniendo en cuenta la variabilidad entre sujetos y situaciones, nos decantamos por los siguientes:

- Analizar la relación entre recursos sociales asignados y horas de atención o cuidados facilitados por los familiares a sus enfermos de Alzheimer.

- Conocer la relación entre gastos directos e indirectos para los familiares de enfermos de Alzheimer.
- Verificar si las familias de enfermos de Alzheimer pueden asumir los costes de la enfermedad.

Metodología

Este estudio se ha llevado a cabo usando como herramienta una encuesta poblacional diseñada *ad hoc*, con una muestra no aleatorizada de familiares de pacientes de dos centros integrados de Alzheimer: Jazmín y Margarita Retuerto. Los centros tienen una capacidad para 40 usuarios de centro de día, 58 usuarios de residencia y 30 de respiro familiar en el caso de Jazmín; y 65 usuarios de centro de día, 90 usuarios de residencia y 30 de respiro familiar en el caso de Margarita Retuerto. La muestra consta de 88 sujetos, el 61% pertenece al recurso de residencia, el 9,1% corresponden exclusivamente al de centro de día y el 18,1% restante a otras posibles combinaciones de recursos. Se analizaron, entre otras las variables: el tipo de recurso, la renta mensual per cápita (RMPC), los años de evolución de la enfermedad, el número de hijos, la estimación subjetiva de horas dedicadas al cuidado del paciente, la estimación subjetiva de gastos sanitarios, la estimación subjetiva de gastos en ayudas técnicas, la estimación objetiva de gasto destinado al recurso asistencial y la estimación subjetiva de la carga económica derivada del cuidado del paciente.

Resultados

Los resultados que muestran los distintos análisis descriptivos enfocan los datos obtenidos según distribuciones y estimaciones.

- La distribución de los datos según el tipo de recurso es la siguiente:
 - El 61,4% de los datos pertenece a familiares de pacientes de residencia.
 - El 9,1% corresponde a familiares de pacientes de centro de día exclusivamente.
 - El 18,1% restante pertenece a pacientes con alguna combinación de recursos, de entre los cuales la más frecuente, con un 11,4%, es la combinación de centro de día, teleasistencia y ayuda a domicilio.
- Estimación subjetiva de las horas dedicadas al cuidado del paciente respecto de los datos totales (fig. 1):
 - Hasta 4 horas dedicadas al cuidado en el 52,3% del total.

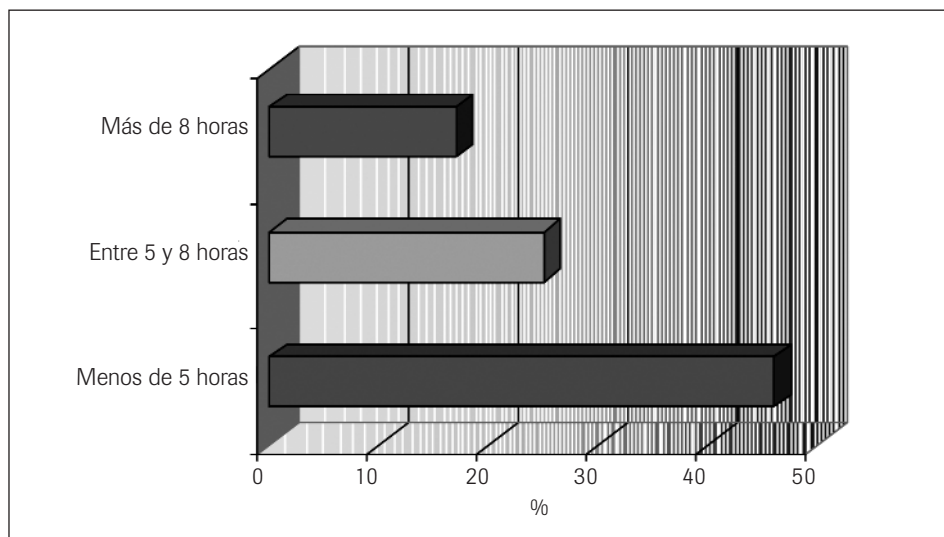


Figura 1. Tiempo dedicado al cuidado.

- Entre 5 y 8 horas dedicadas al cuidado en el 28,4% del total.
- El 19,3% del total estima que dedica más de 8 horas al cuidado de sus familiares enfermos de Alzheimer.
- Estimación subjetiva de las horas dedicadas al cuidado del paciente según el tipo de recurso:
 - En el caso de los familiares de pacientes de residencia, el 49% dedica hasta 4 horas y el 12% entre 5 y 8 horas.
 - De entre los familiares de pacientes de centro de día, el 2,3% dedica entre 5 y 8 horas y el 6,8% más de 8 horas.
 - Los familiares de enfermos de Alzheimer con la combinación de recurso de centro de día, ayuda a domicilio y teleasistencia emplean entre 5 y 8 horas en un 5,7% y más de 8 horas en un 4,5%.
- Número de hijos de los usuarios analizados en la muestra:
 - El 14,8% de la muestra no tiene hijos.
 - El 8% tiene un hijo.
 - El 40,1% tiene dos hijos.
 - El 36,4% tiene más de dos hijos.

- Resultados de los gastos sanitarios totales:
 - El 78,4% gasta el mínimo (menos de 50 euros al mes).
 - El 16% realiza un gasto sanitario de entre 100 y 200 euros mensuales.
- Tramos de RMPC contemplados en la muestra (fig. 2):
 - El 5,7% se sitúa en el tramo entre 0 y 375 euros.
 - El 64,8% se sitúa en el tramo entre 376,25 y 750 euros.
 - El 20,5% se sitúa en el tramo entre 751,25 y 1.125 euros.
 - EL 12,5% restante pertenece al tramo superior a 1.125 euros.

Del análisis de estos resultados obtenemos que la RMPC más frecuente es la situada entre 375 y 750 euros. De las personas encuestadas que se encuentran en este grupo, al relacionarlas con el tipo de recurso, se ha hallado que el 65% pertenece al recurso de residencia, el 7% al de centro de día y el 12% a la opción combinada de centro de día, teleasistencia y ayuda a domicilio. Al estimar la relación entre gasto sanitario y RMPC hallamos que en el intervalo de renta más habitual (entre 375 y 750 euros) el gasto más frecuente es el mínimo (inferior a 50 euros al mes).

- Años de evolución de la enfermedad, según los familiares encuestados:
 - El 27,3% tiene menos de 5 años de evolución.

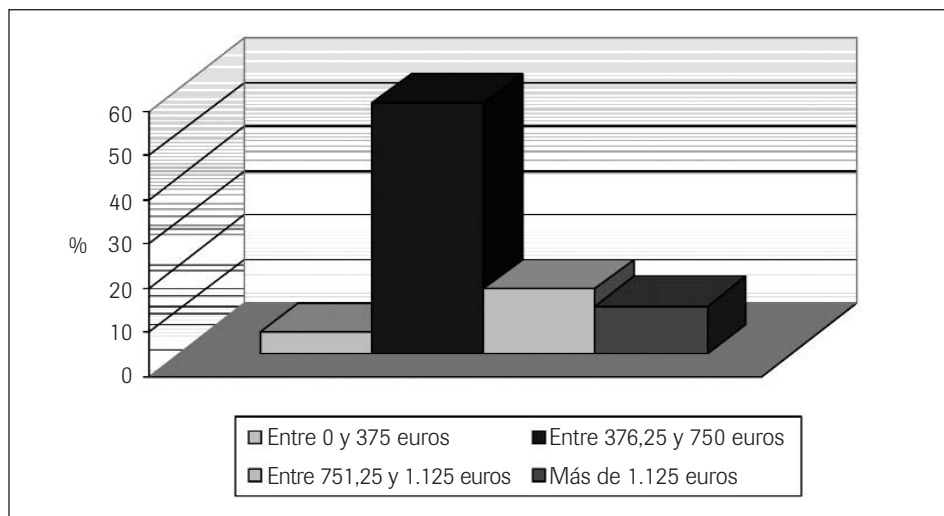


Figura 2. Renta mensual per cápita.

- El 46,5% se sitúa entre 5 y 10 años de evolución.
- El 26,1% tiene una evolución de más de 10 años.
- Estimación subjetiva de la carga económica derivada del cuidado del paciente:
 - El 39,7% de la muestra considera que el propio paciente puede asumirlo con sus ingresos.
 - Entre la renta más frecuente estudiada (entre 375 y 750 euros) el 43,8% de los encuestados considera que el propio paciente puede asumirlo con sus ingresos.
 - El 26,3% debe aportar dinero propio.
 - El 15,7% debe recurrir a otros familiares.

Conclusiones

Según estudios especializados, las horas de cuidado informal que dedican los familiares supondrían un coste de 720 euros al mes por persona, y en las estimaciones inferiores a 4 horas, de 1.440 euros al mes por persona para las estimaciones entre 5 y 8 horas, y de más de 1.440 euros para las estimaciones de más de 8 horas, lo que supondría unos costes totales de más de un millón de euros si dichas estimaciones se trasladaran a gastos reales.

En relación con estos datos y teniendo en cuenta el resto de gastos contabilizados en la muestra, deducimos que los costes indirectos superan en la mayoría de los casos a los costes directos que asumen las familias.

Además, tener un recurso asignado no evita dedicar horas de cuidado o atención al paciente. Todos los usuarios de la muestra tenían al menos un recurso asignado, y un 4,5% dedicaba más de 8 horas al cuidado. Resulta significativo que un gran número de familiares con el recurso de residencia estiman que dedican hasta 4 horas o más al cuidado del paciente institucionalizado.

Por último, cabe destacar que más de la mitad de los encuestados debe recurrir a otros ingresos, además de la pensión del paciente, para sufragar los gastos generados por la enfermedad de Alzheimer. Teniendo en cuenta que a menos que dispongamos en los próximos años de algún tratamiento específico para prevenir, parar o curar la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, las posibilidades de padecer estas enfermedades sindrómicas en esta población irá en aumento, y se incrementará de forma muy notable la huella del gasto socioeconómico que provoca.

El papel del nieto y del abuelo desde la óptica de nuestros mayores

**M.C. de Tena-Dávila Mata, P. Serrano Garijo, E. Molina Díaz,
R. Romero Chaparro y P. Giménez Díaz-Oyuelos**

Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Dirección General de Mayores y Atención Social. Ayuntamiento de Madrid.

Introducción

Las relaciones entre generaciones forman parte de la promoción del envejecimiento activo, pues favorecen la participación de los mayores y les permiten seguir con más facilidad los cambios en el mundo que les rodea. Sin embargo, se tiene la percepción de que existe una brecha entre generaciones basada en prejuicios de dudoso fundamento y que caen estrepitosamente cuando se hace una aproximación al tema mediante programas intergeneracionales bien estructurados, en los que la base es la solidaridad.

Diferentes publicaciones consideran que la familia constituye un marco privilegiado para las relaciones intergeneracionales.

Los vínculos que los abuelos tienen con sus nietos son temas que adquieren cada día mayor interés. Esto se debe a varios factores, entre ellos, el mayor número de años que vive la persona mayor y que puede ejercer de abuelo. A pesar de que es evidente la figura de los abuelos en las sociedades industrializadas, donde invierten cantidades importantes de tiempo y dinero en sus nietos, nos encontramos con una escasez de estudios que investigan la influencia que esta inversión tiene en sus nietos en el contexto familiar: sólo algunos pocos hacen referencia a los beneficios de esta relación en ambos sentidos, en el contexto de cómo los cuidados de abuelos a nietos pueden beneficiar a sus familias y también a su propio sentido de autoestima.

Llama la atención que entre esos pocos artículos algunos datan de hace más de 60 años y están en plena actualidad, pues se planteaban las mismas cuestiones, la importancia que puede tener en el desarrollo del nieto, del joven, la relación con sus abuelos, así como a la inversa, si el contacto con los nietos tiene implicaciones en el desarrollo personal y social de los abuelos.

Actualmente necesitamos estudios para tratar de conocer mejor la función de los abuelos en el mundo actual, qué papel tienen en las familias biparentales donde trabajan ambos miembros, su rol en las familias monoparentales, en este momento demográfico donde los mayores tienen una mayor longevidad y su función parece indispensable en el desarrollo de la vida de los niños, los nietos.

Partimos de la premisa de que el encuentro de *los abuelos con sus nietos* es siempre muy enriquecedor para ambas partes de la relación intergeneracional. Sabemos que a muchos niños les encanta estar con sus abuelos por diferentes y variadas razones. Algunos porque al lado de los abuelos no existen tantas órdenes ni obligaciones, otros porque pueden hacer cosas distintas con ellos, realizan una infinidad de actividades sintiéndose más libres. Algunos nietos ven a sus abuelos como amigos, una especie de guía, divertidos, cariñosos, mimosos y a quienes les gusta estar con ellos.

Por lo general, los abuelos sienten mucho placer con sus nietos. Estar con ellos es también una forma de renovarse personalmente. Es tener más participación en la familia, y sentirse más jóvenes y actualizados. Se aprende mucho con los niños. Además, pueden contribuir con su experiencia en momentos de crisis familiar, tanto en el sentido psicológico como en el económico, si se puede y es necesario. Pueden cuidar de los niños cuando los padres no pueden hacerlo. Eso es beneficioso para los niños y para los abuelos porque se sentirán más útiles, más considerados y más valorados. Además, pueden transmitir valores familiares y mantener el vínculo entre las generaciones. A los niños les encantan las historias de familia, y contribuyen a su desarrollo psicológico. Pueden ayudar en la educación, incidiendo en la comunicación entre padres e hijos y actuando en no pocas ocasiones como mediadores.

En líneas generales, según los análisis de distintos estudios, la relación entre abuelos y nietos está ligada a lo emocional (cariño). A esto se añaden variados apoyos «informales» de tipo educativo, instrumental, relacionados con el entretenimiento, con los cuidados y un largo etcétera, de modo que se establece una corriente de intercambio que los abuelos «utilizan» para vincularse con los nietos y mantener la historia familiar.

Con estos antecedentes, la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid ha querido aproximarse, a través de una encuesta dirigida a los mayores de la ciudad

de Madrid, a la relación de parentesco entre abuelos y nietos; saber si se han modificado los vínculos, si esta relación está en crisis y/o abandono o, por el contrario, goza de buena salud.

Objetivos

Para ello recabamos la opinión de un grupo de personas mayores usuarias de teleasistencia, con una doble óptica, cuando representaba el rol de nieto hace al menos cinco décadas y en el momento actual, en que es abuelo en este nuevo siglo, para conocer:

- Si se han modificado los vínculos entre abuelo y nieto.
- Si esta relación de parentesco está en crisis y abandono o, por el contrario, perdura y toma mayor relevancia.
- Examinar percepciones, tipo de relaciones y lazos entre ambas figuras. Evaluar las relaciones entre nietos y sus abuelos abordadas desde la perspectiva de estilos de socialización y las actividades compartidas.

Al mismo tiempo, reconocer en sus repuestas si existe una línea familiar de transmisión y el individuo percibe igual relación o similar cuando era nieto que la que tiene ahora que es abuelo.

Metodología

Se realiza una *encuesta de opinión* dirigida a personas mayores usuarias del servicio de teleasistencia, coincidiendo con la llamada de seguimiento que tiene programada este servicio hacia sus mayores.

Las preguntas que se han realizado son abiertas, para «palpar», además de cuantificar, sentimientos, valores, actitudes y aptitudes en esa relación, y se han formulado de la siguiente manera:

- ¿Conocieron a sus abuelos?

Si los conocieron, se les pregunta:

- ¿Tienen algún recuerdo de ellos?
- ¿Aprendieron algo de ellos? ¿Qué?

A todos se les vuelve a preguntar si son abuelos, y a aquellos que responden afirmativamente a continuación se les pregunta:

- ¿Cree que han aprendido algo de usted?
- ¿Creen que sus nietos recordarán algo de usted? ¿Qué?

Resultados y discusión

Se han hecho 418 entrevistas a personas mayores usuarias del servicio de teleasistencia, con una edad media de 82 años, y una clara mayoría femenina (82%).

Nos encontramos distintas situaciones relacionales: 114 no llegaron a conocer a sus abuelos (27,2%), 62 no tienen nietos (14,8%) y en 12 personas se dan ambas circunstancias (3%). Los 230 restantes conocieron abuelos y tienen nietos (55%) (tabla 1).

Tabla 1. Distribución parental de la muestra

Situaciones relacionales	No conocieron a sus abuelos	No tienen nietos	No tuvieron abuelos y no tienen nietos	Con abuelos y nietos	Total
Número	114	62	12	230	418
%	27,2	14,8	3	55	100

Descontando estos 12 mayores que no cumplen el papel de nieto ni de abuelo, analizamos una muestra de 406 encuestas para saber qué conocimiento tenían de sus abuelos y cuál tienen en la actualidad de sus nietos (tabla 2).

Tabla 2. Conocimiento de abuelos y nietos

Rol	Fueron nietos Conocieron a los abuelos y no tienen nietos	Son abuelos Tienen nietos y no conocieron a sus abuelos	Fueron nietos y son abuelos Conocieron a sus abuelos y tienen nietos	Total
Número	50	102	254	406
%	12	24	64	100

Como vemos, 304 conocieron a sus abuelos (75%) y 356 tienen nietos en la actualidad (88%).

Cuando les hacen la pregunta de evocación de recuerdos, en relación con si se acuerdan de sus abuelos y si imaginan que sus nietos les recordarán, se obtienen los resultados que aparecen en la tabla 3 y que nos indican:

- El grupo constituido por 50 personas que conocieron a sus abuelos y no tienen nietos (12%), ante la pregunta de si *recuerdan algo de sus abuelos*, el 88% tiene algún recuerdo y el 12% restante (6 personas) ningún recuerdo.
- El grupo que son abuelos en la actualidad y que no conocieron a sus abuelos representa el 24%. A la pregunta de si *creen que sus nietos les recordarán*, el 92% dice que les recordarán, frente a un 8% (15 personas) que contestan que no tendrán ningún recuerdo de ellos.

Tabla 3. Si recuerdan o serán recordados

Recuerdos	Fueron nietos (n = 50) (%)	Son abuelos (n = 102) (%)	Fueron nietos y son abuelos (n = 254) (%)
No recuerdan a sus abuelos	12		12
No les recordarán sus nietos		8	4
Sí recuerdan a sus abuelos	88		88
Sí les recordarán sus nietos		92	96

Por último, el grupo más numeroso, con 254 personas (64%) que conocieron a sus abuelos y tienen nietos, ante las mismas cuestiones 32 (12%) han respondido que no recuerdan nada de sus abuelos y 12 (4%) han expresado que sus nietos no tendrán ningún recuerdo de ellos.

Podemos percibir que el patrón de *recuerdos* de nuestros mayores hacia sus abuelos no cambia, tengan o no tengan nietos.

Sin embargo, observamos que existe mejor percepción de posibles recuerdos de los nietos hacia ellos entre los que conocieron a sus abuelos, y se nos plantea el interrogante sobre si existe un factor de protección del vínculo familiar cuando se ha conocido a los abuelos.

En una segunda fase abordamos las relaciones intergeneracionales desde una doble óptica, con el papel de nieto que tuvieron hace años y con el papel de abuelo que representan ahora.

Evidentemente, este campo de estudio es amplio y lo acotamos en dos vertientes: tipo de evocaciones que le sugieren al recordar al abuelo y qué creen que traerán a la memoria sus nietos cuando les recuerden a ellos, y en una segunda pregunta el tipo de enseñanza que han tenido o recibido de sus abuelos y a su vez lo que creen haber transmitido.

Los resultados nos muestran lo siguiente:

De los encuestados, tenemos 304 personas que conocieron a sus abuelos, y de éstas un 12,5% (38 mayores) no tiene recuerdos y refiere como motivos la distancia o que eran muy pequeños cuando estos fallecieron.

Algunos estudios nos hablan de la importancia del sexo en la línea familiar, donde el hecho de ser hombre o mujer marca diferencias en los tipos de actividades compartidas y en los estilos de socialización.

En nuestro estudio, a los 266 ancianos (87,5%) que tienen algún recuerdo, les hemos preguntado a cuál de los abuelos está asociado. Las respuestas han seguido la siguiente distribución: a la pareja de abuelos un 40%, sólo a la figura de la abuela un 32% y sólo al abuelo un 12%. El 14% restante no hace ninguna referencia a las figuras en especial, sólo a los sentimientos que le demostraron.

Hemos agrupado los recuerdos evocados en cuatro tipos de reminiscencias o referencias de sus abuelos.

Los resultados muestran que 123 encuestados (46%) destacan aspectos personales, tanto de su carácter como rasgos físicos. Un 20% (54) rememoran alguna experiencia o vivencia de ellos o con ellos. Para un 18% la palabra clave y única es el *cariño* recibido (48 encuestados), y por último, para el 15% (41 encuestados) fueron los que compartieron su vida, sus referentes, y convivieron con ellos (tabla 4).

Tabla 4. Tipología de recuerdos de nuestros mayores como nietos

Tipología del recuerdo n = 266	Personales/ rasgos	Experiencias o vivencias	Cariño	Referentes	Totales
Número	123	54	48	41	266
%	46,2	20,3	18	15,5	100
			53,8%		

Cabe destacar que casi todos los recuerdos son positivos (un 97%). La mayoría hacen referencia a aspectos relacionados con la bondad de los abuelos, con el *cariño* y la dedicación; baste decir que esas palabras u otras similares («bueno», «buena», «amor») aparecen en la mitad de las opiniones vertidas por los 266 ancianos. La palabra «familia» es otra de las que se repite explícitamente o se encuentra oculta tras las frases recogidas, así como el «tiempo» dedicado a la convivencia.

Aparecen cuestiones relacionadas con el ocio, jugar, cantar, reír, aprender refranes, etc. «Lo que más recuerdo es cuánto nos reíamos juntos». En contraposición, la rigidez y el mal humor igualmente marcan los recuerdos, aunque no siempre esa circunstancia parece haber ensombrecido la relación, ya que, a pesar de ella, refieren haber aprendido muchas cosas. No obstante, en una proporción muy pequeña (3%) se admite abiertamente que los recuerdos son malos, sobre todo por disputas familiares.

Aunque la enfermedad y el dolor hacen aparición, no dominan el panorama, salvo en casos de gran impacto (por ejemplo, «mi abuelo se suicidó», «recuerdo que se murió el día de nochevieja»).

Posteriormente, en los 356 mayores que tienen nietos y representan el 85% del total de la muestra, quisimos ahondar en su relación con sus nietos representando la figura del abuelo.

Existe un pequeño grupo de 20 ancianos (6%) que dice que no mantiene relación con sus nietos o tiene muy mala convivencia. Observamos que este valor coincide con otros estudios del año 1984 en España.

Se pregunta a los 336 abuelos restantes sobre lo que piensan que sus nietos recordarán de ellos con el paso del tiempo: 25 no saben especificar (7,4%), que añadidos a los 20 que no mantienen relación, representan el 13%; esta cifra se puede correlacionar casi con exactitud a la del 12% de mayores que en el primer apartado nos dijeron que no recordaban a sus abuelos.

Sobre los 311 restantes, las respuestas se clasifican siguiendo el mismo patrón de agrupamiento que cuando se les preguntó a ellos por sus abuelos, con los resultados que se reflejan en la tabla 5.

Aquellos que destacan características de su propia personalidad y rasgos de su carácter son 48 ancianos (15%). Los mismos destacan ser personas sencillas, alegres y divertidas, otros hacen referencia a alguna cualidad como la nobleza, y la mayoría que son buenas personas. Pocos aluden a su carácter gruñón y admiten que han podido ser rígidos con sus nietos («me recordarán por mis sermones»).

Tabla 5. Tipología de recuerdos de los nietos hacia nuestros mayores

Qué recordarán	Personales/rasgos	Experiencias o vivencias	Cariño	Referentes	Algo material	Totales
Número	48	78	92	82	11	266
%	15,4	25,3	29,5	26,3	3,5	100
			81,1%			

Un grupo de 78 mayores (el 25%) destacan el papel de experiencias vividas juntos («dediqué todo el tiempo para estar con ellos», «les cuidé, les preparé las comidas y meriendas», con todas sus especialidades en salados y dulces, el juego, los libros, la poesía, las historias de familia, etc.).

Respecto al tipo de relación basada en el *cariño*, lo expresan 92 de los encuestados, y 15 de ellos hacen referencia, además, a su posición de confidentes.

En 82 mayores resalta como posible recuerdo de sus nietos el ser referentes familiares, educadores en valores e incluso haberlos criado y vivido con ellos; este grupo resume sus futuros recuerdos en una optimista frase: «muchas cosas» (26%).

Sólo queda un pequeño grupo de 11 ancianos (3,5%) que destacan el recuerdo material de sus nietos hacia ellos (regalos, propinillas).

Ante esta tabla observamos que el cariño y ser un referente en relación con el tema educacional casi se ha duplicado. Creen que les recordarán por haberles enseñado «a ser buenas personas» y, de nuevo, a la crianza de los nietos se añade la transmisión de valores como el respeto a los demás, la nobleza o la solidaridad. De nuevo es la palabra «cariño», ahora con más fuerza, la que cobra protagonismo, a diferencia de los rasgos personales (tabla 6).

Tabla 6. Comparativa de recuerdos

Rol del mayor	Personales/rasgos	Experiencias o vivencias	Cariño	Referentes	Algo material	Totales
Como nieto	46	20	18	15		100
Como abuelo	15	25	30	26	3,5	100

Si hacemos la comparativa de recuerdos, como nietos y como abuelos, observamos que, tal como se ven y como lo vivieron podemos entrever que la figura del abuelo sigue siendo reservorio de la familia, fuente de cariño y referente en valores, pero más si cabe actualmente, pues con sus repuestas al menos existe la intención de perdurar y mejorar en este empeño.

Respecto al siguiente abordaje encuadrado en *el aprendizaje y/o la enseñanza*, sabemos *a priori* que los abuelos cumplen un papel muy valioso, pues cuentan con la gran sabiduría de los años y las lecciones aprendidas de sus propias experiencias como padres. Esto hace que los abuelos estén en condiciones de ser grandes colaboradores y consejeros, lo que posibilita muchas veces una mayor integración familiar.

Así, al hacer referencia a lo que creen que aprendieron de sus abuelos, nuestros mayores encuestados se expresan de la siguiente manera: un número de 54 mayores (un 17%) refieren no haber aprendido nada de sus abuelos, aunque sí tienen recuerdos, y a estos se añaden los 38 que habían dicho que no recordaban nada de ellos. El resto (212) diferencian claramente tres tipos de aprendizajes repartidos de forma proporcional entre urbanidad, aptitudes o actitudes. Aquellos que destacan la urbanidad, haciendo referencia a los buenos modos y maneras (civismo) se da en el 31% (66 personas). Aquellos que destacan la enseñanza de aptitudes, como destrezas y habilidades (esfuerzo, trabajo) o maestrías (labores, cocina, tareas del campo, canciones, cuentos, etc.) en un 36% (77) y los que destacan la transmisión de valores y referencia familiar son 69 respuestas positivas, que conforman el 32% (tabla 7).

Tabla 7. Tipo de aprendizaje de sus abuelos

Tipo de aprendizaje	Aptitudes/destrezas	Urbanidad	Valores/familia	Totales
Número	77	66	69	212
%	36,3	31,2	32,5	100
		63,7%		

La urbanidad y la transmisión de valores, como honradez, espíritu de lucha, generosidad, respeto o solidaridad están muy presentes, con una frecuencia del 63,7% frente a los aspectos «prácticos», como coser, cocinar, trabajar en el campo o realizar las labores de la casa, o las destrezas, aunque a alguno el abuelo «le corrigiera los deberes del colegio».

En el sentido cronológico inverso, quisimos conocer su opinión respecto a lo que creen que han enseñado a sus nietos.

Descartamos 17 mayores de los 336 que tienen nietos, pues dicen no poder enseñar nada por motivos de lejanía o porque sus nietos son muy pequeños, y otras 82 personas tienen una respuesta de denegación o indiferencia. Los motivos son diversos, unos refieren que «los nietos no se dejan o saben más que ellos», otros afirman que «poco les puedo enseñar».

Vemos de partida que esta proporción del 29,4% es ostensiblemente mayor que cuando sobre la misma opinión se refirieron a sus abuelos; en aquella ocasión ha supuesto un 17%.

Esto queda expuesto en la siguiente tabla comparativa (tabla 8).

Tabla 8. Comparativa de aprendizaje o enseñanza como nieto y abuelo

Enseñanza	Como nietos (%)	Como abuelos (%)
Sí	83	70,6
No	17	29,4

En principio podemos establecer que la percepción de los mayores como «maestros» hacia sus nietos ha perdido protagonismo.

Quedan 237 personas mayores que opinan afirmativamente sobre la posibilidad de haberles enseñado «algo».

Estableciendo el mismo paralelismo con el apartado en que eran enseñados, y ahora enseñan, nos encontramos con la siguiente distribución de los tipos de enseñanzas: transmisión de respeto y convivencia hacia los demás (urbanidad): 70 ancianos (29%); habilidades y aptitudes: 75 ancianos (32%); y actitudes y transmisión de valores: 93 encuestados (39%) (tabla 9).

Tabla 9. Tipo de enseñanza hacia sus nietos

Tipo de aprendizaje	Aptitudes/destrezas	Urbanidad	Valores/familia	Totales
Número	75	70	93	237
%	31,6	29,5	39,2	100
		68,7%		

Es evidente que las manifestaciones de los mayores entrevistados están cargadas de una visión personal, donde se trasluce cómo quieren que sean recordados cuando se refiere al legado hacia sus nietos.

Decimos de nuevo que la figura del abuelo sale reforzada. En sus reflexiones subyace el considerarse reservorio de la familia y referente en valores. Este papel no parece modificarse con los años, al menos en cuanto a la intención.

Conclusiones

Observamos que la urbanidad como comportamiento social y la transmisión de valores, como honradez, espíritu de lucha, generosidad, respeto o solidaridad están muy presentes en el aprendizaje o la enseñanza en la relación entre abuelo y nieto.

Destacamos que la transmisión de valores, el papel de referentes familiares y las enseñanzas siguen el mismo patrón, exactamente igual que hace 50 años, incluso ha aumentado del 63 al 69%.

El tipo de relación y la existencia de vínculos entre generaciones según la percepción del mayor han mejorado.

La relación entre abuelo y nieto goza de buena salud.

Así pues, por lo que parece, nuestros mayores están dispuestos a asumir una de las conclusiones de la II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en 2002, la necesidad de fortalecer la solidaridad entre las generaciones y las asociaciones intergeneracionales.

Sin que esto pueda considerarse un análisis exhaustivo, nos permite hacernos una idea de cómo lo aprendido se ha visto reflejado, en una imagen prácticamente especular, en lo transmitido. Sin desdeñar las enseñanzas en materias de la vida diaria, son las relacionadas con valores esenciales en la convivencia, las menos tangibles, las que tienen mayor representación.

Las generalizaciones respecto a las relaciones de abuelos y nietos han de tomarse con precaución, pero en este análisis en donde nos hemos querido adentrar en lo que fueron y lo que son, en lo que aprendieron y quieren transmitir, en sus recuerdos y cómo quieren ser recordados, nos hemos encontrado que la percepción, el tipo de relación y la existencia de vínculos entre las generaciones perduran y la relación entre abuelo y nieto goza de buena salud.

Bibliografía

- Coall, D.A. y Hertwig, R. (2010) Grandparental investment: past, present, and future. *Behav Brain Sci*, 33 (1), 1-19.
- Puentes, M.A. (1985). Abuelos y nietos en Granada de 1984. *Gazeta de Antropología*, 4, 4-11.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Osuna, M.J., y Celdrán, M. (2006) Percepciones cruzadas entre abuelos y nietos en una muestra de díadas: una aproximación cualitativa. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 41(2), 100-110.
- Triadó, C. y Villar, F. (2002). Las relaciones entre abuelos y nietos: un estudio exploratorio sobre el rol del abuelo. *Tiempo*, 10. Recuperado el 28 de julio de http://personales.ya.com/fvillar/principal/pdf/2002_tiempo_abuelos.pdf
- Triado Tur, C., Martínez, G. y Villar, F. (2000) El rol y la importancia de los abuelos para sus nietos adolescentes. *Anuario de Psicología*, 31(2), 107-118.
- Triado Tur, C. y Villar Posada, F. (2000). El rol de abuelo: cómo perciben los abuelos las relaciones con sus nietos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 35(S2): 30-36.
- Viguer, P., Meléndez, J.C., Valencia, S., Cantero, M.J. y Navarro, E. (2010). Grandparent-grandchild relationships from the children's perspective: shared activities and socialization styles. *Span J Psychol*, 13 (2), 708-717.
- Villar, F., Triadó, C., Solé C., y Osuna M.J. (2006). Patrones de actividad cotidiana en personas mayores: ¿es lo que dicen hacer lo que desearían hacer? *Psicothema*, 18(1), 149-155.
- Winefield, H. y Air, T. (2010) Grandparenting: diversity in grandparent experiences and needs for healthcare and support. *Int J Evid Based Healthc*, 8 (4), 277-283.

Palabras mayores: la situación económica actual a través de su experiencia

C. Schleissner González, J. Pinillos Llanes, B. Napal Suárez, N. Gaité Castrillo, J.M. Terrón Moreno, S. Camacho Calderón, B. Elorrieta Echevarria, M. Monteserín Fernández, S. Palos Triguero, E. Sampedro Vacas y S. Zapico Díaz

ASISPA. Madrid.

«Todos aquellos que olvidan el pasado están condenados a repetirlo»

«Las palabras de mayores son palabras mayores»

Introducción

Por todos es sabido lo importante que resulta la comunicación. Ésta ocupa casi el 90% de nuestras actividades. La comunicación es uno de los fenómenos más relevantes tanto a nivel social como psicológico. Las personas se relacionan, se mezclan e intercambian sus pensamientos y sus sentimientos, y esto influye en su forma de ser y estar en el mundo.

Es uno de los aspectos fundamentales de la especie humana, ya que se estima que aproximadamente el 70% del tiempo que estamos despiertos lo dedicamos a establecer algún tipo de comunicación interpersonal. Es un proceso de intercambios sin los cuales no habría aprendizaje ni desarrollo personal.

Como consecuencia de la crisis económica se ha detectado un aumento de las enfermedades psiquiátricas en mayores de 70 años. Esto se puede explicar gráficamente mediante el siguiente esquema:

Crisis → Inseguridad → Mayor ansiedad y depresión

Hay estudios que señalan que cuando aumenta la calidad de vida, las personas mayores mantienen unas buenas condiciones físicas y mentales. Sin embargo, la situación de inseguridad que produce la crisis económica, al ver amenazado el futuro económico tras una intensa vida laboral, recrudecen los cuadros de ansiedad y angustia, ya que las expectativas no coinciden con la realidad.

Con esta comunicación pretendemos reflejar las opiniones de mayores que viven y han vivido estas y otras crisis anteriores. Son usuarios de los distintos servicios que ASISPA (Asistencia a Personas Mayores) ofrece a este sector, que incluyen tanto residencia como centro de día, pasando por Servicio de Teleasistencia (TAD) y Servicio de Ayuda en el Domicilio (SAD). Desde su conocimiento y experiencia, las personas mayores aportan distintos puntos de vista invitando a los espectadores a una reflexión conjunta. Queremos presentar estas opiniones sin ningún artificio, tal cual son expresadas, para poder percibir en toda su intensidad la riqueza que nos transmiten y aportan. Queremos escuchar lo que este grupo de mayores nos comenta, pues refleja experiencias de pasadas vivencias que nos impulsan y ayudan en el día a día. Recordemos que «quien olvida el pasado está condenado a repetirlo». Ellos son los transmisores de ese pasado, pero también forman parte de nuestro presente y configuran el futuro. Somos conocedores de que ellos tienen algo que aportar: «Las palabras de mayores son palabras mayores».

La comunicación se divide en tres bloques:

- Un primer acercamiento a la actual crisis.
- La crisis en el día a día.
- Desde la experiencia, un mensaje.

Objetivos generales

- Potenciar la autoestima de los mayores revalorizando su experiencia.
- Impulsar el diálogo y la comunicación entre un colectivo con grandes diferencias individuales.

Objetivos específicos

- Impulsar y reflejar la opinión de los mayores con los menores artificios posibles.
- Evitar prejuicios de la población en general sobre las personas mayores.
- Fomentar actividades para promover la comunicación entre los mayores.
- Dar la oportunidad de expresar su experiencia, vivencias y opiniones, de los que son los únicos protagonistas.

Población destinataria

Personas mayores, usuarios de los distintos servicios que ofrece ASISPA: residencia, centro de día, apartamentos tutelados, TAD y SAD.

Metodología

El proyecto se inicia promoviendo la participación en unas charlas, en las cuales podían expresar su opinión en relación con el tema objeto de trabajo en estas jornadas.

Para ello se realizan varias reuniones encaminadas a determinar:

- El número de usuarios participantes en el debate.
- El número de debates que se realizarán.
- El tipo de debate (participativo, directivo, etc.).
- Selección de los moderadores.
- Selección de los observadores.
- Escenarios de realización de los debates.
- Realización del cuestionario.

Durante el mes anterior a los debates se acuerda que los moderadores realicen visitas a los usuarios seleccionados para explicarles el formato de los debates y pedir el consentimiento informado de las grabaciones en vídeo de los mismos.

Se determina que el número de hombres sea igual que el de mujeres. Las edades fluctuaban desde los 80 hasta los 90 años. El perfil variaba también con el objetivo de buscar la diversidad que puede aportar la pluralidad.

Rodaje de las mesas de debate

Se establecieron dos mesas de debate. En cada una de ellas participaron cinco personas mayores. Se convocaron dos moderadores y dos observadores (todos ellos psicólogos). El tipo de debate fue directivo. Se realizó un cuestionario como índice y guía de los mismos. Se establecieron tres partes:

1. Parte 1: un primer acercamiento a la crisis actual.
2. Parte 2: la crisis en el día a día.
3. Parte 3: desde la experiencia, un mensaje.

Se realizó una guía de observación:

- Tiempo de comienzo y final de la actividad.
- Lugar donde se realiza y cómo la ubicación puede afectar a los participantes.
- Número de participantes, sexo, edad aproximada y algún otro punto sobre ellos que pueda ser apropiado para el estudio.
- Dinámicas de grupo, nivel de participación, nivel de interés, posibles causas.
- Interrupciones o distracciones que ocurran durante el encuentro.
- Lenguaje específico que los participantes usan para describir situaciones, experiencias, etc.

El primer debate se realizó en una de las residencias que ASISPA tiene, Las Azaleas, y el otro tuvo lugar en el centro de día Javier.

Resultados

- Los mayores expresan sus opiniones en dos vídeos.
- A partir de éstos se realiza el vídeo objeto de la comunicación, con una duración de 12 minutos.
- Los participantes en la actividad reflejan sus opiniones y sentimientos en relación con la crisis.

Presentación del vídeo

- El vídeo está publicado en la página web «La voz de la experiencia» con el siguiente enlace: <http://lavozdelaexperiencia.es/fotos-y-videos/?video=515>

Conclusiones

La realización y difusión de este proyecto provocó:

- La expresión de opiniones. Los mayores presentan una opinión basada en la experiencia, que quieren hacer llegar a los demás. Es responsabilidad de todos no obviar dichas opiniones y dejar que éstas se expresen para poder así oír la voz de la experiencia en boca de estos usuarios.
- Cambio de estereotipos relacionados con la edad y el envejecimiento como desarrollo de una vida activa y participativa.
- El diálogo intergeneracional.

Bibliografía

Francia, A. y Mata, J. (2004). *Dinámicas y técnicas de grupo*. Madrid: Editorial CCS. Educación Social.

Lo no verbal del programa

Cuidar al cuidador

**J.C. Sacedo Gómez¹, M.C. de Tena-Dávila Mata²,
M.S. García-Carpio², M.C. Martín Díez² y P. Serrano Garijo²**

¹MAPFRE QUAVITAE. Coordinadora del Programa Cuidar al cuidador para la Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid.

²Equipo de profesionales del Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo de la Dirección General de Mayores y Atención Social. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

Introducción y justificación

La Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid puso en marcha en el año 2004 un programa innovador de atención a los cuidadores de mayores dependientes (fig. 1). Este programa, denominado Cuidar al cuidador, se dirige específicamente a aquellas personas que desempeñan su labor de cuidado en unas condiciones de excesiva sobrecarga, y les ofrece atención psicológica terapéutica mediante intervención en grupo, con el objetivo de mejorar el impacto sobre la calidad de vida de aquéllos, en aspectos de control emocional, salud física y relaciones sociales y familiares.

El programa se desarrolla en los 21 distritos del Ayuntamiento de Madrid. En sesiones semanales de una hora y media de duración, estructuradas en 17 sesiones psicoterapéuticas más siete psicoeducativas. Cuenta con evidencias acerca de resultados positivos tanto en la esfera física como emocional de los cuidadores, y apoya esta evidencia en el análisis con escalas validadas, tales como Zarit y GHQ.



Figura 1. Portada del programa Cuidar al cuidador.

Pero hay otros resultados positivos del programa que se manifiestan en los cuidadores, y que los profesionales señalan percibir en ellos tras su paso por el programa; estos otros resultados positivos y beneficios no se habían analizado hasta el momento, y son aquellos que tienen que ver con cambios en la imagen corporal y gestual de los cuidadores, aspectos de la comunicación no verbal que evidenciarían cambios en la autoestima, el bienestar, la cohesión y las relaciones sociales, entre otros.

Este estudio es el que nos hemos propuesto con el análisis de las imágenes de los grupos de cuidadores obtenidas entre los meses de enero a mayo de 2010, y cuyos principales resultados se recogen en esta comunicación.

El cuidado a otras personas puede ser una de las vivencias más positivas o más negativas a las que una persona se puede enfrentar en su vida. Cuando el cuidado se convierte en una gran tarea o se prolonga durante mucho tiempo, puede ser una rutina diaria que ocupa gran parte de los recursos y energías del cuidador.

Son muchos los cuidadores que ofrecen cuidados silenciosos, muchas veces durante años, día tras día, noche tras noche, realizando una gran cantidad de tareas que desbordan con frecuencia sus posibilidades, convirtiendo el cuidado en una experiencia estresante que sobrecarga. La carga del cuidado incide en la vida normal de los cuidadores, en su entorno familiar, económico y laboral, y en su propia salud.

Los psicólogos y observadores de los grupos del programa Cuidar al cuidador manifiestan que, además de los cambios que se manifiestan en la sobrecarga percibida y la sintomatología, medidas con las herramientas Zarit y GHQ, en los cuidadores se producen otros cambios que se evidencian *en aspectos de su comunicación no verbal* y

que muestran que el trabajo emocional y de grupo, mediante la psicoterapia, resulta eficaz.

La psicoterapia puede definirse como un intercambio comunicativo: con uno y con los demás, con el grupo. En un intercambio comunicativo intervienen los dos sistemas de comunicación: el verbal y el no verbal.

Es evidente que las palabras pueden ser poderosamente terapéuticas si se emplean correctamente, pero el 75% de la comunicación humana es no verbal, y transmitimos más mensajes mediante la actitud, la apariencia física, la expresión facial, los movimientos de la cabeza, la mirada, el contacto físico y la cercanía y el alejamiento corporal (Wilson Astudillo). Según el sociólogo estadounidense R. Birdwhistell, sólo el 35% del lenguaje humano pasa por la palabra, un 38% estaría vehiculado por la entonación y el resto, por la actitud corporal; son las llamadas situaciones kinésicas o lenguaje no verbal. Muchos de los cambios que se observan en el trabajo de los cuidadores en el grupo son imperceptibles por los cuidadores que lo conforman, pero suponen situaciones comunicativas que expresan un cambio en su forma de sentir.

Atendiendo a esta realidad, y a la de los profesionales implicados en el programa, con este estudio buscamos extraer conclusiones sobre la eficacia del programa atendiendo al análisis de los principales cambios que se producen en la comunicación no verbal, tanto de los cuidadores como del grupo.

Objetivos

- Analizar las imágenes de algunos de los grupos de cuidadores participantes en el programa para evidenciar los principales cambios que se dan en aquellos aspectos de la comunicación no verbal (cuidador y grupo).
- Exponer qué aspectos de la comunicación no verbal cambian de una manera más evidente.
- Valorar, mediante el análisis de imágenes de los cuidadores y los grupos, si en los cuidadores se producen otros cambios que «hablan» de la eficacia del programa.
- Transmitir a través de la fotografía el valor de la comunicación no verbal y especialmente de la kinésica (cualquier movimiento y/o posición de la cara y el cuerpo) como lenguaje comunicativo intencionado o no en el trabajo grupal de cuidadores sobrecargados.

Metodología

- Observación y análisis de material fotográfico obtenido en los grupos del programa desarrollados en el primer semestre del año 2010 (tras concluir ocho sesiones de trabajo psicoterapéutico).
- Revisión de teoría sobre comunicación no verbal y definición de categorías de observación para el análisis del material fotográfico.
- Análisis de evidencias en el lenguaje no verbal para concluir sobre los cambios vividos por los cuidadores ante los demás y con los demás: análisis de la imagen que presentan los cuidadores (cabello, ropa, aseo, etc.), expresión facial, expresión corporal, contacto y cercanía entre participantes, etc.

Resultados

Con el objetivo de trabajar en el análisis de las imágenes obtenidas en los grupos (a pesar de contar con la autorización expresa de los cuidadores para la obtención y el uso de fotografías, no las incluimos en este artículo) de un modo coherente y homogéneo, tras el análisis de estudios y teorías sobre comunicación no verbal, así como de las propias fotografías, vamos a trabajar en el estudio de la imagen física, la expresión facial y la expresión corporal que presentan cada uno de los cuidadores de los grupos a nivel individual, y se establecerá un segundo tipo de análisis sobre las imágenes, aquel que tiene que ver con los aspectos no verbales de la comunicación del total grupo, tomando como base las subcategorías de observación que se recogen en la figura 2.

En el momento inicial del grupo (imágenes tomadas en las sesiones iniciales de trabajo) podemos observar que, *en lo que respecta a la imagen física*, un número destacado de cuidadores utiliza colores oscuros en su vestimenta, y son pocas las mujeres que aparecen maquilladas o con un arreglo del cabello muy cuidado. En lo que respecta a la *expresión facial*, en las imágenes podemos encontrar que la mayoría de los casos muestran una expresión facial neutra, «educada» frente a la cámara, con ausencia de sonrisas; en un número destacado de cuidadores podemos encontrar expresiones faciales que manifiestan angustia y malestar (boca apretada y/o cerrada, y en ocasiones en «u» invertida) y/o tristeza.

En lo referido a los aspectos comunicativos que tienen que ver con la *expresión corporal*, en las imágenes iniciales los cuidadores presentan las manos apretadas, escondidas, agarrando algún objeto, o reflejan cierta tensión; y suelen aparecer con los brazos cruzados, lo que parece indicar una negativa a facilitar la comunicación y la expresión.

<p>Imagen física de los cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vestido: colores neutros y oscuros • Baja presencia de complementos • Arreglo del cabello: ausencia • Maquillaje en cuidadoras: baja presencia <p>Expresión facial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresiones faciales «educadas» ante la cámara y en algunas ocasiones gesto serio, incluso enfadado o que evidencia malestar: bocas cerradas y/o apretadas • Ausencia de sonrisa. Ceño fruncido • Expresión facial de tristeza <p>Expresión corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brazos cruzados • Manos apretadas • Manos que sostienen objetos 	<p>«No me siento del grupo»: disposición de los miembros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mirando a cámara, apenas se da mirada entre los miembros • Posición de pie, muy erguidos, sin contacto físico entre los miembros <p>«Tengo que marcharme...» signos de inquietud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con el abrigo puesto, entre las manos, en el regazo, bolso cogido, etc. • Pie adelantado
---	---

Figura 2. Aspectos no verbales de la comunicación del grupo.

En lo que respecta al estudio de los aspectos que tienen que ver con la comunicación de grupo, y en lo que se refiere a la disposición de los miembros, destaca que en la mayoría de las imágenes obtenidas los miembros de los grupos posan de pie, sin apenas contacto físico entre ellos, con los brazos cruzados o las manos escondidas y/o los brazos lánguidos.

Si nos fijamos en aspectos de la expresión corporal grupal, destacan también signos de inquietud en los cuidadores; el hecho de que aparezcan con los abrigos puestos, los bolsos por delante del cuerpo o el pie adelantando son también gestos que podrían interpretarse como barreras frente a facilitar la comunicación, e inquietud o incluso malestar ante la opción de participar en el grupo.

Atendiendo a este mismo tipo de categorías de análisis, si estudiamos las fotografías obtenidas de los cuidadores en los grupos tras completar su asistencia a las sesiones psicoterapéuticas, encontramos, en lo que respecta a la imagen física, destacados cambios en cuanto al cuidado del aspecto físico, especialmente en las cuidadoras, que presentan ahora el cabello arreglado, utilizan prendas de colores más alegres, e incluso incorporan adornos como collares, pañuelos o pendientes. La expresión verbal también ha cambiado de manera destacada, y las sonrisas abiertas, así como las bocas y las expresiones faciales se presentan de un modo relajado; igualmente, las manos y los bra-

zos también se ven más relajados, y en ocasiones, además, buscan abrazar y agarrar al resto de miembros del grupo (fig. 3).

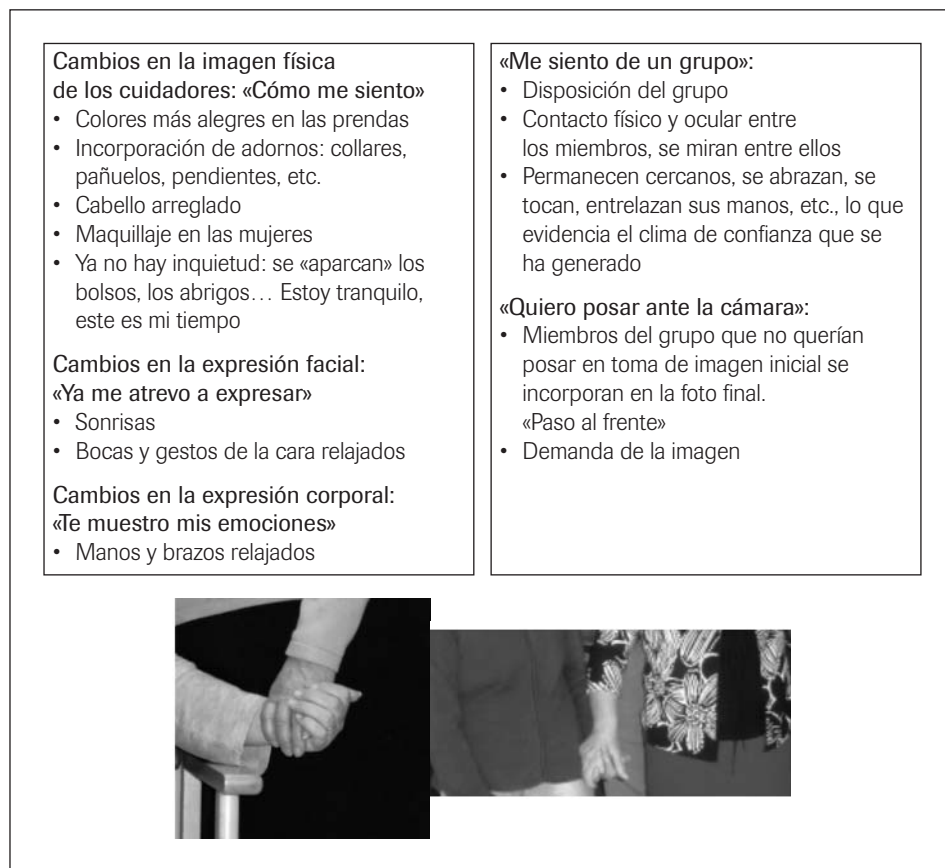


Figura 3. Modificaciones en la expresión verbal e imagen de los cuidadores.

En lo que respecta al estudio de los aspectos que tienen que ver con la comunicación de grupo, y en lo que se refiere a la disposición de los miembros, ahora destacan las actitudes relajadas ante la cámara, las posturas y las miradas parecen manifestar el deseo de los cuidadores por mostrarse y manifestar sus cambios; los miembros del grupo están cercanos entre ellos y expresan cercanía y calidez mediante abrazos y manos cogidas, e incluso orientación del grupo en torno a determinados cuidadores, como en señal de «protección» y «cuidado». Las imágenes finales en casi todos los grupos nos permiten evidenciar la cohesión grupal y la pertenencia alcanzada, incluso el reconocimiento entre los miembros (fig. 4).



Figura 4. «Quiero que mis palabras digan lo que yo quiero que digan y que tú las oigas como yo quiero que las oigas». Pablo Neruda.

Conclusiones

- La observación de la imagen del grupo, de sus miembros, nos permite también evidenciar cómo se producen, gracias a la intervención psicoterapéutica grupal, cambios destacados en los cuidadores.
- El análisis de imágenes y de los aspectos que forman parte de la comunicación no verbal permite percibir cambios en los cuidadores, tales como desahogo emocional (reducción de la tensión psicológica), mejora en el estado de ánimo, toma de conciencia de la situación, «conexión con uno», recuperación de la propia imagen, del concepto de uno mismo y de la autoestima, conexión con las necesidades físicas y psicológicas, y cambios que evidencian recuperación del espacio social y la comprensión interpersonal, entre otros.

- A través de la observación directa de los gestos y aspectos comunicativos no verbales recogidos en los cuidadores podemos ir comprobando los avances en el trabajo grupal como signos indirectos del cambio en los cuidadores; en este sentido, debemos concluir con que no sólo debemos atender a la dimensión verbal del diálogo terapéutico, sino también a la dimensión corporal y no verbal que se establece entre los cuidadores, pues el análisis de la expresión corporal apoyado en el análisis de las fotografías obtenidas se configura como un medio de relevancia para el análisis y la evolución del grupo.
- En la valoración de la eficacia del programa, y a pesar de la dificultad para «medir y traducir» al lenguaje la comunicación no verbal, debido a su ambigüedad, parece imprescindible atender a otros análisis, a la observación de los cambios en el cuidador, los cuidadores y el grupo, que van más allá de las quejas, emociones y otras manifestaciones verbales expresadas y medidas durante el trabajo psicoterapéutico.

Protagonistas, los cuidadores:

club de cuidadores

M.S. García Carpio y M.C. Martín Díez

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

Introducción

Desde el año 2004, el Ayuntamiento de Madrid cuenta con un programa de apoyo a los cuidadores de personas dependientes que se realiza en todos los distritos madrileños y que hasta el momento ha atendido a un total de 2.003 cuidadores, repartidos en 135 grupos terapéuticos. Se trata de grupos de apoyo psicológico a cuidadores sobrecargados.

La Dirección General de Mayores (DGM) cuenta asimismo con un programa de control de calidad para todos los servicios que se prestan, y recoge también las aportaciones y sugerencias de los usuarios hacia estos servicios. Esto nos permite conocer lo que necesitan y desean los usuarios. Es, por tanto, una herramienta útil y de gran valor para nosotros, ya que nos va a permitir realizar modificaciones en los programas y adecuarlos a las necesidades reales de los usuarios.

Cuando el programa Cuidar al cuidador fue objeto de esta valoración por parte del control de calidad, hemos de decir que fue muy bien valorado por todos los usuarios (se recomendó en el 97% de los casos). Se recogieron toda una serie de sugerencias que desde entonces y en la medida de lo posible se han ido introduciendo en el programa.

Los usuarios propusieron una mayor duración del programa, grupos más homogéneos en cuanto a la sobrecarga, aumento de la información sobre las enfermedades causantes de la dependencia (generalmente enfermedad de Alzheimer) y los cuidados necesarios, la incorporación de otros profesionales que informaran sobre cuidados al dependiente, etc. Todos estos aspectos se han recogido en nuevos pliegos técnicos y se han tenido en cuenta para la elaboración de un nuevo programa que recoge estas modificaciones.

Entre las sugerencias realizadas se encuentra la de fomentar la continuidad del grupo fuera del propio programa; y en relación con esto pensamos en la creación de un espacio participativo para cuidadores y ex cuidadores que fomente las relaciones sociales entre ellos, evite el aislamiento, minimice su sobrecarga y les haga visibles en la sociedad; este espacio podría ser un club de cuidadores.

Objetivo

Conocer las ideas y sugerencias que los cuidadores manifiestan ante la propuesta de la creación de un espacio participativo para ellos: un club de cuidadores.

Metodología

Desde la DGM nos hemos planteado una serie de objetivos a la hora de programar la creación de lo que pudiera ser el club de cuidadores y que hacen referencia a las sugerencias planteadas por ellos:

- Dar visibilidad a la figura del cuidador dentro de la sociedad y potenciar su reconocimiento social, de manera que el resto de la población sea consciente de que existe un gran número de personas dedicadas, prácticamente en exclusiva, al cuidado de un dependiente, con las consecuencias que ello conlleva: consecuencias para su salud física y mental, la economía, el trabajo, las relaciones sociales, el ocio, etc.
- Que ellos mismos sean capaces de conformarse en un grupo estructurado con el que se identifiquen y a través del cual poder conseguir mejoras en su calidad de vida.
- Proporcionarles, por nuestra parte, apoyo y orientación sobre actividades de interés para ellos que sean viables (programa Cuidar al cuidador, voluntariado, formación en cuidados, información sobre recursos adecuados a sus necesidades, etc.).

Todo ello con el fin de facilitarles en lo posible las tareas de los cuidados y ayudarles a integrarse en el resto de la sociedad.

Se ha intentado convocar al mayor número posible de los cuidadores que han participado en la última edición del programa Cuidar al cuidador, ya que en este momento están más receptivos a participar en proyectos nuevos y nosotros conocemos su situación actual. Con el fin de agruparlos y romper la estructura de distritos mantenida hasta ese momento, se han organizado cuatro grupos que acogen a cuidadores de distritos colindantes.

Aunque en nuestra mente está que ellos sean autónomos, les hemos convocado desde la DGM a dos reuniones, una en junio y otra en septiembre, con el fin de explicarles la idea, fomentar las relaciones sociales entre ellos ayudándoles a conocerse e integrarse en un grupo diferente al suyo, y hacerles partícipes a través de sus ideas y propuestas de la creación de este club.

Los cuatro grupos se han realizado en los distritos de Fuencarral, Latina, Moratalaz y Ciudad Lineal.

En el grupo de Fuencarral se convocó a cuidadores de Fuencarral, Moncloa, Tetuán, Chamartín y Chamberí. En el grupo de Latina se convocó a cuidadores de Latina, Usera, Carabanchel, Centro, Arganzuela y Villaverde. En el grupo de Moratalaz se convocó a cuidadores de Moratalaz, San Blas, Retiro, Villa de Vallecas, Puente de Vallecas y Vicalvaro. Y en el grupo de Ciudad Lineal se convocó a cuidadores de los distritos de Ciudad Lineal, Salamanca, Hortaleza y Barajas.

A estas reuniones asistió un total de 33 cuidadores, de los cuales se obtuvieron numerosas propuestas.

Resultados

Han sido numerosas las propuestas e ideas aportadas por los cuidadores. Hemos intentado clasificarlas según hagan referencia a actividades de ocio, espacios, recursos, formación, organización, salud y apoyo mutuo, teniendo en cuenta que algunas de ellas abarcarían varias esferas.

1. Propuestas relacionadas con la *organización*:

- Necesidad de contar con un líder o moderador que les dirija y fomente la unión y participación de todos los demás.
- Creación de una entidad propia tipo asociación.
- Disponer de elementos identificativos como tarjetas, logotipo, etc.

- Creación de un espacio virtual donde poder comunicarse, buscar información, informar de eventos, plasmar sus necesidades, preocupaciones, ideas nuevas, etc.
- Tener un día reconocido, al igual que otros colectivos, que podría ser el Día del cuidador de la persona dependiente.
- Realización de convocatorias generales para diversos eventos a cuidadores y ex cuidadores no pertenecientes al club en lugares donde suelen acudir, como es el caso de centros de mayores, centros de día, centros culturales, etc.

2. Propuestas relacionadas con los *espacios*:

Disponer de un recinto o sede específica, con disponibilidad de días y horarios. Hasta ahora las reuniones se han mantenido en salas cedidas por el distrito, que normalmente tienen una disponibilidad muy limitada, lo que nos ha obligado a ser poco flexibles a la hora de convocar las reuniones.

3. Propuestas relacionadas con la *formación*:

- Formación en temas puntuales según sea la problemática de cada caso.
- Disponer de documentación y guías de apoyo.

4. Propuestas relacionadas con *recursos de apoyo*:

- Apoyo psicológico en domicilio, sobre todo hacia la persona dependiente, que muchas veces es incapaz de reconocer las necesidades propias y las del cuidador, volviéndose egoísta y negándose al cuidado por parte de otras personas que puedan descargar al cuidador.
- Creación de una ventanilla única de atención a los cuidadores que les permita resolver cuestiones puntuales de forma ágil (problemas o modificación de algún recurso, información jurídica puntual, etc.).
- Disponer de un bono anual con una cantidad de puntos canjeables por prestaciones tipo Servicio de Ayuda a Domicilio para cubrir necesidades muy puntuales (citas del cuidador, formación, etc.).

5. Propuestas relacionadas con la *salud*:

- Contar con grupos de gimnasia, relajación y talleres de memoria para ellos, y tener preferencia en los ya existentes en centros de mayores, culturales, etc., que en algunos casos tienen largas lista de espera.

6. Propuestas relacionadas con el *apoyo mutuo*:

- Creación de un banco del tiempo entre cuidadores, de manera que se realicen intercambios de servicios por servicios o favores por favores.

- Voluntariado entre ellos, sobre todo en aquellos casos en los que el cuidador ha dejado de serlo y puede ser un gran apoyo para otros cuidadores con los que se identifica.
- Ser divulgadores de programas de atención a cuidadores, conocidos por ellos, como es el caso del programa Cuidar al cuidador.

7. Propuestas relacionadas con el *ocio*:

- Visitas a museos, teatros, excursiones para ellos, etc.
- Paseos grupales para el tándem cuidador-dependiente.

Conclusiones

Con sus propuestas, los cuidadores han demostrado que pueden ser capaces de conformarse en un grupo estructurado con el que se identifiquen y a través del cual hacerse visibles dentro de la sociedad, potenciar su reconocimiento social y así conseguir mejoras en su calidad de vida.

El papel de los hijos en el cuidado: condicionante de las necesidades de intervención psicológica en las personas mayores usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio

**E. González Antolín¹, S. Moure González¹, V. Morán Ridruejo¹,
M. López Torralba² y J.C. Sacedo Gómez³**

¹Profesionales del Departamento de Psicología del Servicio de Ayuda a Domicilio de MAPFRE QUAVITAE. Madrid.

²Responsable SAD MAPFRE QUAVITAE. Madrid.

³Técnico del Área Desarrollo Servicios Centrales MAPFRE QUAVITAE. Madrid.

Introducción

Desde el inicio de la actividad del Departamento de Psicología del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) de MAPFRE QUAVITAE (octubre de 2008), comenzamos a detectar que algunos usuarios derivados al servicio presentaban una problemática que podría relacionarse con consecuencias derivadas de la falta de apoyo por parte de los hijos, e incluso por conflictos de convivencia con dichos hijos, y que las necesidades de atención que presentaban, por su complejidad, iban más allá de una intervención psicológica.

Ante esta realidad, realizamos un análisis que nos permitiera conocer si las personas mayores derivadas a nuestro departamento están recibiendo apoyo por parte de sus hijos o si, por el contrario, son los mayores los que están facilitando soporte en diferentes problemáticas o necesidades en el ámbito familiar. Asimismo, deseábamos conocer a qué nivel estas situaciones facilitan o dificultan nuestro apoyo psicológico con el usuario donde la intervención ya no sólo se realiza sobre la persona mayor.

Usuarios beneficiarios

Personas mayores usuarias del SAD, lo que se traduce —por la propia definición del SAD— en un perfil de personas mayores con necesidades de atención personal en las actividades de la vida diaria derivadas de situaciones de dependencia, con autonomía reducida o limitada. En total, 151 participantes.

Objetivos

- Describir los modelos de estructura familiar de las personas mayores atendidas por el Departamento de Psicología del SAD que MAPFRE QUAVITAE gestiona para el Ayuntamiento de Madrid.
- Describir las situaciones en las que las personas mayores suponen un apoyo a la red familiar y los hijos implican una carga económica y/o emocional.
- Analizar el nivel de apoyo prestado por parte de sus hijos y realizar un análisis comparativo de las necesidades de intervención psicológica detectadas en función del tipo de apoyo prestado.

Metodología

- Estudio de corte transversal. Muestra, usuarios del SAD, colectivo de mayores atendidos por el Departamento de Psicología (n = 151).
- Definición de variables del estudio:
 1. **Unidad de convivencia:** miembros que componen el núcleo familiar.
 - **Solo:** usuario que vive solo en su domicilio.
 - **Pareja:** usuario que convive con su pareja solo en el domicilio.
 - **Otros:** usuario que convive con otro familiar.

- **Hijos/pareja:** pareja de personas mayores que conviven en su domicilio con uno o varios hijos.
- **Hijos:** persona mayor sola que convive con un hijo en el domicilio del usuario.

2. Papel de los hijos:

- **Carga:** los hijos suponen una carga en aquellos casos en que presentan algún problema físico, económico, emocional, psicológico o social que requiere apoyo por parte del mayor.
- **Apoyo:** hijos que cubren en algún grado las necesidades de la persona mayor (económicas, relacionadas con la realización de actividades de la vida diaria, actividades instrumentales, etc.).

3. Necesidades de intervención psicológica detectadas:

se refiere al motivo por el cual se ha derivado el caso al Departamento de Psicología, por parte de servicios sociales. Se han establecido las siguientes categorías: aceptación de recursos, relaciones familiares, necesidad de apoyo emocional, capacidad de cuidado, depresión, deterioro cognitivo, duelo, valoración de riesgos y sobrecarga.

Resultados

- **Unidad de convivencia:** las personas mayores atendidas desde el Departamento de Psicología viven solas en su mayoría (53%) o en pareja (26%) y un 16 % convive al menos con un hijo.
- **Tipo de relación con los hijos:** un alto porcentaje de personas mayores se están viendo beneficiadas por el papel de apoyo de los hijos hacia ellos, aunque existe otra realidad en la que las personas mayores no son receptoras sino proveedoras de apoyo hacia sus hijos.
- **Unidad de convivencia/tipo de relación con los hijos:** cuando relacionamos estas dos variables observamos que la convivencia con el hijo es una de las variables que explica un aumento en el porcentaje de carga, tanto si el usuario convive con su pareja como si vive solo con su hijo (fig. 1).
- **Necesidades detectadas según el tipo de relación con los hijos:** cuando los mayores reciben apoyo por parte de sus hijos, destaca la necesidad de recibir apoyo psicológico por parte del usuario en depresión (28%), seguido por duelo en un 11% de los casos. Cuando el hijo supone una carga para el mayor, aumenta el nivel de intervención psicológica sobre los conflictos existentes en las relaciones familiares (39%) (fig. 2).

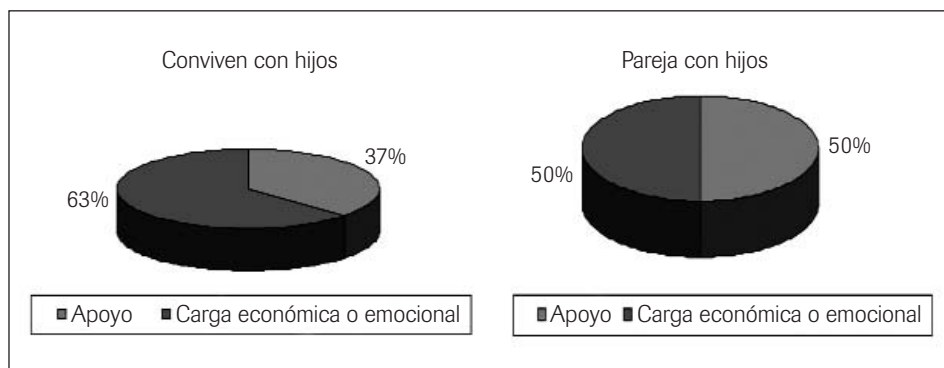


Figura 1. Relación entre la unidad de convivencia y convivencia con hijos.

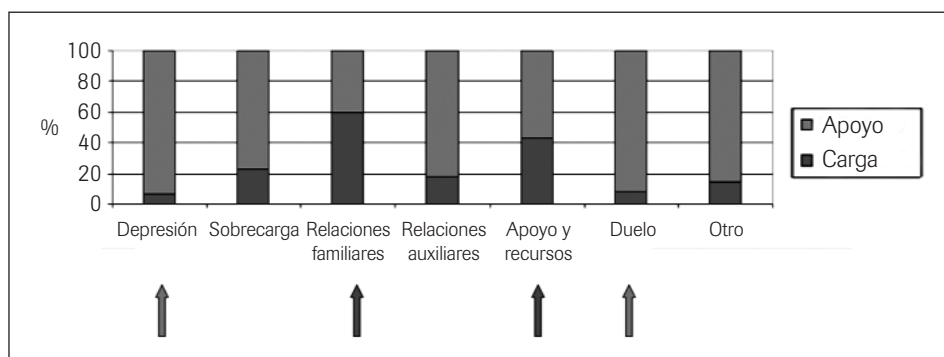


Figura 2. Necesidades de las personas mayores según el tipo de relación con los hijos.

Conclusiones

El año europeo de lucha contra la pobreza y la exclusión social se desarrolla en un contexto de recesión económica, lo que está exigiendo el apoyo entre generaciones. En este momento de *crisis económica y cambios sociales* está aflorando un fenómeno importante, el de los padres mayores e incluso muy mayores (en ocasiones con importantes necesidades de atención para sí mismos) que se ven en la *necesidad de apoyar a sus hijos*, tanto en lo económico como con otros recursos materiales o emocionales. Este *apoyo «impuesto»* que prestan los mayores a sus hijos tiene repercusiones en los diferentes niveles de atención.

Los primeros análisis realizados por el Departamento de Psicología nos acercan a una realidad que evidencia que algunas personas mayores están apoyando a sus hijos e incluso están haciendo frente a situaciones muy complejas que en este momento se dan en la vida de sus descendientes. Casi la totalidad de los hijos de las personas mayores que atendemos desde el SAD han vuelto al hogar familiar por problemas relacionados con dificultades económicas, crisis o ruptura de su propia relación familiar, adicciones a drogas o al alcohol, de modo que a partir de este momento se produce el cambio de rol de la persona mayor (de cuidado a cuidador), y se siente «obligado» a dar respuesta a estas situaciones en ausencia de otros recursos formales o informales.

Podemos concluir que las situaciones anteriormente descritas tienen repercusiones en los diferentes niveles de atención:

- *En un nivel de atención individual*, se generan más necesidades de apoyo psicológico (físicas y de salud, socioeconómicas, psicológicas, sociales, conflictos en las relaciones familiares). En muchos casos, la situación de conflicto que vive el usuario «enmascara» la sintomatología real del usuario.
- *En un nivel de atención formal*, exige un esfuerzo por parte de todos los profesionales en la coordinación de recursos (SAD, trabajador social de servicios sociales, salud mental, centro de salud, programas de negligencia y maltrato de la Dirección General de Mayores). Existe la necesidad de realizar un seguimiento conjunto de los casos que nos permita detectar posibles situaciones de riesgo.

A través de esta comunicación hemos querido realizar una primera aproximación a esta realidad, con la pretensión de sensibilizar y buscar la implicación de todos los profesionales sobre lo que consideramos una realidad incipiente que podría aumentar la vulnerabilidad de los mayores y, por tanto, disminuir su calidad de vida.

Bibliografía

- Abellán García, A. y Esparza Catalán, C. (2010). Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores. *Informes Portal Mayores*, 99, 1-19.
- Tobío, C. y Agulló, M.S. (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Fundación La Caixa.

Programa de actuación en negligencia y malos tratos psicológicos.

Primeros resultados

**M. González Molina¹, A. Chulián Horrillo², E. Pereyra Macazana¹,
M.C. de Tena-Dávila Mata¹, M.I. Fernández de Trocóniz³ y G. Pérez Rojo⁴**

¹Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo. Dirección General de Mayores y Atención Social. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.

²Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

³Universidad Autónoma de Madrid.

⁴Universidad San Pablo CEU. Madrid.

Introducción

El fenómeno de los malos tratos a personas mayores es complejo, multifactorial y de gran impacto social (Tabueña, 2009), con graves consecuencias para las personas mayores, tanto en relación con su seguridad como con su calidad de vida.

Se han elaborado una multitud de definiciones y teorías que intentan dar explicación a este fenómeno. El hecho de no tener una definición universal, compartida por todos, influye negativamente sobre la detección e intervención ante estas situaciones.

Una de las definiciones más aceptadas es la acuñada en la Declaración de Toronto de 2002, en la que se señala que el *maltrato a personas mayores* «es la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza» (OMS, U. Toronto, INPEA, 2002).

Al igual que ocurre en otros tipos de violencia interpersonal como el maltrato infantil y la violencia hacia la pareja, los malos tratos a personas mayores provoca un fuerte impacto emocional tanto en la sociedad como en los profesionales que tienen que atender a las víctimas y a los responsables de malos tratos (Cuesta, 2006).

Debido a este impacto, en los últimos años se está trabajando en aspectos relacionados con la prevalencia y la detección de los malos tratos, no así en la intervención, ya que estos programas son prácticamente inexistentes.

En el año 2009 nace una iniciativa de intervención desarrollada por la Dirección General de Mayores del Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, en colaboración con el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid y el asesoramiento técnico de la Universidad Autónoma de Madrid y la Universidad San Pablo CEU. Esta iniciativa lleva por nombre «Programa de actuación en negligencia y malos tratos psicológicos».

Los objetivos planteados en el programa de intervención son, por un lado, atender a las personas mayores de 65 años que son víctimas de negligencia y/o malos tratos psicológicos en el ámbito doméstico; y por otro, eliminar o reducir las consecuencias de los malos tratos, minimizar las secuelas y los sufrimientos causados, e intervenir con la víctima y el responsable de la negligencia y/o los malos tratos psicológicos para frenar el avance o la intensificación de los mismos.

Para la consecución de todos estos objetivos, el programa cuenta con un equipo multidisciplinar formado por una trabajadora social, una psicóloga y una diplomada universitaria de enfermería (DUE), que se encargan de realizar una valoración completa del tipo, la frecuencia y la intensidad de los malos tratos, así como de la situación biopsicosocial de la víctima y del responsable de los malos tratos, con el fin de planificar y poner en marcha las estrategias de intervención más adecuadas, en función de cada momento y situación concreta.

La intervención se lleva a cabo de manera individualizada, tanto con la víctima como con el responsable de los malos tratos, preferentemente en el domicilio de la víctima, si la intervención no lo desaconseja.

Además, se trabaja de manera coordinada con otros profesionales relacionados con la víctima y el responsable de los malos tratos (trabajador social de servicios sociales, trabajador social del centro de salud, coordinadores y auxiliares de servicio de asistencia domiciliaria [SAD] y teleasistencia domiciliaria [TAD], médico de cabecera, etc.), así como otras fuentes de apoyo informal (familiares, amigos, vecinos, etc.).

Objetivos

Los objetivos de este trabajo son, en primer lugar, conocer las características de las personas mayores víctimas de estos malos tratos, así como de los responsables de los mismos y, en segundo lugar, analizar los factores que puedan estar relacionados con la ocurrencia de la negligencia y los malos tratos psicológicos, como pueden ser la dependencia funcional o el estado cognitivo de la víctima.

Metodología

Para el presente estudio se realizó un análisis estadístico descriptivo de los 62 casos de negligencia y/o malos tratos psicológicos atendidos en el programa desde noviembre de 2009 hasta octubre de 2010, y que fueron previamente derivados por los servicios sociales de Madrid con sospecha de malos tratos.

Se analizaron variables sociodemográficas como sexo, edad y parentesco, así como el grado de dependencia y el estado cognitivo. Estas informaciones fueron recogidas gracias a los datos proporcionados por los servicios sociales, la observación en el domicilio, la entrevista personal y los resultados de los cuestionarios aplicados.

Resultados

Características de las víctimas

La edad media de las víctimas de los malos tratos es de 82,6 años, el 83% mujeres. Al analizar la relación entre tipo de malos tratos y sexo, es preciso destacar, como se observa en la figura 1, que en los casos de malos tratos psicológicos el 100% de las víctimas eran mujeres.

Tal y como se muestra en las figuras 2 y 3, se ha encontrado que el 54,8% de las víctimas padece deterioro cognitivo moderado-grave, y el 50% de las víctimas presenta dependencia funcional total, por lo que podemos decir que más de la mitad de las víctimas tiene una alta dependencia y, por tanto, mayor vulnerabilidad ante los responsables. De estos datos es preciso señalar que un 9% de las víctimas son autónomas para todas las actividades de la vida diaria y no presentan deterioro cognitivo.

Como se muestra en la figura 4, al relacionar el tipo de malos tratos y el estado cognitivo, se encuentra que la negligencia está presente con más frecuencia en personas que experimentan deterioro cognitivo grave (el 59,3% de los casos de negligencia) y los

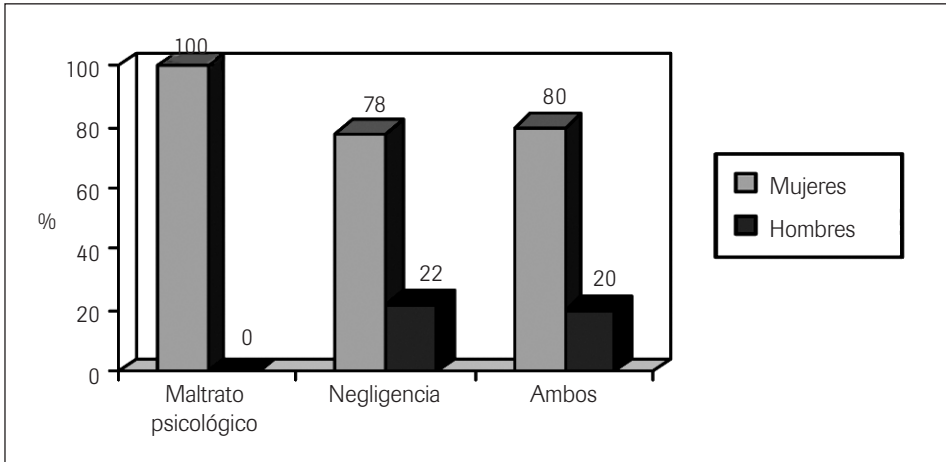


Figura 1. Relación entre malos tratos y sexo de la víctima.

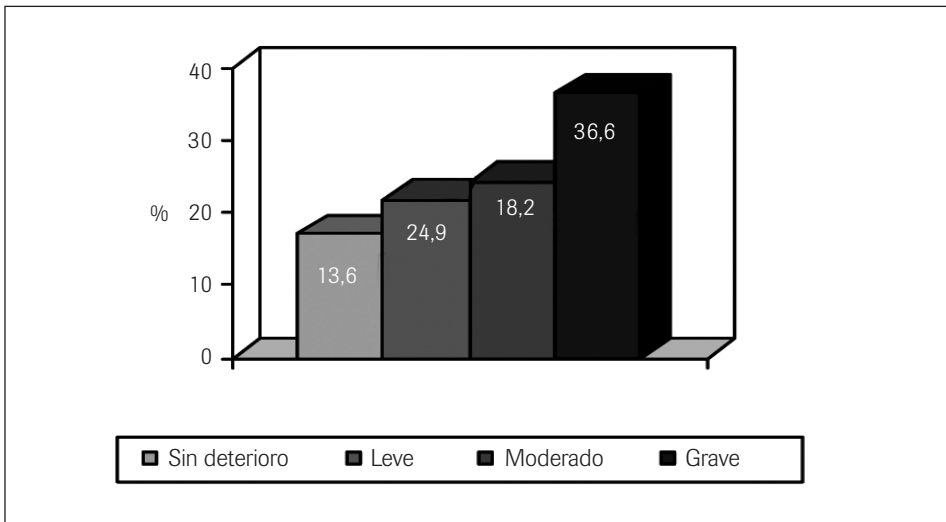


Figura 2. Estado cognitivo de la víctima.

malos tratos psicológicos en las víctimas sin deterioro cognitivo o deterioro cognitivo leve (el 77,7% de los casos de malos tratos psicológicos). Al asociar el tipo de malos tratos y el estado funcional de la víctima, los resultados muestran que las víctimas de malos tratos psicológicos son fundamentalmente autónomas (el 66,6% en todas las actividades de la vida diaria [AVD]) y que un 77,8% de las víctimas de negligencia son dependientes para todas las AVD (fig. 5).

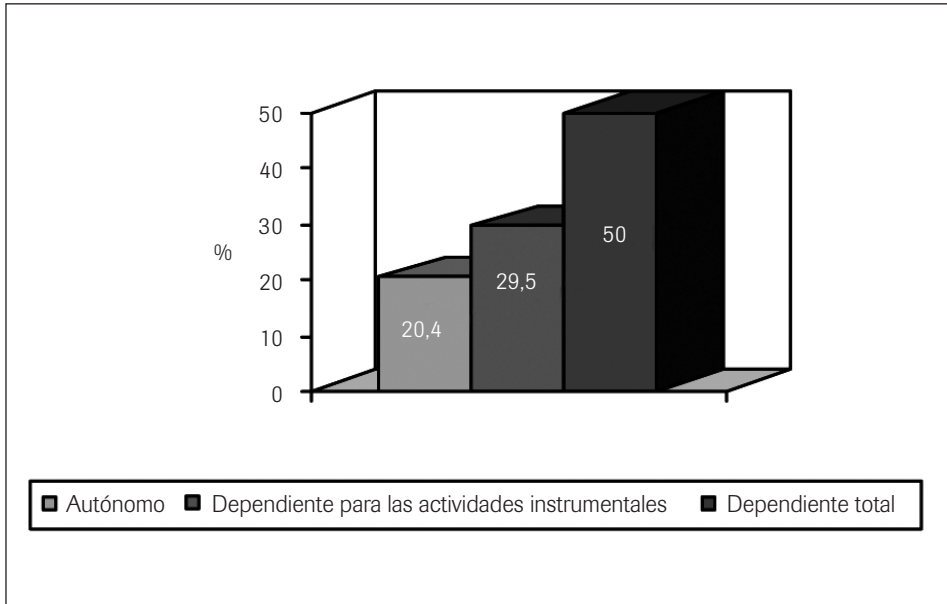


Figura 3. Estado funcional de la víctima.

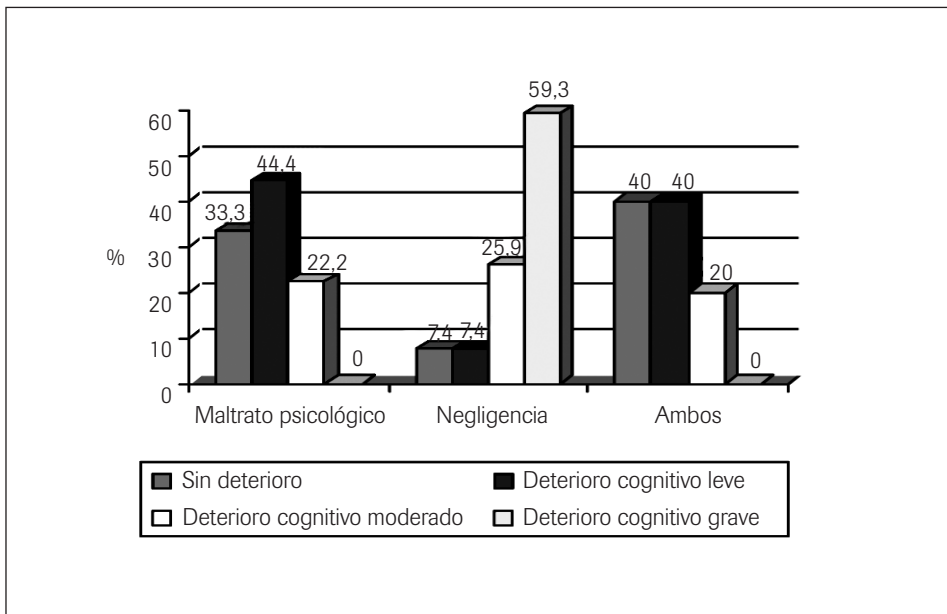


Figura 4. Tipo de malos tratos y estado cognitivo.

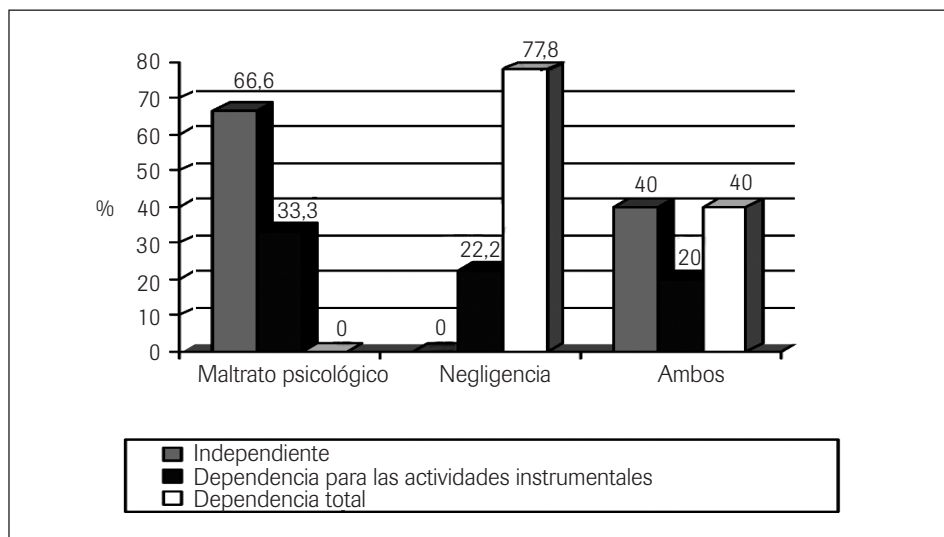


Figura 5. Tipo de malos tratos y estado funcional.

Características del responsable de los malos tratos

En los 62 casos analizados los responsables tienen una edad media de 52,4 años, y el 62,9% son hombres.

Como se observa en la figura 6, al analizar el sexo del responsable en función del tipo de malos tratos ejercidos, aunque el responsable es mayoritariamente hombre en todos

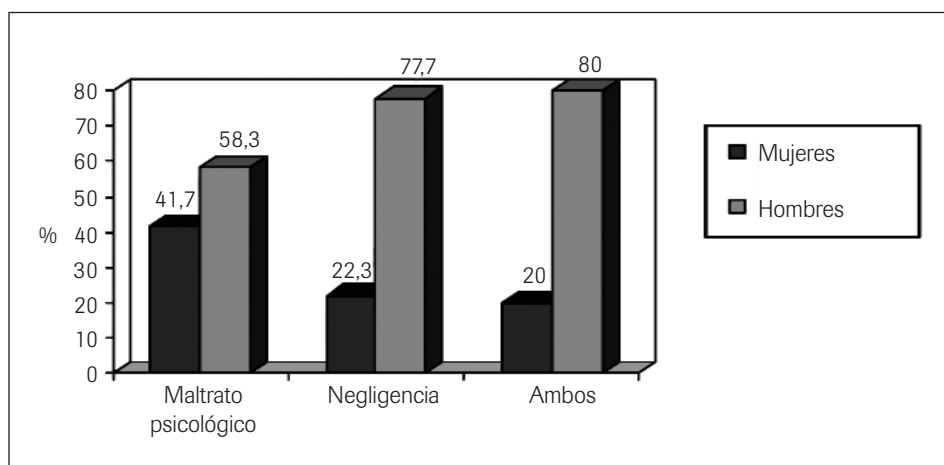


Figura 6. Relación entre tipo de malos tratos y sexo del responsable.

los tipos de maltrato en los que se ha intervenido, llama la atención el maltrato psicológico, donde la diferencia encontrada en el sexo del responsable no es tan destacada como en la situación de negligencia o en la negligencia cuando se presenta de forma simultánea con maltrato psicológico.

Finalmente, al analizar la relación de parentesco que tienen la víctima y el responsable, como se observa en la figura 7, destaca el predominio de los hijos (59,1%) como responsables de los malos tratos, seguidos del cónyuge.

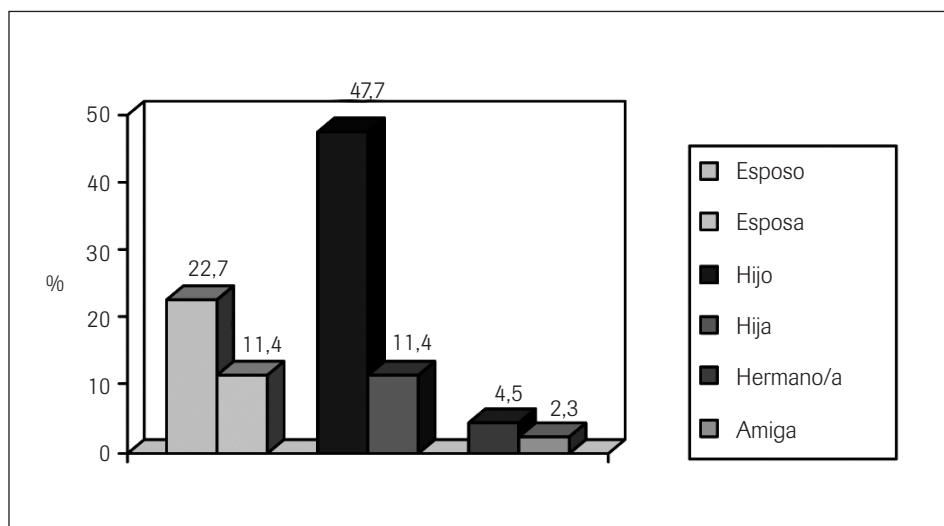


Figura 7. Relación de parentesco entre víctima y responsable del maltrato.

Conclusiones

En función de los resultados obtenidos en este primer año del programa de negligencia y malos tratos psicológicos, podemos concluir que de los casos derivados por los servicios sociales con sospecha de malos tratos, las víctimas suelen ser mujeres, algo que se acentúa cuando se trata de maltrato psicológico, donde todas las víctimas son mujeres. Este dato debería analizarse con más detenimiento en próximas investigaciones, con el fin de valorar si la presencia de las mujeres como víctimas de malos tratos psicológicos se debe a que son las únicas en padecer este tipo de maltrato, o bien si se debe a la presencia de barreras en la detección, como por ejemplo que el hombre no denuncie la situación, no se detecte adecuadamente, etc.

Con respecto al responsable, se ha encontrado que en dos de cada tres casos de malos tratos son hombres. Además, en situaciones de negligencia, esta proporción aumenta a tres de cada cuatro responsables, por lo que para próximos estudios sería necesario analizar otras características de estos responsables, con el fin de poder realizar un perfil más ajustado de los mismos.

Es importante destacar que, como se ha encontrado en otros estudios (Touza et al., 2002), los hijos suelen ser los responsables de malos tratos más habituales, seguidos por los cónyuges, es decir, las personas más cercanas a la víctima y sobre las que recae un mayor sentimiento de confianza y de expectativa ante los cuidados.

Como muestran los resultados, la dependencia física y cognitiva de las personas mayores víctimas de malos tratos demuestra ser un factor de riesgo ante la ocurrencia de éstos, y la dependencia funcional es la variable que muestra una mayor relación con la negligencia. Pero como indican en otros estudios (Touza et al., 2002) el riesgo de ocurrencia de los malos tratos no depende directamente de la dependencia de la persona mayor, sino que también está en función de su interacción con otros factores de diferente naturaleza y características del responsable.

Además, otro dato relevante que se debe destacar es que un 9% de las víctimas son autónomas para las AVD y no presentan deterioro cognitivo. Consideramos que en posteriores estudios sería preciso analizar las características de las víctimas y de los responsables de estos malos tratos, las actitudes y reacciones tanto de las víctimas como de los responsables ante la ocurrencia de los malos tratos y el tipo de intervención necesaria para que estos malos tratos dejen de producirse.

Bibliografía

- Barbero, J., Barrio, I.M., Gutiérrez, B., Izal, M., Martínez, A., Moya, A., et al. (2005). *Malos tratos a personas mayores: guía de actuación*. IMSERSO.
- Cuesta, J.L. (Coordinador). (2006). *El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*. Donostia (San Sebastián): Hurkoa Fundazioa.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., y Sancho, M.T.; Grupo Trátame Bien (2010). Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 45 (4), 213-218.
- Tabueña, M. (2009). *Los malos tratos a las personas mayores. Una realidad oculta*. Obra Social de Caixa Catalunya.
- Touza, C., García, M.D., Prado, C., Segura, M.P., y Royo, P. (2002). Situaciones de vulnerabilidad relacionadas con un trato inadecuado: los malos tratos a las personas mayores. *Revista Pulso*, 25, 61-75.

Programa para la prevención y mejora de la calidad de vida de personas mayores y cuidadores en cuatro centros de mayores del distrito de Latina

**S.S. Granado Riobos¹, M. Corral Hernández¹, J.L. Gayoso Pardo²,
P. Recuenco Cotillas¹ y J.C. Sacedo Gómez²**

¹Equipo de Profesionales y Responsables del Programa de Terapia ocupacional y mejora de la Calidad de Vida de MAPFRE QUAVITAE. Distrito de Latina del Ayuntamiento de Madrid.

²Profesionales de los Servicios Centrales de MAPFRE QUAVITAE. Madrid.

Introducción y justificación del proyecto

Conscientes de que el envejecimiento ocupa un período cada vez mayor en la vida de las personas y del espectacular aumento de la esperanza de vida en los últimos años, los responsables municipales vienen trabajando desde hace algún tiempo en actuaciones encaminadas a dotar dichos años de autonomía y calidad de vida. Desde esta realidad nace el *Programa de apoyo a la mejora de la calidad de vida para cuidadores y/o personas mayores del distrito de Latina*. Es un programa que se plantea como una intervención planificada dirigida a la consecución de objetivos, que de una forma global van a repercutir en una mejora de la calidad de vida de los mayores y cuidadores, y en una percepción positiva del proceso de envejecimiento.

Usuarios beneficiarios

Personas mayores y cuidadores del distrito de Latina, usuarios beneficiarios de los siguientes centros municipales de mayores del distrito de Latina, distrito que cuenta con el mayor número de personas mayores de entre el total de los 21 distritos del Ayuntamiento de Madrid.

Los centros municipales de personas mayores participantes fueron los siguientes: Ciudad de Méjico, Centro de Lucero, Centro de Cerro Bermejo y Centro de Campamento.

El programa tiene una duración de 9 meses, con dos sesiones de 1,5 horas semanales, que se desarrollan en cada uno de los cuatro centros municipales. Se han llevado a cabo un total de 10 grupos durante el período de 2009-2010, con un total de 135 participantes.

Como criterios de exclusión se definieron: no presentar deterioro cognitivo, trastornos conductuales ni enfermedades infecciosas contagiosas.

Objetivos

- Presentar el programa para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores que MAPFRE QUAVITAE gestiona en cuatro centros de personas mayores del distrito de Latina del Ayuntamiento de Madrid. Objetivos del programa y población beneficiaria.
- Describir el perfil de usuarios participantes en el programa, y establecer conclusiones sobre el envejecimiento y la dependencia que presenta esta población: deterioro en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD), deterioro cognitivo y calidad de vida percibida.
- Describir las intervenciones tipo desarrolladas desde el programa.
- Concluir sobre la eficacia de las intervenciones en la calidad de vida percibida de los participantes.

Metodología

Con el objetivo de conocer la pertinencia de la inclusión de las personas mayores en los grupos, así como conocer el estado funcional y cognitivo inicial de los participantes en el programa, se realiza una valoración de todos ellos tanto al comienzo como al final, con escalas validadas científicamente: escala Barthel, test de Lawton y Brody, escala mini mental y escala Coop/Wonca.

Se incorpora la escala Coop/Wonca en 2009-2010 con el objetivo principal de procurar una valoración más comprensiva e integral de la salud y calidad de vida percibida de los usuarios participantes en el programa, así como para conocer el modo en que esta se ve modificada por las intervenciones. La escala Coop/Wonca es un instrumento genérico, breve y eficaz para medir la calidad de vida relacionada con la salud.

Compuesta de nueve láminas, cada lámina contiene un ítem que se refiere al estado funcional de la persona durante las dos últimas semanas; cada ítem cubre una dimensión de la calidad de vida: forma física, sentimientos (fig. 1), actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida.

Sentimientos:

Durante las dos últimas semanas, ¿en qué medida le han molestado los problemas emocionales, tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?






Nada en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5

Figura 1. Ejemplo de una de las láminas de la escala Coop/Wonca.

En cada lámina hay una viñeta con cinco dibujos que ilustran cada una de las posibles categorías de respuesta para cada ítem; las puntuaciones más altas (hasta 5) indican una peor capacidad funcional de la dimensión evaluada, salvo la viñeta referida al «cambio en el estado de salud», que tiene una lectura diferente («mucho mejor», valor 1; «mucho peor» valor 5). Esta escala cuenta con las características psicométricas de fiabilidad y validez, y ha sido empleada en multitud de estudios en nuestro país, especialmente en atención primaria.

Desde el *programa de apoyo a la mejora de la calidad de vida para cuidadores y/o personas mayores del distrito de Latina* se trabaja en el diseño de actividades que se desarrollan mediante técnicas y espacios terapéuticos: arteterapia, ergoterapia, actividades de estimulación cognitiva, gerontogimnasia, risoterapia, musicoterapia, actividades lúdicas, terapia ocupacional educativa y terapia ocupacional formativa (actividades de entrenamiento funcional, reeducación de las ABVD, valoración y asesoramiento para la mejora de las condiciones del domicilio, charlas programadas sobre envejecimiento y fomento de hábitos saludables).

Perfil y evolución de la muestra de estudio (tabla 1)

Desde el año 2007 se han realizado tres ediciones del programa (2007-2008, 2008-2009 y 2009-2010). El análisis de los datos señala que apenas se han dado cambios en cuanto a la evolución de las personas mayores participantes en éste, distribuidas por edad, sexo, estado civil y unidad de convivencia.

Más de la mitad de las personas mayores se encuentran en la franja de edad entre 71 y 80 años, y más de las tres cuartas partes son mujeres. Alrededor de la mitad de las personas mayores que participan en el programa están casadas, y hay casi un 40% de viudos. Algo más de la mitad de la muestra vive en pareja, y en este último año destaca un leve incremento de las personas mayores que viven con hijos y un leve decremento de las que lo hacen solas (31,85 %).

Resultados y conclusiones

La diferencia de resultados obtenidos en la escala Coop/Wonca (antes y después) señalan que independientemente de cualquier otra variable, edad, sexo, etc., las dimensiones «sentimientos», «cambio en el estado de salud» y «calidad de vida» son las que muestran cambios más significativos en el estudio de antes y después (–0,5 o superiores) (fig. 2).

Por edad, las personas *más mayores* son las que parecen beneficiarse en mayor medida de las intervenciones (alcanzando una diferencia entre antes y después algo superior a medio punto en las dimensiones «calidad de vida» (–0,64) así como en «sentimientos» (–0,85) (fig. 3).

En el análisis por sexo, los resultados indican que son los *hombres* quienes muestran encontrarse mejor en las dimensiones «cambio en el estado de salud» (–0,9 frente a –0,51 en mujeres) (fig. 4), así como en «sentimientos» (–0,7 frente a –0,63 en mujeres) tras su paso por el programa.

Tabla 1. Perfil de los participantes en programa (135 usuarios participantes)

Características		%	
Sexo	Mujeres	85,18	
	Hombres	14,81	
Edad	60 a 70 años	31,85	
	71 a 80 años	57,77	
	81 a 90 años	10,37	
Estado civil	Casado	54,81	
	Soltero	4,44	
	Viudo	36,29	
	Separado	4,44	
Núcleo de convivencia	Solo	31,85	
	En pareja	54,81	
	Con hijos	11,85	
	Otros	1,48	
Nivel de estudios	Analfabeto	5,19	
	Leer y escribir	68,89	
	Primarios	22,22	
	Secundarios	2,96	
	Universitarios	0,74	
Valoración funcional	Dolor	71,85	
	Ausencia de dolor	28,15	
Valoración psicoafectiva	Depresión	34,81	
	Ansiedad	8,15	
	Apatía	1,48	
	Sin alteración	61,48	
Escala	Barthel	Independiente	100
		Dependencia parcial	0
	Lawton	Independiente	91,1
		Dependencia parcial	8,9
	MEC	Normal	49,63
		Borderline	41,48
Deterioro		8,89	

Analizando los datos por estado de ánimo, son las personas mayores con *apatía* y *ansiedad* las que evidencian diferencias más significativas en las dimensiones de la escala en «actividades sociales», «cambio en el estado de salud» y «percepción de la calidad de vida».

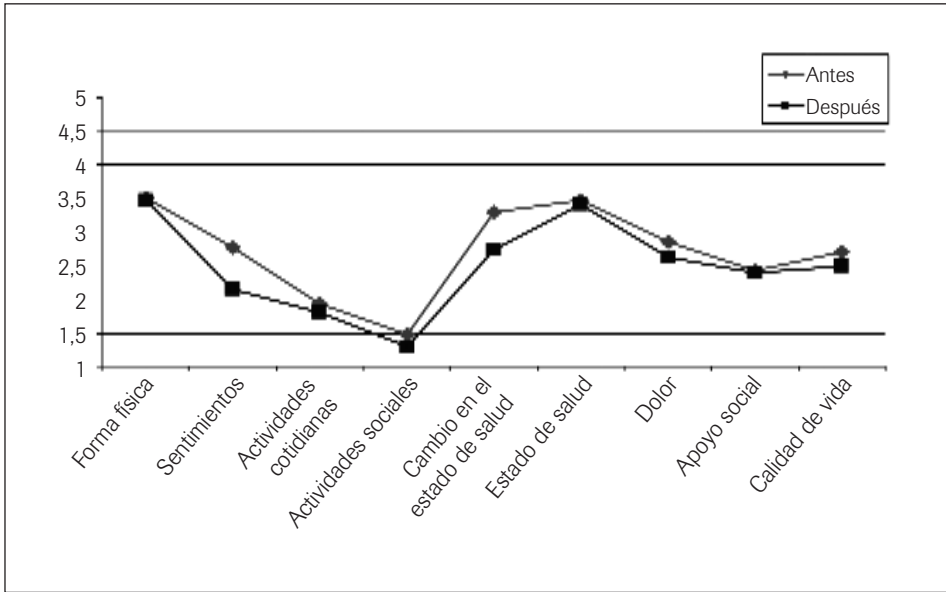


Figura 2. Cambios observados en la escala Coop/Wonca tras la participación en el programa.

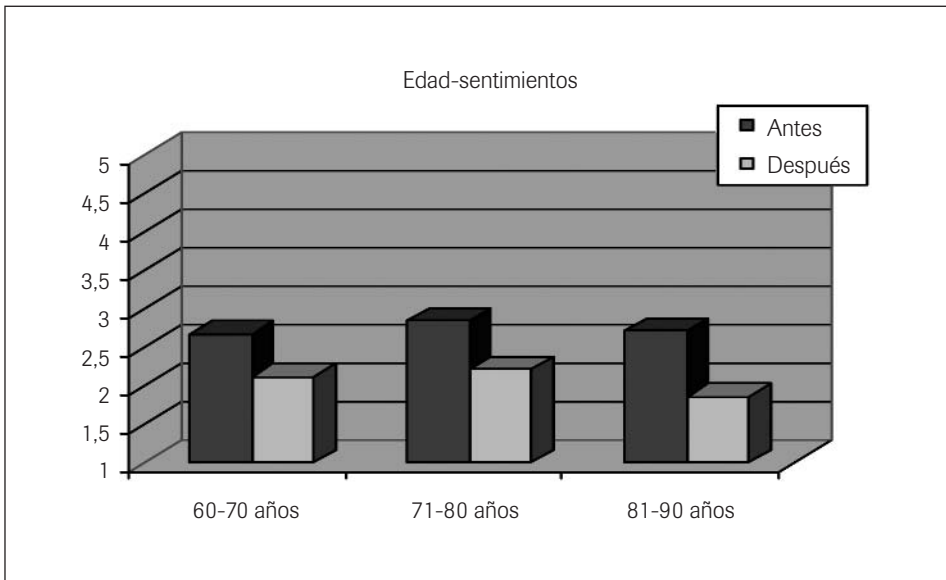


Figura 3. Cambios observados en el apartado de sentimientos, de la escala Coop/Wonca, en relación con la edad.

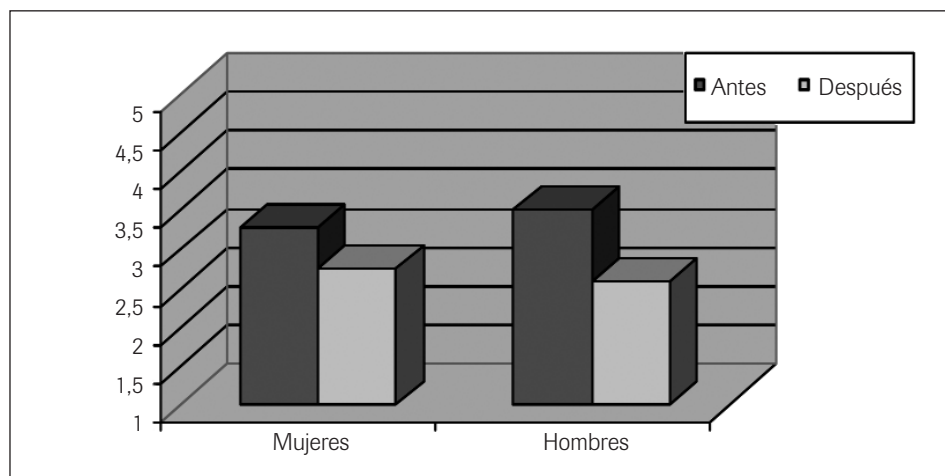


Figura 4. Cambios observados en el apartado de cambios en el estado de salud, de la escala Coop/Wonca, en relación con el sexo.

Tras su paso por el programa, todas las personas mayores que han participado manifiestan encontrarse mejor, tanto en su *situación emocional* (molestias y problemas emocionales que se valoran con la dimensión de la escala de «sentimientos»), como en su *estado de salud* (dimensión «cambio en el estado de salud», medido éste como el cambio percibido en la salud en las dos últimas semanas), y en *dolor*, por este orden.

Ante los resultados obtenidos, podemos concluir acerca de la necesidad de seguir trabajando en programas que favorezcan la prevención y el fomento de la autonomía, programas que trabajen desde la ocupación significativa para la promoción de la salud y del bienestar emocional de las personas mayores, favoreciendo su calidad de vida.

Bibliografía

- Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Programa de educación para la salud en enfermos crónicos. Las viñetas COOP/Wonca. Un instrumento para evaluar la calidad de vida y la salud. *Monografías sanitarias Serie E.*, 42.
- Corrales, E., Tardón, A. y Cueto, A. (2000). Estado funcional y calidad de vida en mayor de setenta años. *Revista Psicothema*, 12 (2).
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, 89-104.
- Requena, C., López, V. y Ortiz, T. (2009). Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37 (2).

El legado de los abuelos

L. Agudo López

Empresa informática para mayores de 50. ACtitud50. Madrid.

Introducción

Abuelos positivos y extremadamente activos, abuelos canguro o superabuelos, etc. El rol del abuelo es un fenómeno vital en nuestras vidas que influye directamente sobre nuestra salud integral, es decir, sobre nuestra salud psicológica, física, social y emocional. De ahí la importancia de trabajar las relaciones entre generaciones.

El curso «El legado de los abuelos» es una iniciativa literaria para mayores ideada por ACtitud50. Sus sesiones teórico-prácticas se imparten trimestralmente en los centros de mayores de la Comunidad de Madrid y tienen como objetivo principal el desarrollo de un libro autobiográfico que los abuelos legarán a sus nietos. Durante las clases se irán recordando y redactando las principales anécdotas y relaciones de toda una vida pasada de vivencias.

Con ello se busca ejercitar las habilidades psicológicas, creativas, emocionales y de la memoria, además de crear un testimonio que algún día puede tener un gran valor para sus sucesores. También se pretende ampliar el abanico de relaciones sociales y establecer una interacción entre generaciones distintas a través de la transmisión de costumbres, tradiciones y códigos de los abuelos a sus nietos.

El resultado final es un libro que contará una historia única e irrepetible, desde la sabiduría que aporta el paso de los años, en cuya redacción se habrán activado procesos de rejuvenecimiento.

Objetivos

1. Transmitir conocimientos sobre el rol del abuelo y los tipos de abuelos en la actualidad.
2. Identificar las situaciones de conflicto que se pueden dar en las relaciones intergeneracionales de las personas mayores.
3. Entrenar en las diferentes técnicas que nos ayudan a favorecer y mejorar la comunicación entre generaciones.
4. Recomendar pautas para mejorar las relaciones intergeneracionales.

Metodología

Población

La investigación se ha llevado a cabo en ocho grupos de clase compuestos por 10 usuarios cada una:

- El 85% eran mujeres y el 15% hombres.
- El 90% tenía una edad comprendida entre los 60 y los 75 años.
- El 100% vivía de forma autónoma en sus casas, con un buen estado de salud.
- El 92% tenía nietos o estaba a punto de tenerlos. El 8% restante eran participantes que en unos casos no tenían hijos y en otros no tenían nietos ni posibilidad de tenerlos, pero mostraban interés de acercarse a otras generaciones más jóvenes de su misma familia para contarles su historia.

Recursos materiales

1. Material didáctico: el libro *El legado de los abuelos*.
2. Por parte de los participantes: fotografías, documentos, recuerdos, recortes de periódicos o revistas, etc.

Contenidos

1. La vida de los abuelos en sus distintas etapas y su entorno.
2. Tipos de abuelos y las consecuencias cíclicas y lineales de sus conductas.

3. Los abuelos de hoy en día, su rol, su estilo de vida y los recursos de satisfacción personal.
4. Cómo estrechar los lazos de unión entre abuelos y nietos.
5. Cómo estrechar las relaciones entre tres generaciones: abuelos, padres y nietos.
6. Las desavenencias entre padres y abuelos, y sus consecuencias.
7. El papel de los abuelos ante el divorcio de los padres.
8. Estrategias, técnicas y hábitos que favorecen las relaciones intergeneracionales.
9. Ejercicios con situaciones específicas.

Método

1. Escucha activa: utilizamos una metodología dinámica, participativa, creativa. Nos basamos en un aprendizaje horizontal en el cual todos los alumnos aporten cosas y se nutran del grupo.
2. Inductiva: con base en la información obtenida, se hace el análisis que conduzca al planteamiento teórico final, sobre el que se puede llegar a plantear conclusiones.
3. Casuística: a partir del análisis de casos se busca llegar a soluciones prácticas para resolver el problema general presentado.
4. Flexibilidad: ello implica dar prioridad a la expresión individual y colectiva de cada grupo.
5. Mediación: el aprendizaje se da mediado por los intereses y motivaciones propios de las personas encaminados a satisfacer sus necesidades.
6. Lúdica: el aspecto lúdico está presente en todas las acciones que están orientadas hacia el entretenimiento y la diversión para el aprendizaje.

Resultados

El programa se implementa durante un trimestre a razón de dos encuentros semanales de 90 minutos cada uno en centros de mayores de la Comunidad de Madrid.

En este apartado exponemos únicamente las variaciones observadas en el comportamiento de los usuarios donde se mejora en cuatro aspectos fundamentales: competencia cognitiva, competencia lingüística, habilidades sociales y aspectos psicológicos (tabla 1).

Tabla 1. Aspectos en los que se observan beneficios

Competencia cognitiva	Competencia lingüística	Habilidades sociales	Aspectos psicológicos
Memoria	Expresión oral	Escucha activa	Autoestima y autoconcepto
Atención discriminativa y perceptiva	Expresión escrita	Empatía	Fortalecimiento de vínculos intergeneracionales Resolución de problemas y conflictos

Competencia cognitiva

Memoria: todos los alumnos coinciden en que les ha ayudado a recuperar cosas del pasado que ya tenían olvidadas. Han vuelto de nuevo a recordar. Han buscado fotos, partidas de nacimiento y defunciones, documentos que ahora aportan incluso más información a sus recuerdos y en los que incluso pueden incluir sus comentarios.

Han ejercitado diariamente la memoria y muchos de los alumnos nos han repetido que, efectivamente, este curso le estaba viniendo muy bien para esa capacidad cognitiva.

Atención discriminativa: ha mejorado notablemente, pues muchos de ellos, después de varios días de taller, escribían y escuchaban a la vez y lo hacían sin ninguna dificultad.

Atención perceptiva: también han mejorado a la hora de seleccionar no sólo su información, sino la de los demás.

Competencia lingüística

Expresión oral: día a día son más precisos, concisos y puntuales en los temas que se le preguntan. Elaboran un mejor discurso. Usan el tiempo que corresponde a cada alumno. Se centran en el hecho concreto y lo decoran con alguna anécdota.

Expresión escrita: esta capacidad ha mejorado considerablemente. Ha incrementado la capacidad de encontrar las palabras adecuadas que describen y sintetizan su relato. Alargan su discurso cuando su historia lo necesita. Tiene mayor rapidez lectora y escrita, y son capaces de resumir y ajustarse al espacio indicado en el libro.

Habilidades sociales

Escucha activa: es una cualidad que han mejorado todos los participantes. Al comenzar el taller costaba mantener una buena escucha entre todos y que todos fueran partícipes de las vivencias de los demás.

Después de realizar el curso se muestran muy atentos con cada hecho que cuentan sus compañeros, llegando incluso a preguntar, dar consejos y aprender de las experiencias ajenas.

Empatía: han desarrollado un cierto nivel de empatía, pues comprenden y se acercan más al mundo de sus nietos. Incrementa la consciencia de que el mundo ha cambiado y de que es muy diferente de las cosas que ellos mismos cuentan en el libro de cuando eran jóvenes. Se sienten y se muestran más cercanos a sus nietos e intentan ayudarlos y comprenderlos siempre que pueden.

No sólo desarrollan esa empatía con sus nietos, sino también con los asistentes al taller, los cuales han vivido historias muy diferentes entre sí. Unos han vivido parte de su vida en el pueblo y hasta que no fueron mayores no se mudaron a Madrid, otros siempre han vivido en Madrid y otros se han mudado recientemente. Les ofrece la oportunidad de compartir su experiencia vital e ideales desde la comprensión.

Aspectos psicológicos

Autoestima y autoconcepto: hablar sobre sus vivencias, darse cuenta de todo lo que han conseguido, de las dificultades que han atravesado y superado a lo largo de su vida les ha ayudado a conocerse mejor y a aumentar su autoestima. Muchos de ellos llegaban al taller contando que habían hablado con sus hijos sobre los logros conseguidos en la vida y que estaban dispuestos a escribir un libro. Sin ir más lejos, en el centro de Sagasta, Aluche y Pinto existen estudiantes que preguntaron cómo debían escribir un libro, pues después de hacer el taller querían escribir un libro más extenso que hablase sobre sus memorias.

Aprendieron a fortalecer el vínculo intergeneracional: compartieron experiencias y vivencias, y mejoraron su conocimiento sobre ellos mismos, algo fundamental para mantener un mejor vínculo de unión con toda la familia. Recordaron el pasado, escribieron sobre ellos y sus vidas, y de ese modo compartieron de nuevo esos recuerdos, haciendo partícipes de ello a sus nietos e hijos. Muchos alumnos venían a contarnos cómo se habían reunido con su familia para buscar viejas fotografías que completaran el libro, lo que constituía una oportunidad para compartir un momento del día.

Mejóro su capacidad de resolver problemas y conflictos intergeneracionales:

el discurso entre varias personas, compartir experiencias y problemas similares ayuda a tener una visión más amplia y una mayor flexibilidad a la hora de entender determinadas circunstancias y problemas que ocurren en la familia. Les ayuda a distinguir cuándo es necesaria la intervención del abuelo en un conflicto familiar y cuándo no lo es.

Al hacer el libro, se conocen mejor a sí mismos y desarrollan —como hemos comentado— una mayor empatía, lo que hace que los conflictos se resuelvan mejor, ya que utilizan mejor el diálogo y la comprensión.

Comentarios de los participantes

El 100% de los participantes de los diferentes centros coinciden en que recomendarían el taller a todas las personas. Sus razones son similares entre ellos. Opinan que es muy gratificante porque les hace recordar su vida y tener la oportunidad de plasmarla en un libro para su familia, algo que la mayoría de ellos quiere o ha querido hacer alguna vez en la vida. Creen que el curso debería ser más largo.

Consideran que les ayuda a pensar en ellos mismos y a sentirse protagonistas de algo importante para el futuro de su familia.

1. «He podido escribir un libro sobre mi vida en condiciones excepcionales, siempre lo había deseado».
2. «Recordar nuestra vida y compartirla con los demás, no saben lo que se pierden» (por aquellos que no se han apuntado al curso).
3. «Me parece que todos los mayores deben hacer esto».
4. «Me gusta porque quiero que en su día mis nietos recuerden a su abuela».
5. «Nos hacen recordar tiempos pasados».
6. «He podido compartir una experiencia maravillosa».
7. «Me ha hecho trabajar la mente».
8. «Me gusta porque quiero que en su día mis nietos recuerden a su abuela».

Conclusión

«Cuando muere un anciano, se quema una biblioteca» (proverbio Chino).

Recordar las vivencias, rescatar esos momentos inolvidables y poder compartirlos con personas de edades similares es un enriquecimiento no sólo a nivel cognitivo, sino a

nivel emocional, que hace conocerse mejor a uno mismo y, por tanto, poder enfrentarse mejor a nuestras dificultades. Pues sólo conociéndonos mejor a nosotros mismos seremos capaces de hacer frente a nuestras dificultades.

Los asistentes a los diferentes centros volverían a repetir el curso sin dudarlo y, por supuesto, recomendarían a todos hacerlo, pues según sus propias palabras: «Es una experiencia única» que te permite sentirte único por unos momentos, que te permite contar momentos especiales de tu vida y que éstos sean escuchados y compartidos.

A modo de conclusión, cabe decir que el enriquecimiento emocional siempre supera al cognitivo, aunque ambos van siempre entrelazados. Se sienten activos y dinámicos, se sienten importantes y, sobre todo, libres para contar su propia historia, tal y como sucedió.

Detección y valoración de personas mayores frágiles con alto riesgo de aislamiento social a través de una central de llamadas

P. Banegas López, M. Brizuela Fernández y E. Fernández Velasco

Matia-Ingema U.T.E. Madrid.

Introducción

Dentro del *programa de detección e intervención de ancianos frágiles con alto riesgo de aislamiento social* del Ayuntamiento de Madrid, el servicio de información de la Dirección General de Mayores se ha consolidado como un agente determinante en el objetivo de detectar situaciones de aislamiento social de personas mayores de 65 años.

Para contextualizar el programa basta pensar en las más de 117.000 personas mayores de 65 años que viven solas en el municipio de Madrid, así como en la intencionalidad del Ayuntamiento por evitar las necesidades de atención sociosanitaria de este grupo poblacional. Los sentimientos de aislamiento y soledad en las personas mayores son generados por situaciones diversas y comunes en el panorama poblacional actual (el aumento de la esperanza de vida, el debilitamiento de los lazos familiares o la disminución de la convivencia intergeneracional son tan sólo algunos), y pueden degenerar en verdaderas realidades de aislamiento social que conllevan situaciones carentes de interacciones sociales y que implican una separación de las instituciones formales e informales de la sociedad.

Un programa de estas dimensiones requiere la labor de muchos y muy diversos agentes sociales, y entre ellos el servicio de información, el cual puede describirse como un recurso de atención telefónica y de divulgación de información de servicios sociales de atención a personas mayores. Desde el año 2008 se ocupa de uno de los eslabones de la cadena, concretamente de las funciones de detección de la población en situación de riesgo y de la valoración de sus necesidades de atención sociosanitaria.

Objetivos

Desde Matia-Ingema U.T.E., como entidad gestora del servicio de información de la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid, nos planteamos como objetivo de este trabajo transmitir la labor realizada desde el citado servicio de información, el cual, a través de entrevistas telefónicas realizadas por trabajadores sociales, consigue ahondar y canalizar situaciones de vulnerabilidad social. Así mismo, pretende la divulgación de su experiencia a partir de un recorrido del procedimiento de trabajo y del *know how* del servicio.

Metodología

Del conjunto de acciones cometidas dentro del *programa de detección e intervención de ancianos frágiles con alto riesgo de aislamiento social*, se ha seleccionado la realizada mensualmente sobre personas que han necesitado la atención de los servicios de emergencia municipales. Ésta, que puede definirse como un *screening* en una población de alto riesgo, consiste en la realización de entrevistas telefónicas a una población diana: personas mayores de 65 años, residentes en el municipio de Madrid y que han sido atendidas por los servicios de emergencias municipales por diferentes causas, desde caídas en el domicilio hasta alertas de vecinos motivadas por múltiples situaciones. La actividad de este proceso tiene una frecuencia mensual, lo que significa que se contacta con las personas que han sufrido situaciones de emergencias al cabo de un mes.

Las entrevistas son guiadas por un cuestionario diseñado a tal fin que recoge, entre otros, datos sociofamiliares del entrevistado, patrón de conducta o de relación con el entorno y patrón del estado de salud. Esta herramienta es dependiente de un algoritmo de decisiones consensuado y previamente protocolizado que permite la valoración y la clasificación de los casos.

El resultado de la valoración profesional es, por tanto, la clasificación de los casos en función del riesgo de aislamiento social detectado. Los casos valorados con riesgo son derivados al siguiente en la cadena de los agentes implicados, concretamente a la

Dirección General de Mayores, desde donde se continúa la intervención a través de una visita domiciliaria.

Resultados

El servicio de información realiza el cribado de usuarios atendidos por los servicios de emergencias desde mayo de 2008 (fig. 1). Desde entonces, se ha llamado a 1.539 personas distintas, de las cuales sólo 15 (0,97%) decidieron no realizar la entrevista.

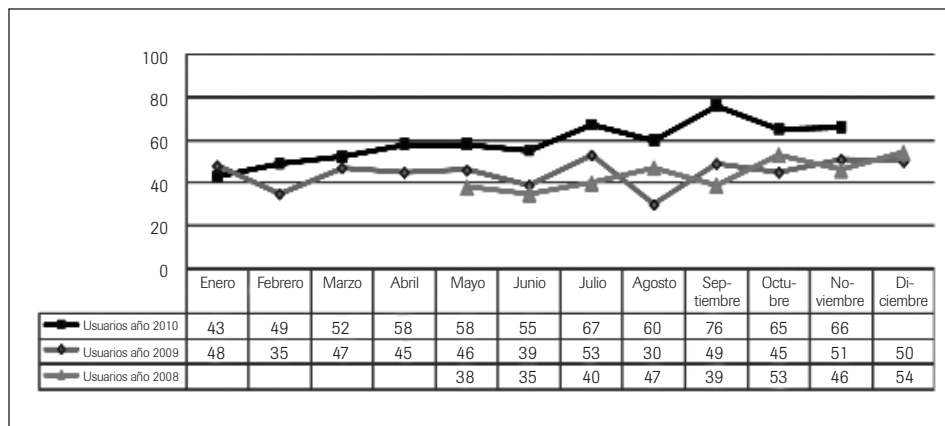


Figura 1. Evolución en el número de usuarios derivados por los servicios de emergencias (Comparativa entre los años 2008, 2009 y 2010. Datos absolutos).

Durante este tiempo se han detectado 474 personas en riesgo de aislamiento social (fig. 2), el 100% de las cuales han sido derivadas a la Dirección General de Mayores con objeto de continuar con su proceso de intervención.

Durante el año 2010, la actividad de este programa de emergencias ha continuado con el mismo procedimiento y en la misma línea de actividad. Sólo este año se han realizado 1.970 llamadas a usuarios y se han detectado 215 situaciones de posible riesgo de aislamiento (tabla 1 y fig. 3).

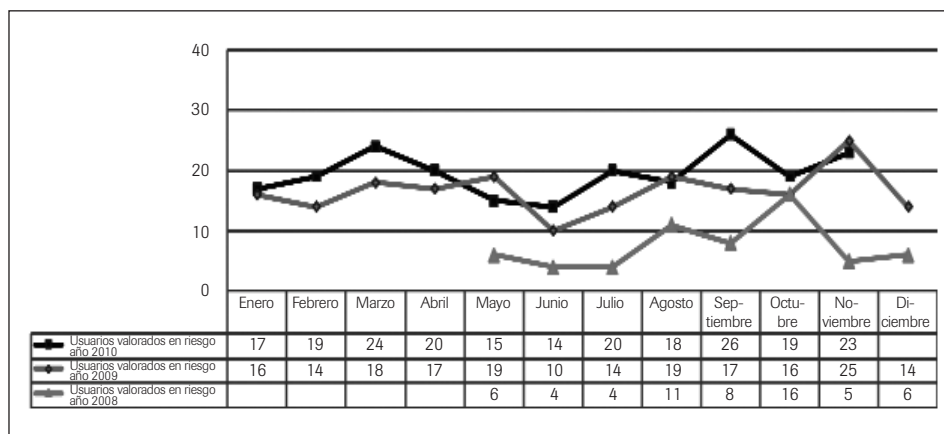


Figura 2. Evolución en el número de usuarios valorados en riesgo de aislamiento social (Comparativa entre los años 2008, 2009 y 2010. Datos absolutos).

Tabla 1. Resumen de la actividad 2010 (enero–noviembre)

N.º de personas	649
N.º de llamadas realizadas	1.970 (tres llamadas de media por usuario)
N.º de valoraciones de riesgo	215

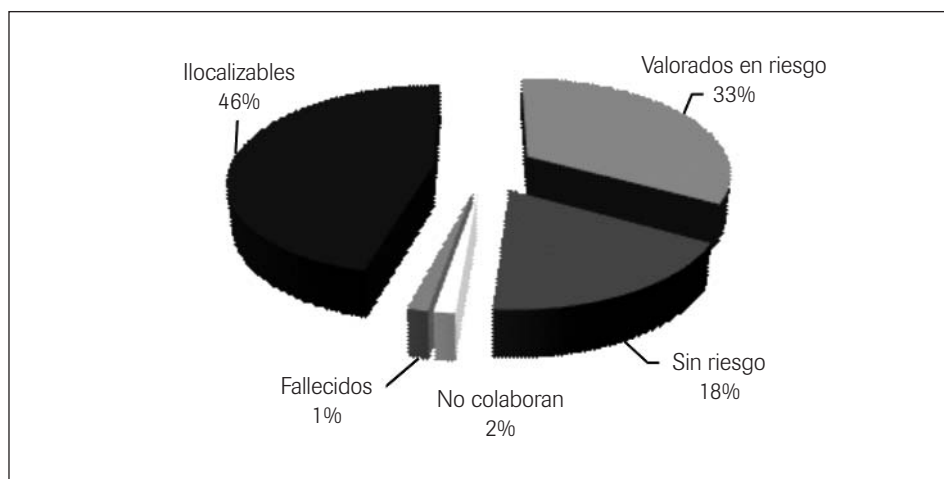


Figura 3. Resultado de la actividad en el año 2010.

Conclusiones

El servicio de información se ha consolidado como un instrumento capaz de detectar situaciones de riesgo social, así como de clasificar, atender y canalizar a personas de especial vulnerabilidad social. En el lado de sus salvedades se encuentra la imposibilidad de intervenir sobre casos no localizables telefónicamente, lo cual puede subsanarse a través del resto de agentes implicados en el proceso.

El procedimiento de trabajo se caracteriza por su dinamismo y periódica revisión, lo cual favorece la adaptación a los cambios u otras contingencias que afecten al circuito de atención. Creemos que esta redefinición del procedimiento y del propio servicio es fundamental, más aún en un entorno social y, en consiguiente, versátil.

Bibliografía

- Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Documentos técnicos (2007). *Aislamiento social de personas mayores en el municipio de Madrid: Aspectos preventivos y asistenciales*. Resumen de la Jornada celebrada en Madrid, el 11 de Diciembre 2007.
<http://www.ine.es>
- Lacida Baro, M. (2007). *Biblioteca Lascasas*, 3(2).
- Miralles, I. (2010). *Intervención psicológica en mayores vulnerables en situación de aislamiento social*. En Jornadas sobre salud mental y exclusión social en personas mayores. IMSERSO, Madrid.
- Santos-Olmo, A., Ausín B., Muñoz, M. y Serrano, P. (2008). Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de búsqueda activa. *Intervención Psicosocial*, 17(3), 307-319.
- Serrano, P. (2010). *Intervención en mayores aislados en Madrid*. En Jornadas sobre salud mental y exclusión social en personas mayores. IMSERSO, Madrid.

La formación del personal auxiliar en el servicio de ayuda a domicilio: elemento de intervención en el usuario y la familia

**E. González Antolín¹, S. Moure González¹, V. Morán Ridruejo¹,
M. López Torralba² y J.C. Sacedo Gómez³**

¹Profesionales Departamento de Psicología del Servicio de Ayuda a Domicilio de MAPFRE QUAVITAE. Madrid.

²Responsable del Servicio de Ayuda a Domicilio de MAPFRE QUAVITAE. Madrid.

³Técnico del Área de Desarrollo Servicios Centrales MAPFRE QUAVITAE. Madrid.

Introducción

El Departamento de Psicología es un servicio de nueva implantación (desde octubre de 2008) en el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), que gestiona MAPFRE QUAVITAE para el Ayuntamiento de Madrid. La evolución del perfil de los usuarios del SAD, y las múltiples y variadas necesidades que presentan, ha requerido la incorporación de nuevos perfiles profesionales al equipo de atención que trabajan de forma coordinada para aumentar la calidad de la atención (terapeutas ocupacionales, coordinadores, auxiliares, Departamento de Formación, psicólogos).

La aportación desde el Departamento de Psicología al objetivo general del SAD es:

- Mejorar la atención prestada al usuario, para que sea un recurso de apoyo directo a la persona mayor en situaciones problemáticas y aumente la capacidad de cuidado del familiar responsable y del personal de atención directa.

- Reducir la existencia de situaciones de conflicto en el domicilio a través de la detección precoz de los factores desencadenantes de riesgo.

Para la consecución de estos objetivos generales nos planteamos la necesidad de alcanzar los siguientes objetivos específicos:

- *Aumentar el nivel de información y de formación a familiares sobre aspectos conflictivos, relacionados con el cuidado del usuario reduciendo el nivel de estrés y carga que se deriva del cuidado.*
- *Dotar al personal auxiliar de estrategias y habilidades para el manejo de situaciones complejas.*
- *Capacitar al personal auxiliar en la detección de situaciones de riesgo.*

Usuarios beneficiarios

Las intervenciones del Departamento de Psicología se dirigen a las personas mayores que reciben las prestaciones del SAD, a sus familiares responsables y/o cuidadores y al personal auxiliar que realiza las tareas de cuidado asignadas en el domicilio del usuario. El total de casos atendidos por el departamento en los que se basa este estudio fue de 172.

Objetivos

- Describir el funcionamiento del Departamento de Psicología.
- Fundamentar la importancia de las acciones formativas específicas en los profesionales de los SAD a personas mayores, de manera destacada en la figura del auxiliar.

Metodología

Descripción del funcionamiento del Departamento de Psicología

Los casos objeto de intervención son derivados al Departamento de Psicología a través de dos canales: el SAD y servicios sociales. Los coordinadores, el personal auxiliar y los trabajadores sociales son los profesionales que detectan, en la mayoría de los casos, las necesidades de intervención psicológica en el usuario (fig. 1).

En el inicio de nuestra actividad, la fuente de derivación de casos era mayoritariamente el propio SAD. Queremos destacar que actualmente ambas fuentes de derivación se

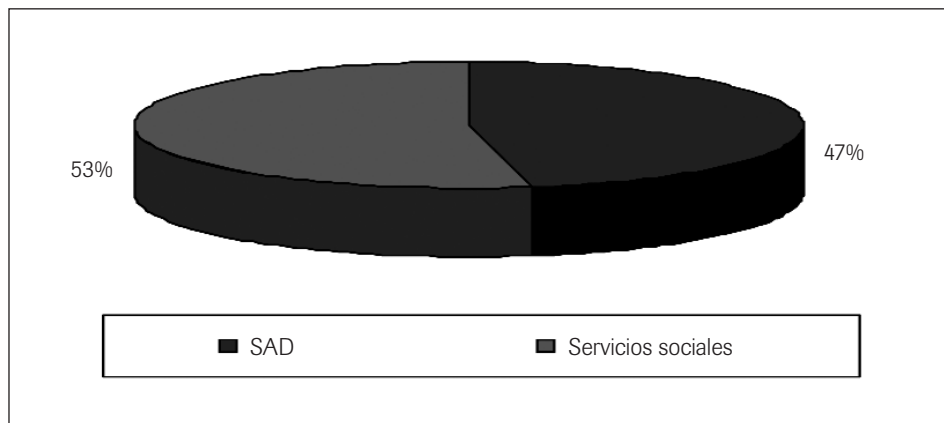


Figura 1. Porcentaje de derivaciones al Departamento de Psicología.

encuentran en cifras muy similares, y ha aumentado muy significativamente el número de solicitudes de intervención por parte de servicios sociales, lo que valoramos como indicador positivo del grado de coordinación establecido y del grado de implantación del Departamento de Psicología.

El motivo de derivación, por el que se solicita nuestra participación, es la existencia de depresión (en el 21% de usuarios mayores), problemas en las relaciones familiares, sobrecarga y duelo (el 11% en cada una de las categorías) y problemas en las relaciones con el personal auxiliar (9%).

Del total de intervenciones realizadas, el 91% se dirige a usuarios y familiares, sin implicar a auxiliares en ninguno de los casos, mientras que el 9% del total de las intervenciones implica a la figura del auxiliar, bien porque se requieran cambios concretos en su actuación profesional o por la necesidad de colaboración y/o mediación con el usuario.

Del total de casos cerrados, podemos afirmar que un alto porcentaje (59%) de los casos que son derivados al Departamento de Psicología del SAD consigue cumplir los objetivos planteados; en un 13% la causa del cierre del caso es la derivación a servicios sociales e ingreso del usuario en una residencia.

El trabajo coordinado y la existencia de objetivos comunes con todos los profesionales implicados en los casos nos permite obtener resultados satisfactorios en nuestras intervenciones.

Intervenciones a través de acciones formativas

El Departamento de Psicología cuenta con un programa formativo específicamente dirigido a auxiliares del servicio. Del total de horas impartidas en este período al personal de ayuda a domicilio, el 65% de las horas corresponde al colectivo de auxiliares (fig. 2).

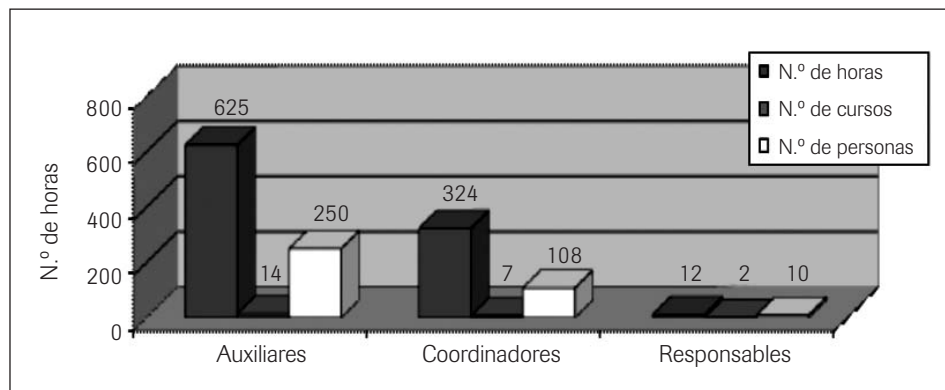


Figura 2. Formación por colectivos.

Resultados y conclusiones

La *formación* es una de las intervenciones más destacadas que se desarrollan desde el Departamento de Psicología del SAD. Desde aquí trabajamos en el diseño de una *programación continuada de acciones formativas* dirigida a los profesionales del servicio, especialmente a los profesionales de atención directa, una pieza clave en la calidad de la atención que recibe el usuario, y un elemento fundamental en el equipo de atención del SAD.

Entendemos la formación continua con el colectivo de auxiliares como una línea de intervención complementaria a la atención directa, ya que ésta repercute directamente en beneficio del usuario y su familia (y además permite llegar a un mayor número de personas).

Los profesionales que atienden a los usuarios en sus domicilios se enfrentan a menudo a situaciones complejas para cuya resolución y abordaje se requieren ciertas habilidades y estrategias. Por ello, el aumento de la cualificación de nuestro personal auxiliar y la capacitación en aspectos de observación, comunicación y manejo de conflictos

es fundamental, como elemento tanto de prevención y detección precoz de situaciones de riesgo o como elemento indirecto de intervención. Además, las acciones formativas tienen la capacidad de aumentar *conocimientos, mejorar habilidades y generar cambio en las actitudes* del profesional si nos adaptamos al perfil del profesional que recibe la formación y a las necesidades de atención del usuario.

Para alcanzar los objetivos planteados a través de las acciones formativas, utilizamos una metodología práctica, resolutive y dirigida a las necesidades detectadas. Por tanto, los contenidos versarán sobre aspectos relacionados con el perfil del auxiliar, y en concreto destacan los siguientes:

- *Capacidad de observación y detección de situaciones de riesgo.*
- *Resolución y prevención de situaciones problemáticas.*
- *Fomento de actitudes positivas.*
- *Principales errores de comunicación con el usuario y su familia.*
- *Habilidades ante situaciones concretas.*

La formación dirigida al personal auxiliar es una de nuestras herramientas básicas de trabajo, que nos permite realizar intervenciones en los domicilios optimizando y mejorando los recursos personales, favoreciendo la consecución de los objetivos planteados para el SAD.

Bibliografía

Tejada Fernández, J. (2009). Perfiles profesionales en la atención a personas dependientes: una mirada desde la formación. *Revista de Educación Inclusiva*, 2 (2).

Economía, autonomía y amor en la vejez: reflexiones sobre el ser y el no ser en esta etapa de la vida

I. Parro Fernández

Centro Sociocultural de Moratalaz.

Introducción

La comunicación que presentamos a las Jornadas sobre economía y mayores trata de ahondar de una manera más profunda y particular en el sentido de esta última etapa de la vida desde un punto de vista más humanizado y accesible, especialmente comprensible para quienes desde una vivencia personal en su trabajo o en su entorno ven y sienten a los mayores como tesoros de amor y de solidaridad en un mundo carente de todo tipo de afectos y de emociones.

Esta comunicación es un viaje iniciático por el alma de los ancianos y la comprensión desde dentro de su ser, de su hacer y de actuar en una sociedad que muchas veces ni quiere mirarles a los ojos.

Nos centraremos en tres aspectos que circundan la vida de los ancianos de una manera particular: la economía, la autonomía y el amor.

Se suele asociar a las personas mayores con las pensiones o con los viajes del IMSERSO, pero ésta es una visión parcial que no refleja realmente las enormes potencialidades que tienen los mayores.

Son muchos los ancianos que tienen una economía de subsistencia, y dedican más de la mitad de sus ingresos al pago de la vivienda, a la compra de alimentos o al transpor-

te. Es por esto que muchos de ellos realizan trabajos o actividades dentro de la economía sumergida para tener algún ingreso adicional.

Muchas familias tienen problemas para llegar a fin de mes (tres de cada diez hogares) y la mayor tasa de pobreza relativa corresponde a mayores de 65 años.

A pesar de ser muchos los ancianos dependientes, debemos reivindicar el papel activo que pueden desarrollar los ancianos en nuestra sociedad. Y el envejecimiento activo es muy importante porque mejora la calidad de vida, aumenta la autoestima y fomenta las relaciones sociales. Los ancianos no son sólo personas dependientes y enfermas. La vejez es ante todo, y sobre todo, amor y solidaridad. El voluntariado es el elemento canalizador de las posibilidades de participación social de los ancianos. El porcentaje de mayores de 65 años que practica el voluntariado es casi del 10%. Éste abre nuevas expectativas a muchas personas mayores. Son escuchados y canalizan de una forma orientada y concreta sus infinitas energías de bien y de amor.

La solidaridad puede ser para los mayores como el aceite que necesitan las lámparas de la mente y del alma para seguir funcionando y mantenerse vivas, tal y como indicaba el sabio Cicerón.

En un estudio sobre la imagen de los mayores y el envejecimiento se mencionaba, sobre todo, la dependencia y la soledad para calificar a los mayores: enfermos y solos. Es conveniente cambiar esta imagen de la vejez y reinterpretar el sentido y el significado del envejecimiento en nuestra sociedad, transmitiendo en todas las edades una nueva cultura de la vejez en la que los ancianos ocupen el lugar que se merecen como tesoros de amor y de humanidad y como custodios de la memoria pasada y presente.

El amor nos cambia, nos hace ser más amigos de todos, nos hace, en cierto sentido, más independientes. El amor es el valor de los valores para los ancianos. Sin amor los ancianos mueren o desaparecen.

La educación para el amor debe entrar en todos nuestros despachos, en todos los niveles y a todas las edades, pero sobre todo en nuestras decisiones. Muchos conocemos casos de personas que han revivido gracias al amor. No perderemos nunca practicando la solidaridad o dando amor a los demás. Los ancianos siempre necesitan amor para sus vidas.

Educando en el amor podremos solucionar muchas situaciones aparentemente irresolubles. Si nosotros mismos nos revestimos de amor y a la vez revestimos de ese amor a los ancianos, seguramente los problemas serán menos y puedan tener mejor o más fácil solución.

Objetivos

- Descubrir una realidad propia de los mayores, perteneciente a su ser y a su estar en la sociedad.
- Reivindicar el papel activo que pueden desarrollar los ancianos en muchos ámbitos de nuestra sociedad, incluido el económico.
- Mostrar aspectos y cuestiones sobre la vida de los mayores con el fin de redescubrir de una manera renovada a los ancianos.

Metodología

Utilización de un método cualitativo para, a través de las opiniones e ideas entresacadas de los distintos medios de recolección de la información, elaborar una serie de ideas y explicaciones sencillas, oportunas y adecuadas al contenido de las jornadas, que acerquen a los asistentes a las realidades de los mayores que debemos atender y que pueden ser útiles en el desempeño diario del trabajo con ancianos y sus familias.

Material

- Consulta bibliográfica, grupos de discusión, encuentros personales con profesionales de los servicios sociales y con personas relacionadas con el mundo de los mayores.
- Recopilación de materiales editados por entidades públicas y privadas.
- Experiencias propias con los mayores.

Resultados

Los ancianos nos piden más atención, más escucha, más motivación, más compromiso con ellos y con sus necesidades.

Debemos redescubrir el papel y el lugar de los ancianos en esta sociedad del siglo xxi.

Necesitamos reconsiderar la imagen social del anciano y dotarles de nuevos compromisos y de otras tareas; no debemos verles sólo como receptores de bienes y de servicios, sino también dignificarles y orientarles adecuadamente en su papel de productores.

Conclusiones

Debemos hacer hincapié en la importancia de una buena economía y una vida activa y con plena autonomía, mas no sólo una economía de tipo financiero, sino en una

buena economía de la vida que proporcione resultados positivos al final de todo el balance.

Hay que apostar por la autonomía en los ancianos, y es necesario reivindicar la dignidad de este gran colectivo y la apuesta por su inserción social con plenas garantías y derechos.

Bibliografía

De Beavoir, S. (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.

Dizy Menéndez, D., Fernández Moreno, M. y Ruiz Cañete, O. (2008). *Economía y personas mayores*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Instituto Nacional de Consumo. (2000). *La tercera edad y el consumo*. Madrid: Autor.

Parro Fernández, I. (2002). Sociedades ancianas, sociedades de las solidaridades. *Revista de Fomento Social*, (225): 115-132.

Santamarina, C., Marinas, M. (2009) Percepción en niños y adolescentes de las personas mayores. *Perfiles y Tendencias*, 38.

Actitudes hacia el proceso de envejecimiento: importancia de la participación en actividades educativas para el fomento del envejecimiento activo

M.L. Delgado Losada¹ y M.R. Belando Montoro²

¹Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos).
Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

²Departamento de Teoría e Historia de la Educación.
Facultad de Educación. Universidad Complutense de Madrid.

Introducción

En las últimas décadas del siglo xx y comienzos del siglo xxi la población mayor española ha experimentado un crecimiento exponencial. La tendencia hacia un creciente envejecimiento de la población cobra particular importancia por las repercusiones que presenta este fenómeno en los aspectos social y económico.

La vejez ha dejado de considerarse como una etapa de la vida caracterizada por la enfermedad, la improductividad y la dependencia. La sociedad debe apoyar una *cultura del envejecimiento activo y saludable* que favorezca la participación de las personas mayores en actividades que fomenten el ejercicio físico y mental, pues múltiples estudios ponen de manifiesto las repercusiones de este tipo de actividad en el logro de un envejecimiento con éxito.

En las investigaciones sobre sociología de la vejez se habla desde hace años de una nueva vejez (Bazo, 1992), refiriéndose a unos jubilados diferentes de los de generaciones anteriores, con mayores recursos, mayor nivel de motivación para mantenerse activos y participar en actividades educativas. Pero aún hoy en día siguen existiendo una serie de mitos y estereotipos hacia la vejez que es necesario que vayan modificándose, como sucede con la creencia que tienen las personas mayores, y la población en general, sobre el deterioro de la memoria en el envejecimiento.

Objetivos

En el presente trabajo nos planteamos dos objetivos. Por un lado, estudiar las actitudes hacia el proceso de envejecimiento que tienen tanto las personas mayores como los profesionales que trabajan con ellas. Y, por otro lado, conocer y analizar si la apreciación subjetiva sobre la propia memoria que tienen las personas mayores coincide con los resultados obtenidos en los tests objetivos, por ser ésta una de las quejas más frecuentes de las personas mayores y uno de los estereotipos más arraigados en la población general.

Metodología

Muestra

La muestra está compuesta por 55 personas, divididas en dos grupos, 29 personas mayores de 65 años y 26 profesionales que trabajan en contacto directo con las personas mayores (tabla 1).

Tabla 1. Descripción de las características demográficas de la muestra

	Personas mayores	Profesionales
Edad	X = 74,87 (65-84 años)	X = 38,95 (24-53 años)
Sexo		
Mujer	n = 19	n = 17
Hombre	n = 10	n = 9

Materiales

Los materiales utilizados fueron los siguientes:

- Cuestionario de estereotipos sobre la vejez (Montorio e Izal, 1991).
- Lista de adjetivos asociados a la vejez.
- Cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana (MFE, Sunderland, 1984).
- Test de memoria conductual de Rivermead-III (RBMT-III, Wilson et al., 2008).

Procedimiento

Todos los participantes en el estudio, personas mayores y profesionales, contestaron el cuestionario de estereotipos sobre la vejez y cumplimentaron la lista de adjetivos asociados a la vejez, mientras que al grupo de personas mayores sólo se les administró, en sesión individualizada, el cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana y el test de memoria conductual Rivermead-III.

Resultados

En el cuestionario de estereotipos sobre la vejez encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en los ítems 4 («Es casi imposible que las personas mayores puedan aprender cosas nuevas») y 5 («Las personas mayores ya han aprendido todo lo que tenían que aprender»), y fueron las propias personas mayores quienes confiaban menos en su capacidad de aprendizaje, en comparación con los profesionales que trabajan con ellos.

En general, en el cuestionario de estereotipos sobre la vejez encontramos que las personas mayores expresan una opinión negativa sobre el proceso de envejecimiento, influidos, tal vez, por los prejuicios existentes sobre la vejez, tales como: que ya no pueden aprender cosas nuevas, que es una época para descansar, etc. Frente a ello, los profesionales de la gerontología tienen una opinión menos basada en prejuicios.

Respecto a la lista de adjetivos, la imagen de la vejez que tienen las personas mayores es la de una persona sonriente, satisfecha, alegre, afectuosa, apreciada y activa. Sin embargo, los profesionales manifiestan que las personas mayores son egoístas, pasivas, débiles, inseguras y enfermas.

Por tanto, los resultados obtenidos con la lista de adjetivos nos indican que los mayores poseen una visión positiva sobre la vejez, mientras que los profesionales que trabajan en el ámbito de la geriatría y la gerontología tienen una visión notablemente más negativa.

Por otro lado, y como se puede observar en la tabla 2, las personas mayores obtienen puntuaciones elevadas en el MFE, lo que revela la presencia de un elevado nivel de quejas subjetivas de memoria, mientras que en el RBMT-III (Wilson et al., 2008), la puntuación total es alta, es decir, los mayores responden correctamente a las tareas que evalúan su memoria (recuerdo de nombres, una cita, objetos personales, una historia, recorridos, dibujos, caras, mensajes, etc.).

Tabla 2. Puntuaciones medias en los test de memoria

	Personas mayores
MFE	X = 21,19
RBMT-III	X = 134,71

Conclusiones

Una posible explicación de los resultados obtenidos en el cuestionario de estereotipos de la vejez (Montorio e Izal, 1991) y en el listado de adjetivos podría ser que al escoger adjetivos concretos de la lista se piensa en alguna persona mayor en particular, mientras que el cuestionario se relaciona con un concepto más amplio de la vejez y, además, la lista de adjetivos hace referencia a características o rasgos de personalidad y no a actitudes u opiniones.

Las personas mayores tienen un peor autoconcepto de su memoria que lo que revelan los tests de memoria objetivos. Por ello, tanto los profesionales como las diferentes administraciones y organizaciones que trabajan con personas mayores, así como la sociedad en su conjunto, debe apoyar una *cultura del envejecimiento activo y saludable*, que fomente la participación de las personas mayores en actividades educativas y mejoren su salud biopsicosocial.

Bibliografía

- Bazo, M.T. (1992). *La ancianidad del futuro*. Barcelona: SG Editores.
- Belando Montoro, M.R. (2000). *Educación y vejez social. Ámbitos y propuestas de intervención*. Barcelona: PPU.
- Belando Montoro, M.R. (2001). *Vejez física y psicológica. Una perspectiva para la educación permanente*. Cáceres: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Extremadura.

- Belando Montoro, M.R. (2007). El tiempo libre en la vejez. Relevancia de las actividades educativas en el marco de la sociedad del conocimiento y del aprendizaje permanente. En Cid, X.M. y Nunes, A. (Eds.) *Educación social, animación sociocultural y desarrollo comunitario*, (pp. 581-588). Universidad de Vigo (España), Universidad de Tras-os-Montes e Alto Douro (Portugal) y Sociedad Iberoamericana de Pedagogía Social.
- Delgado Losada, M.L. (2004). *Estudio de la eficacia de un programa de entrenamiento en estrategias para mejorar la memoria en personas mayores*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Delgado Losada, M.L. (2008). *Evaluación de los problemas de memoria cotidiana en personas mayores*. Adaptación española del Test de Memoria Rivermead-III. Recuperado el 28 de julio de 2011, de http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/idi119_07rivermead.pdf
- INE (2008). *Encuesta sobre la participación de la población adulta en las actividades de aprendizaje*. Madrid: INE.
- López Gil, J.A., Trinidad Trinidad, R., Delgado Losada, M.L. y Hacar Martínez, A. (1998). ¿Qué opinan las personas mayores sobre la vejez y su salud? *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34 (1):79-80.
- Megias Peaña, M.A. (2007). *El ocio y el tiempo libre que demandan los mayores*. Recuperado el 28 de julio de 2011, de <http://www.imsersomayores.csic.es/seniinv/quienesquien/proyectos/indice/proyecto-1489.html>
- Ministerio de Cultura (2007). *Encuesta de hábitos y prácticas culturales en España 2006-2007*. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio de Cultura.

