

7. Comunicaciones

7.1. Proyecto intergeneracional: R@P Tecnológico

Arroyo Arroyo, R. y Bermejo Gutiérrez, A.

Departamento de Servicios Sociales. Distrito de Centro.

Ayuntamiento de Madrid.

“Si uno avanza con seguridad en la dirección de los sueños y se empeña en vivir la vida que ha imaginado, se encontrará con un éxito inesperado en momentos cotidianos”

Henry David Thoreau

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN

Objetivos Generales

- Potenciar la participación de las personas mayores.
- Impulsar el dialogo con otras generaciones.
- Desarrollar la creatividad musical
- Fomentar la expresión de sentimientos y dificultades
- Propiciar el contacto intergeneracional para la mejora del desarrollo personal.

Objetivos específicos

- Evitar estereotipos sobre las personas mayores que tiene la población en general.
- Crear espacios para promover la comunicación intergeneracional.
- Dar la oportunidad de expresar la experiencia que tienen las personas mayores con las nuevas tecnologías.
- Potenciar la comunicación familiar para ampliar las redes de afecto familiares.

Metodología

Población destinataria

Personas mayores de los Centros Municipales de Mayores (CMM San Francisco y CMM Benito Martín Lozano).

Chicos y chicas del Instituto público de Educación Secundaria San Mateo.

Desarrollo

El proyecto se inicia promoviendo la participación de estas generaciones en tres **talleres**, utilizando o sirviéndonos de la diversión como instrumento: taller de creación musical, taller de baile y taller de fotografía.

Durante seis meses se trabajó la expresión artística de las personas mayores mediante ritmo de expresión juvenil. La música fue el primer canal de comunicación entre ambas generaciones.

Las personas mayores crean la letra de la canción, expresando las dificultades que encuentran en el manejo de las nuevas tecnologías.

Los chicos y chicas realizaron varias sesiones de coreografía en los dos CMM, enseñando y compartiendo los diferentes pasos de su baile. Estas sesiones eran abiertas a todas las personas mayores que quisieran participar. Acudieron más de 250, como veremos en el video clip.

Rodaje de exteriores

Desde el taller de fotografía las personas mayores se encargaron de realizar: foto fija, buscar los diferentes escenarios y de animar a todas las personas mayores a participar.

Destacamos que las personas mayores fueron las encargadas de plasmar, mediante la fotografía y la observación, los momentos de expresión de sentimientos que provocaba la relación entre los/las jóvenes y las personas mayores.

Presentación del video Clip

Este acto, tanto en el IES como en el Centro Cultural se llevó a cabo mediante una mesa de presentación, donde tanto las personas mayores como los chicos y chicas contaron su experiencia en la realización de este trabajo, el punto de vista de las personas mayores respecto a personas jóvenes, a su música. Y los chicos y chicas respecto a los y las mayores.

Con la presentación se consiguió:

- En el IES SAN MATEO
 1. Que se abriera el instituto a las personas mayores.
 2. Cambio de estereotipos relacionados con la edad.
 3. Que los chicos y chicas participantes (con dificultades sociales) fueran protagonistas en su propio entorno y ante su grupo de iguales.
- En el Centro Cultural Puerta de Toledo:
 1. Se hizo participe a las familias tanto de los chicos y chicas como de las personas mayores del trabajo realizado fortaleciendo la imagen de la persona mayor como participante activo.
 2. Se consiguió que verbalizaran sentimientos y emociones.

Resultados

- Entre las personas mayores y los chicos y chicas se produce un lazo de unión para realizar un trabajo en común (cooperación).
- Los participantes en la actividad mejoran sus lazos familiares al mostrar el trabajo realizado.
- La expresión de sentimientos se manifiesta en todos los lugares donde el grupo ha expuesto su experiencia. (interacción e intercambio).
- El video clip esta colgado en la pagina 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 intergeneracional provocó y sigue provocando:

- Cambio de estereotipos relacionados con la edad, envejecimiento como desarrollo de una vida activa.
- El dialogo intergeneracional.



Bibliografía

- Sánchez Martínez, M), y otros autores. Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades. Colección estudios sociales núm. 23. Fundación “la Caixa”, 2007.
- Naciones Unidas. Informe de la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Documento con el texto completo de la Declaración Política y del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002.
- “El lenguaje de las relaciones en las practicas intergeneracionales”. Documento técnico de la Red intergeneracional. nº 3.
- “Evaluar las relaciones intergeneracionales (I). Documento Técnico de la Red Intergeneracional nº 4.

7.2. El Voluntariado como instrumento para la promoción de la autonomía de las personas mayores solas

*Villegas Begiristáin, M. Fundación Amigos de los Mayores.
Aranda Jaquotot, M. Demométrica.*

A lo largo del año 2008 la Fundación Amigos de los Mayores, apoyados en una investigación I+D del IMSERSO, ha desarrollado el estudio sobre Jaquotot.

Los **objetivos** de esta investigación han sido fundamentalmente tres:

- En primer lugar, evaluar el trabajo desarrollado por la Fundación, es decir, hacer un alto en el camino y observar si el trabajo hecho hasta ahora ha cumplido con los objetivos de la fundación: acompañar y paliar la soledad de las personas mayores solas.
- En segundo lugar, observar y analizar las tendencias en el ámbito de la soledad entre las personas mayores, sus vivencias actuales y sus expectativas de cara al futuro.
- En tercer lugar, averiguar las reticencias y frenos que existen entre personas voluntarias que trabajan en otros ámbitos y con otros colectivos de personas frágiles, para no hacerlo con las personas mayores solas.

El trabajo se ha realizando aplicando una **metodología** de investigación social cualitativa, mediante entrevistas con profundidad y grupos focales, y desde dos colectivos sociales implicados en el objeto de la investigación: las personas mayores solas atendidas por la Fundación, las personas mayores que viven solas pero en la actualidad no necesitan ser atendidas; los voluntarios que colaboran activamente con la Fundación y aquellos que no trabajan con personas mayores.

Las **principales conclusiones** a las que se ha llegado desde este trabajo sociológico son que, en general, el voluntariado con personas mayores es un trabajo que no goza de los mismos atributos y valoración sociales que el desarrollado con otros colectivos frágiles: unos son más creativos, activos y estimulantes, frente a éste que es triste, apagado, inactivo, poco interesante y carente de emociones fuertes. Unos simbolizan cierto “éxito social” en el mundo del voluntariado y “vende”, el de los mayores “no vende”, porque las imágenes sociales del mundo de las personas mayores no tienen ni la fuerza ni el tractivo de otros colectivos.

Sin embargo y al mismo tiempo, cuando se reflexiona sobre la vejez, los voluntarios aprecian, desde lo social, ciertos atractivos como por ejemplo: la evocación positiva del pasado, la capacidad de visión y análisis del presente desde la experiencia, de agradecimiento en detalles muy mínimos, el sentimiento comunitario de colaboración y ayuda mutua (sobre todo en entornos rurales y vecinales), o la facilidad de integración en su vida de valores modernos tales como el cuidado del cuerpo y de la salud, la valoración del ocio, la predisposición para tener ilusión y planes de presente y futuro...; todo ello contrasta con la negatividad que transmite el deterioro físico (incluso relacionado con la higiene personal y del entorno, la casa), o los rasgos de carácter victimista que se acentúan en esta etapa vital y que generan rechazo: la intolerancia, la prepotencia y el egoísmo.

Desde esta visión dual del mundo de las personas mayores, los voluntarios afirman que su alejamiento de este mundo, se debe a la visión devaluada de este universo simbólico que lo "invisibiliza"; pero también se debe a la percepción de diferencias entre el mundo de los mayores y otros mundos en los que desarrollar su labor de voluntarios, por ejemplo el de los niños, como opuestos simbólicos, que hacen de aquel un mundo inactivo, aburrido, triste o problemático, frente al segundo activo, divertido, alegre o frágil. Hay otras razones de índole estratégica, como es la ausencia de experiencias familiares con mayores, o el que no se haya presentado la oportunidad de entrar en contacto con las organizaciones que tienen a los mayores como objetivo, o el miedo a que el trabajo voluntario con mayores conlleve asociados cuidados físicos no deseados. Además hay una imagen / realidad que se impone fuertemente y es la "limitación en el tiempo", porque la vida de una persona mayor está avocada a la muerte, y la muerte simboliza, en última instancia, final y fracaso.

Sin embargo no todo son sombras, porque una vez que se conoce y experimenta el trabajo voluntario con mayores, las cotas de satisfacción son similares a las experimentadas con otros colectivos socialmente más atractivos, entre otras razones por la gran capacidad de conciencia, valoración, reconocimiento y agradecimiento de los mayores a cualquier trabajo desarrollado con ellos.

En cuanto a la **valoración del trabajo de la Fundación** es absolutamente positiva, tanto desde los mayores que son atendidos como desde los voluntarios que desarrollan el trabajo. La actividad que está realmente extendida y en la que están involucrados la mayoría de los mayores es el acompañamiento semanal en el hogar por un voluntario.

Los beneficios que aporta la Fundación a los mayores, además de los que son obviamente tangibles, basculan sobre dos ejes esenciales: el valor de la relación personal que se establece entre persona mayor – voluntario, porque resulta un aliciente de primer orden para la persona mayor; y el valor de la participación en otro tipo de actividades organizadas por la Fundación, porque resulta una auténtica "reinserción" social para la persona mayor sola.

La mayor satisfacción de las personas mayores con la Fundación se personifica y concreta en el voluntario que les acompaña, porque representa “la cara y los ojos” de Amigos de los Mayores; el voluntariado es la piedra angular del trabajo de la Fundación, y desde donde surge la vinculación afectiva que se produce entre los voluntarios y los mayores, y que se organiza en torno a su actitud receptiva y comprensiva, vinculación que crece en la misma medida que el cariño, la cercanía y la empatía.

El hecho de estar acompañados y el cambio de actitud ante la soledad que van experimentando, junto a las motivaciones que desde ahí van surgiendo, como por ejemplo para participar en otras actividades, para salir de casa, para recuperar aficiones..., etc., son las distintas vertientes de la satisfacción que experimentan.

Desde este sentimiento de satisfacción, las expectativas que se generan cuando comienza la relación persona mayor – Fundación se cumplen con creces: la diversidad de actividades, la calidez humana de los voluntarios, la compañía, el respeto en el trato, junto a la calidad de la organización de la Fundación son aspectos que contribuyen a ello.

No obstante algunas dificultades existen, y lo son en tanto en cuanto resultan elementos que disturban la relación voluntario – persona mayor: barreras de edad, diferencias importantes de mundos y/o de caracteres que pueden derivar en dificultades para encontrar puntos de encuentro; por ello, es una labor importante para Amigos de los Mayores estudiar y valorar que existan las mínimas barreras de este tipo entre los voluntarios y la persona mayor a la que atienden.

Las personas mayores contribuyen con algunas sugerencias, a dar ideas para mejorar lo ya valorado como muy satisfactorio: intensificar y multiplicar las actividades (salidas, paseos, viajes...) para mitigar más la soledad, y mejorar sus carencias de relaciones sociales; buscar soluciones a las carencias que se producen en el periodo vacacional (carencias de acompañamiento y de actividades); estudiar mejor las afinidades persona mayor – voluntario para que el acompañamiento y las relaciones personales entre ambos se establezcan más armónicamente; y establecer mecanismos para que las relaciones sociales de amistad que surgen de las actividades organizadas por Amigos de los Mayores, tengan posibilidades de desarrollarse y ampliarse.

Desde la realidad social de la que parte Amigos de los Mayores para la atención a este colectivo frágil, personas que sufren soledad y dolor por sentirse casi invisibles para su propia familia como consecuencia de circunstancias socio-personales, los resultados del trabajo desarrollado, en opinión de las personas mayores atendidas y debido a su experiencia personal, pone de manifiesto su contribución positiva fundamentalmente en tres aspectos:

- En la superación de los momentos más difíciles de crisis personales, con el fortalecimiento de debilidades y de la autoestima, y con más fuerza para la superación y transformación de los malos momentos.

7. Comunicaciones

- En el reconocimiento del más que buen trato recibido: respeto, cariño y atención, ser escuchados y valorados como interlocutores.
- Y en el cambio de actitud y predisposición a la participación en actividades de ocio, socio-culturales.

Los **voluntarios** que trabajan con Amigos de los mayores presentan un perfil de personas de edad media con un nivel de estudios medio alto y alto, y un buen estatus socioeconómico; asumen su actividad de voluntarios desde un compromiso personal como una tarea ética; son en general personas muy activas, abiertas a experiencias sociales y humanas enriquecedoras, y con un enfoque muy particular hacia las personas desfavorecidas y frágiles. Las circunstancias desde las que se desencadena su actividad de voluntariado son de diversa índole, pero tiene especial relevancia la experiencia de convivencia con personas mayores en la familia. Entran en contacto habitualmente con Amigos de los Mayores a través de Internet.

Lo que los voluntarios valoran muy positivamente de su trabajo, es tanto la construcción y desarrollo de una red de relaciones humanas, como el hecho realizar una actividad que consideran, por encima de cualquier otra consideración, muy positiva y alentadora para la persona mayor que los necesita.

Pero además dan gran valor al mundo de posibilidades que se abre con la entrada en contacto con el mundo de las personas mayores: lleno de experiencias, de sabiduría, de saber hacer y de maneras inteligentes de vivir la vida y el presente; pero también valoran positiva y significativamente el hecho de realizar una actividad "orientada a otros", como una forma activa de crecimiento personal.

Desde este prisma, las expectativas que los voluntarios ponen en su trabajo y colaboración con Amigos de los Mayores no sólo se ven satisfechas con creces, sino que habitualmente se colman de asombro cuando experimentan que "reciben más de lo que dan": se les devuelve en forma de emociones de índole afectivo, sensaciones de bienestar y satisfacción.

La **principal conclusión** a las que nos conduce este trabajo, es el sentido tremendamente positivo que tiene la existencia de organizaciones como Amigos de los Mayores, y la constatación de que cada vez van a tener un papel más importante como nexo entre las personas mayores que experimentan sentimientos de soledad, y las personas voluntarias que quieren dedicar parte de su tiempo a acompañarles.

Las personas mayores dan una gran importancia al mantenerse activos y realizar actividades con otras personas, generando nuevas redes sociales. Por ello, Amigos de los Mayores deberá continuar su trabajo centrado en favorecer que este activismo se siga manteniendo en las personas mayores más frágiles y dependientes, haciendo posible el mantenimiento de su mismo nivel de ocupación.

Para fomentar el trabajo voluntario con personas mayores, y desde una organización del tipo de la Fundación Amigos de los Mayores, habrá que trabajar el ámbito de la comunicación, en el mundo del voluntariado pero también en el resto de la sociedad, y desde varios frentes:

- En ofrecer garantías suficientes para disipar el miedo de los voluntarios a lo que produce rechazo, asegurando que las cuestiones de atención y cuidado físico están atendidas adecuadamente y no son objeto de su trabajo.
- En hacer visible el mundo de las personas mayores, para que sea público y conocido, y más en concreto el de las personas mayores solas, dando a conocer los canales y las formas mediante las que se puede colaborar en él.

7.3. Guía de fomento de hábitos saludables: apostar por la calidad de vida, aportar desde la experiencia

Sacedo Gómez, J. y Campos Dompredo, J.R.

Equipo profesionales Área Comercial y Área de Desarrollo.

Mapfre Quavitaе.

Introducción

La esperanza de vida en nuestro entorno se esta alargando considerablemente. Vivimos más y en mejores condiciones gracias a los avances médicos, avances en investigación, y gracias a haber alcanzado un bienestar social y económico que ha permitido el acceso a bienes y servicios. Sin embargo, aunque hemos ganado años a la vida, nuestro gran reto sigue siendo dotar a estos años de autonomía y calidad de vida, es decir, no sólo vivir más, sino vivirlos en la mejor de las condiciones.

Durante los últimos años destaca el número de publicaciones que desde los distintos ámbitos profesionales que trabajan en el estudio del envejecimiento vienen concluyendo al respecto del papel activo que cada uno de nosotros desarrollamos en nuestro propio proceso de envejecimiento, en cómo cada uno de nosotros nos convertimos en autores y actores de éste, y en cómo las actitudes y conductas que decidimos poner en marcha nos previenen o predisponen a sufrir determinadas consecuencias. Conocer qué factores nos previenen de una mala salud, cuáles son los riesgos derivados de practicar determinadas conductas, y qué hábitos le resultan saludables a nuestro organismo son los "grandes trucos" para envejecer saludablemente.

Nunca es tarde para envejecer con salud y calidad de vida, para modificar el curso de nuestro envejecimiento, introduciendo hábitos saludables que nos permitan seguir cumpliendo años evitando la aparición de enfermedades. Desde esta convicción MAPFRE Quavitaе ha trabajado en el diseño de una Campaña de Fomento de Hábitos saludables para personas mayores, siendo uno de los objetivos del presente año 2009 el diseño y difusión de una Guía del mismo título con la que buscamos favorecer la puesta en marcha de hábitos que favorezcan el mejor estado de salud y calidad de vida de las personas mayores, objetivo principal de esta Campaña.

La Salud y el Envejecimiento Saludable y Activo

El envejecimiento es hoy un triunfo: hemos alcanzado cotas de esperanza de vida hasta hoy no conocidas, hemos evolucionado hasta contar con destacados beneficios socioeconómicos, han crecido en calidad y número los Servicios y Recursos destinados a la atención a las personas mayores, contamos con nuevas tecnologías de apoyo ... Pero este "triunfo" sin duda conlleva importantes desafíos, por citar algunos por ejemplo, la necesidad de dar respuesta a nuevas exigencias económicas y sociales (sostenibilidad del sistema de provisión de pensiones, necesidad de ofrecer respuestas a los cambios en las estructuras familiares ante los cambios en las redes de cuidado informal que están cambiando por la incorporación de la mujer al mercado laboral...), o nuevas exigencias desde el ámbito sanitario, ante la concentración de enfermedades en últimas etapas de la vida.

Desde la concepción de la Salud tal y como se define por la Organización Mundial de la Salud, el **envejecimiento activo** es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. El envejecimiento es un fenómeno que depende tanto de factores individuales y personales como de factores sociales; envejecemos de distinto modo en función de cómo se presenten e influyan en nuestro ciclo vital factores más individuales, como nuestra carga genética, los patrones de afrontamiento y capacidad de adaptación, la práctica de hábitos más saludables, o factores más sociales, tales como el acceso a la educación, el nivel económico adquirido, las condiciones de vivienda y sociales en las que nos desenvolvemos (Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y Tendencias: "Salud y envejecimiento un documento para el debate", nov. 2001).



Atendiendo a estos factores, y a la definición de **envejecimiento activo** podemos definir éste como el envejecimiento "saludable" más allá de la salud física, más allá de la ausencia de enfermedades, envejecer saludablemente es seguir participando activamente en la socie-

dad, atender no sólo al bienestar físico sino también psicológico y emocional, espiritual, cultural, colaborando y participando en y con el ámbito comunitario, fomentando la autonomía en la toma de decisiones, para lo que el modo en que estos factores se presentan será decisivo. Por tanto, la posibilidad de acabar en una situación de mayor dependencia en las últimas etapas de nuestra vida va a depender tanto de las oportunidades que se nos hayan presentado, como de los hábitos de comportamiento que hayamos desarrollado, así como de la presencia de enfermedades y accidentes que hayamos podido sufrir. Ante el análisis de la realidad de los factores influyentes en los procesos de envejecimiento, se hace necesario trabajar en el desarrollo de acciones que nos ayuden a reducir la incidencia de factores de riesgo relacionados con las principales enfermedades, favoreciendo que las personas mayores se mantengan funcionalmente autónomas el mayor tiempo posible, acciones que favorezcan la formación y conocimiento de hábitos protectores de la salud a lo largo de todo el ciclo vital, acciones que proporcionen oportunidades accesibles y adecuadas a la población mayor, que favorezcan la participación de las propias personas mayores y potencien la visibilidad de sus aportaciones eliminando estereotipos.

Ante esta necesidad, y ante la evidencia de que practicar hábitos saludables mejora el estado de salud, la autonomía, el estado de ánimo, la propia imagen, el descanso y el sueño en definitiva la calidad de vida, hemos trabajado en MAPFRE QUAVITAE en el diseño de una Guía para favorecer la difusión y práctica de hábitos saludables.

Objetivos de la Guía de Fomento de Hábitos Saludables

Con el diseño y difusión de la Guía de Fomento de Hábitos saludables, MAPFRE Quavitae persigue alcanzar, entre otros, los siguientes objetivos:

- Sensibilizar a la población de personas mayores sobre la necesidad de mantener hábitos de vida saludables.
- Favorecer el cambio en comportamientos y actitudes facilitando mensajes, habilidades y conocimientos que garanticen un mejor estado de salud y calidad de vida, que eviten la aparición de complicaciones y enfermedades.
- Potenciar el autocuidado como parte importante de un envejecimiento saludable.
- Implicar no sólo a las personas mayores en la promoción de los cambios necesarios para mantener unos hábitos saludables, sino también al resto de personas que con ellas se relacionan.
- Fomentar la visibilidad y participación de las personas mayores en la sociedad.
- Colaborar con las Administraciones e Instituciones en la divulgación de hábitos saludables para favorecer un envejecimiento saludable.

Enfoque metodológico: Principios básicos en el diseño de la Guía

La Guía ha sido diseñada atendiendo a unos principios básicos, encontrándose entre estos el empleo de un lenguaje de fácil comprensión, libre de tecnicismos, un lenguaje que busca además ser cercano y motivante para el cambio, que intenta contar con un tono motivador con el objetivo de trasladar mensajes que favorezcan la incorporación de los hábitos saludables que se explican.

La Guía está dividida en **6 grandes bloques temáticos**: *Cuidados físicos, corporales y de Alimentación, Ejercicio físico, Actividad mental, Prevención de accidentes y caídas, Protegerse del frío y el calor, y Disfrutar de los demás y disfrutarse*, para acabar con un apartado que resume las **Recomendaciones generales** para la práctica de hábitos, y un último bloque, **“No serás de los de yo ya no...”**[®] (1) que busca “enfrentar” a las personas mayores con los prejuicios y estereotipos que puedan tener con respecto a la práctica de nuevas actividades, y así fomentar su práctica eliminando “barreras”.

En la exposición de los mensajes en los distintos bloques hemos buscado establecer una estructura que favoreciera la comprensión de estos, así los mensajes se organizan “por pasos” para facilitar guiar la puesta en marcha de los hábitos y prácticas saludables que se proponen: **“¿Por qué debo comenzar?”**, **“¿Cómo puedo empezar?”** y **“Debemos practicar-Debemos evitar”**.

Todos los bloques temáticos cuentan a lo largo de las explicaciones con ejemplos de actividades que no sólo son “saludables” sino que buscan ser cercanas a la realidad de las personas mayores, **divertidas, motivantes, y nada costosas**, no sólo en tiempo, sino en dinero y en el esfuerzo que requiere su puesta en marcha, pues muchas de ellas ya están incorporadas en el día a día de las personas mayores, sólo hay que procurar potenciar su práctica, siempre desde la prudencia y desde el conocimiento de nuestra situación de partida, para lo que sugerimos se consulte con los profesionales.

La Guía no sólo expone las ventajas y el modo de practicar Hábitos saludables, sino que también cuenta con otros **contenidos transversales** de gran importancia: en el desarrollo de los distintos contenidos buscamos reflejar **una imagen positiva del Envejecimiento, de la aportación de las personas mayores a la sociedad, del valor de la experiencia acumulada, buscamos favorecer una percepción positiva de esta etapa de la vida, una etapa en la que “poder empezar”, en la que seguir aprendiendo.**

Recursos de divulgación

La Guía de Fomento de Hábitos Saludables de MAPFRE Quavitaie forma parte de una Campaña más ambiciosa; para lograr los objetivos planteados la Guía se apoya en un gran tablero que se configura como un juego interactivo mediante el cual a modo de preguntas y respuestas las personas mayores conocen qué prácticas son las más saludables, y

cuáles deben evitar, un juego interactivo que estamos poniendo en marcha en Centros Municipales de Mayores, Centros de Día, Residencias ... Además, en lo que se refiere a la difusión de este documento entre los profesionales, en distintos puntos de la geografía española estamos presentando la Guía con Jornadas Técnicas para profesionales, donde profesionales del ámbito de la geriatría y la gerontología, y técnicos y profesionales de la Administración responsables de la organización y desarrollo de estos programas en el ámbito comunitario, nos acompañan trasladándonos sus aportaciones y experiencias.

Resultados y Conclusiones

Es necesario desarrollar acciones que favorezcan que las personas mayores se mantengan funcionalmente autónomas el mayor tiempo posible, favoreciendo el bienestar y calidad de vida de las personas mayores y sus familias para las que trabajamos. Los profesionales que nos desarrollamos en este ámbito “*estamos obligados*” a devolver nuestro conocimiento y experiencia, a colaborar en que la atención y cuidados destinados a las personas mayores mejoren su calidad de vida.

Desde la experiencia de más de 18 años de gestión de Servicios para la atención a personas mayores y personas en situación de dependencia, MAPFRE Quavita apuesta por seguir trabajando en acciones de este tipo que redunden en una mejora en la calidad de vida de las personas a las que atendemos.

Bibliografía

- (1) “Vivir con Vitalidad”. Fernández-BR. Pirámide. 2002.
- Obra Social Caja Madrid-SEGG. “Saber envejecer. Prevenir la dependencia”.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. “Iª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España: Prevención de la dependencia en las personas mayores”. SEMYC.
- Fernández-BR. Envejecimiento activo: contribuciones de la Psicología Pirámide 2009.

7.4. Buenas prácticas en los Centros Municipales de Mayores

*Masegosa Codesal, N. y Villanueva Romero, V.
Trabajadoras Sociales del Programa de Mayores.
Distrito de Puente de Vallecas.
Ayuntamiento de Madrid*

Introducción

Esta ponencia trata de identificar a los Centros Municipales de Mayores, como uno de los agentes claves en el fomento de la Autonomía Personal de las Personas Mayores.

Los Centros de Mayores son:

Equipamientos de SS dirigidos a estimular y promover todo tipo de actividades socioculturales, ocupacionales, artísticas y recreativas, fomentando la CONVIVENCIA Y PARTICIPACIÓN de las personas mayores.

En nuestro distrito: contamos con 7 centros de mayores: 30.247 mayores del distrito son socios de estos centros.

- RELACIÓN DE TALLERES QUE SE ESTÁN REALIZANDO EN LOS CENTROS: alfabetización y cultura general, tercera dimensión, macramé, marquetería, castañuelas, sevillanas, pintura en tela, tai-chi, informática, acuarela, disfrutar el arte, costura, bolillos, estaño y arena, esmalte al fuego, inglés, taracea, el patio, ganchillo, prensa, sevillanas, relajación, pintura al óleo, encuentro, bailes de salón, maicena, manos hábiles, muñequería, costura, tercera dimensión, teatro, corte y confección, pachwork, bricolaje, electricidad, encuadernación, rondalla, lámparas tiffany, taller de miga de pan.
- NUESTRO EQUIPO DE TRABAJO: se centra en asegurar el buen funcionamiento de los 7 centros; haciendo de éstos un espacio convivencia y relación para los socios en el que se puedan seguir desarrollando como parte activa de su comunidad.

Metodología

Utilizamos Buenas Prácticas entre las que se encuentran:

7. Comunicaciones

1. DISTRIBUCIÓN DE CENTROS. El objetivo es una mayor operatividad, eficacia y presencia y las mejoras son una mayor rapidez en la respuesta a necesidades, así como cercanía y proximidad a Juntas Directivas (JD), monitores y resto de socios.
2. CALENDARIZACIÓN DE VISITAS A LOS CENTROS. Ha facilitado:
 - La programación de nuestro trabajo.
 - Asegurar nuestra presencia en los centros.
 - Que JD, monitores y socios se sientan atendidos y reforzados en su trabajo diario.
3. ROTACIÓN EN LA CELEBRACIÓN DE REUNIONES CON JUNTAS DIRECTIVAS con el objetivo de que todas las Juntas Directivas conozcan el resto de los centros del distrito.
4. ACOGIDA DE NUEVOS SOCIOS.

El contenido de la sesión se basa en información general sobre los servicios que pueden encontrar en el centro y en el distrito.

- Además de un objetivo puramente informativo estas sesiones proporcionan al mayor un sentimiento de acogida por parte de su nuevo centro.

5. NUEVOS TALLERES Y ACTIVIDADES.

Supone estar abiertos a nuevas ideas y experiencias para responder ante las necesidades y demandas de los socios. De esta forma se mejora y actualiza lo que ofrecemos a los mayores.

Ejemplos de Talleres y actividades más novedosos:

- a) Taller de disfrutar el arte .
- b) Charlas sobre pensamiento positivo.
- d) Nuevas tecnologías.
- e) Menú económico y saludable.
- f) Miércoles de cine.
- g) Videoforum.

6. COORDINACIÓN CON OTROS AGENTES SOCIALES lo que supone un aprovechamiento de todos los recursos y servicios de la comunidad que contribuyan al objetivo de aumentar la calidad de vida de los mayores desde un ámbito lúdico y participativo.

– Algunos ejemplos:

- a) *Talleres de Educación para la Salud para mayores impartidas por CMS.* Su fin : el envejecimiento saludable.
- b) *Seguridad en el Hogar y en la calle - Bomberos.*
- c) *Concienciación Vial a personas mayores impartidas por Policia Municipal.*
- d) *Charlas Medioambiente: Reciclaje y ahorro de energía.*
- e) *Programa de Ejercicio al Aire Libre.*
- f) *Charlas en Colaboración con las Agentes de Igualdad del distrito.*
- g) *Actividades Interculturales.*
- h) *Actividades Intergeneracionales.*

7. FOMENTO DEL VOLUNTARIADO:

En el distrito están funcionando un gran número de talleres (aprox. 121) para mayores; todos sus monitores son voluntarios (y casi la totalidad son mayores). Día a día, les ofrecemos apoyo y refuerzo. Para ello, trabajamos en tres frentes:

- a. Asegurando el buen funcionamiento de los talleres y por tanto la buena atención a los socios, fomentando su participación.
- b. Propiciando que el monitor se constituya en un agente activo en su comunidad a través del refuerzo de su autoestima y el desarrollo de sus potencialidades.
- c. Contribuyendo a que el grupo pase a convertirse, no sólo en una herramienta de aprender y pasar el tiempo libre, sino también, y es lo más importante, como un espacio socializador en el que se creen y fortalezcan redes de apoyo. De esta forma se convierte en una factor de protección frente a situaciones de aislamiento, soledad y deterioro personal.

7. Comunicaciones

8. DIA DE ATENCIÓN A TODOS LOS SOCIOS:

Dado que nuestro trabajo nos exige movilidad continua por los centros, hemos fijado un día y hora para canalizar las peticiones, sugerencias y reclamaciones que van surgiendo diariamente.

9. PROCESO DE INSCRIPCIÓN A TALLERES.

El procedimiento se ha cambiado recientemente. Ha producido efectos positivos en los socios y en nuestro trabajo:

- los socios no tienen que soportar largas esperas y ven un proceso transparente.
- Las animadoras pueden gestionar las solicitudes de forma más ágil y rápida.

10. REUNIONES DE EQUIPO:

Se celebran todos los martes con el objetivo de poner en común líneas de actuación y presentar problemáticas que puedan surgir en cada uno de los 7 centros.

En ellas se planifican futuras actuaciones y se reparten las tareas.

Asimismo se dedica un tiempo a evaluar distintas intervenciones ya realizadas.

Se elabora un acta que sirve a la vez como registro de fallos y aciertos para futuras intervenciones.

11. ACTUALIZACIÓN CONSTANTE PARA MEJORAR LA PROGRAMACIÓN

12. PONER EN PRÁCTICA EMPATÍA, ASERTIVIDAD..

Algo tan sencillo como recibir con una sonrisa, comprender los sentimientos del mayor y facilitar su expresión, hacerle sentir cómodo, adaptar nuestra forma de comunicación a cada momento y persona; ofrecerle un espacio cómodo en el que se sienta escuchado y libre para expresarse.

13- PERSPECTIVA AMPLIA DE LAS NECESIDADES DE LA PERSONA:

Nuestro ámbito de trabajo se centra en el ocio tiempo libre de las personas mayores. Se trata de un espacio propicio en el que detectar situaciones de riesgo y necesidad que quizá requieran la intervención desde otro ámbito como puede ser servicios sociales.

Conclusiones

Todas nuestras intervenciones y actividades programadas tienen como fin último dotar al mayor de las herramientas necesarias para convertirse en protagonista de su propio bienestar físico, psíquico y social; y por tanto disfrutar de un alto grado de autonomía personal. Con esto pretendemos contribuir a que los Mayores que acuden a los centros de nuestro distrito vean mejorada su calidad de vida y por tanto se sientan más felices.

7.5. Apartamentos Municipales Jerte: ejemplo de participación activa de las personas mayores

*Guzmán Aranguéz, L.; Igualada Aguilar, C. y Burdallo Martínez, S.
Eulen. Socio Sanitario.*

Introducción

La atención a las personas mayores es uno de los hitos en la atención social. La evolución en nuestras políticas de atención sociosanitaria ha logrado no sólo aumentar la esperanza de vida, sino también aumentar el número de personas que viven durante más años de forma autónoma.

Por ello, a través de estos recursos sociales se potencia un modelo de bienestar que fomenta la independencia entre nuestros mayores. Se parte por tanto de una concepción donde la vejez es una fase de la vida llena de oportunidades por lo que se hace especial hincapié en la creación de políticas de integración que abren espacios participativos y favorecen el envejecimiento activo de la población.

En este contexto, los apartamentos para mayores son un recurso social que proporcionan alojamiento alternativo para estas personas, mayores de 65 años, que aún gozando de un nivel óptimo de autonomía viven una serie de circunstancias sociales, familiares y económicas que recomiendan el uso y disfrute de este recurso.

Se persigue, además, conseguir un estilo de vida lo más similar posible a su ambiente habitual, respondiendo de esta forma a los principios de normalización e integración del mayor. Los objetivos que se persiguen a través de los Apartamentos Municipales para Mayores son los siguientes:

- Proporcionar un servicio de alojamiento y convivencia alternativo al institucional para personas mayores.
- Incrementar, mantener y/o recuperar, en su caso las relaciones de los residentes con sus familias, potenciando un ambiente familiar de relación y comunicación.
- Evitar el desarraigo social y familiar.

7. Comunicaciones

- Prevenir el deterioro de las relaciones familiares, evitando los conflictos que surgen al tener los familiares que atender a las personas mayores en su mismo domicilio.
- Desarrollar las potencialidades de autonomía personal y capacidad de relación con el entorno de cada uno de los residentes.
- Prevenir el posible deterioro físico y mental propiciando su participación en las actividades del centro y la comunidad

Con estos objetivos el Ayuntamiento de Madrid puso en marcha los Apartamentos Municipales para Mayores de San Francisco de Jerte.

Basándonos en las características de este recurso y en el perfil de los residentes, valoramos la importancia de crear espacios comunes que faciliten la cohesión grupal entre ellos y a su vez se refuercen la confianza en los profesionales que les atienden.

El estudio se basa en analizar si la participación de los residentes en las actividades influye positivamente en su estado de ánimo y en las relaciones que mantienen con otros residentes y los profesionales que colaboran en las actividades.

Objetivos

- Valorar en los residentes la repercusión de la participación en las actividades propuestas.
- Verificar si se potencia la cohesión grupal entre los propios residentes.
- Comprobar si mejora la relación entre los trabajadores y los residentes a través de la colaboración en las actividades desarrolladas.

Metodología

Las actividades que se desarrollan en los Apartamentos Municipales de Jerte son:

- Taller de Horticultura
- Taller de Teatro
- Taller de costura
- Salidas al exterior
- Taller de Internet.

La participación en estas actividades es voluntaria y cuentan con el apoyo técnico y material de los profesionales del Centro.

Para la realización del estudio se elaboró una encuesta que fue cumplimentada por 12 residentes que participan regularmente en estas actividades.

El cuestionario planteado a los participantes está orientado a conocer la repercusión que la participación en las actividades genera en el residente.

Preguntas formuladas:

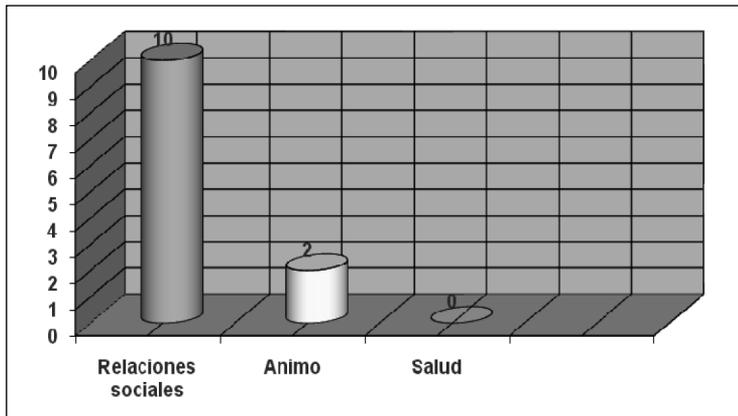
1. ¿En qué franja de edad se encuentra?
2. ¿Cuánto tiempo lleva residiendo en los Apartamentos?
3. ¿Mantiene relaciones frecuentes con sus familiares?
4. ¿En cuántas actividades participa en estos Apartamentos?
5. ¿Cómo se siente desde que participa en las actividades?
6. En caso de sentirse mejor, ¿en qué aspecto de su vida ha sentido mayor beneficio?
7. ¿Ha adquirido nuevas relaciones con otros residentes desde su participación en las actividades?
8. ¿Cree que sería ayudado por alguno de sus compañeros de actividad en caso de necesidad?
9. ¿Se siente más cercano con los profesionales que colaboran con Ud. en las actividades?
10. ¿Se siente más activo y relacionado con su entorno próximo desde que participa en las actividades?
11. ¿Recomendaría al resto de los residentes la participación en las actividades?

Posteriormente se analizaron las respuestas e interpretaron los resultados.

Resultados

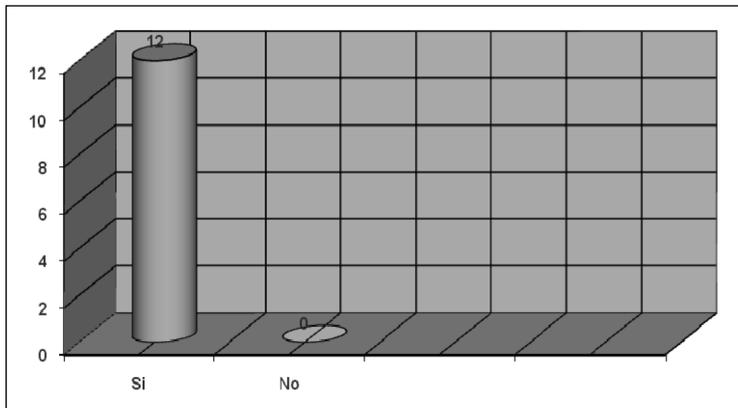
Del cuestionario planteado, se seleccionan las preguntas consideradas como las más relevantes para el estudio:

¿En qué aspecto ha sentido mayor beneficio?



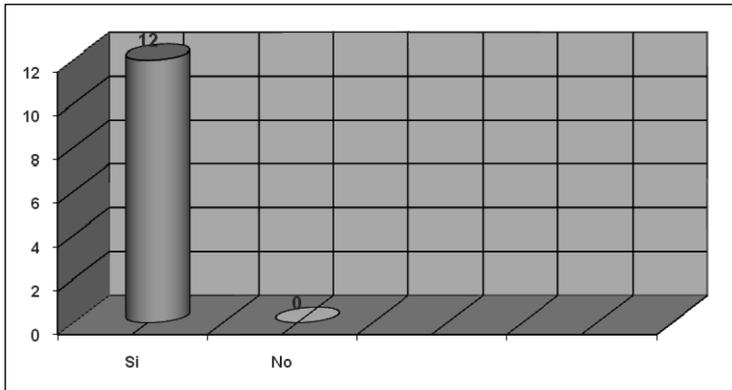
Ante esta pregunta la mayor parte de los encuestados señalan que han mejorado sus relaciones sociales desde que participan en las actividades.

¿Cree que sería ayudado por algún compañero de actividad?



En relación a esta pregunta, los resultados obtenidos reflejan que la participación en actividades aumenta el sentimiento de compañerismo favoreciendo la cohesión grupal.

¿Se siente más cercano a los profesionales que colaboran en las actividades?



Según muestra el gráfico, la participación de los residentes en las actividades genera un mayor acercamiento a los profesionales de los Apartamentos Municipales.

Conclusiones

No sólo se han verificado nuestras hipótesis planteadas al inicio del estudio, sino que además hemos comprobado que se han visto mejorados otros aspectos que influyen positivamente en la sensación de bienestar de los participantes tales como:

- **Mejora de la cohesión grupal** entre residentes participantes y el personal del Centro.
- **Potenciación de las habilidades sociales:** resolución de conflictos, toma de decisiones, afrontamiento de la frustración, refuerzo del compromiso y la actitud de compañerismo, aumento de la sociabilidad etc.
- Fomento del **desarrollo personal** a través de la mejora de las capacidades personales tales como: creatividad, autoestima, capacidad de aprendizaje.

7.6. La atención a las personas mayores desde una central de llamadas

Banegas López, M.P.; Baeza Arranz, M.E.; Brizuela Fernández, M.; Bueno Roldán, P.; Cadenas Abanades, M.P.; Cruzado Lucendo, L.; Escamez Hormigo, A.; Fernández Velasco, E. y Larrinaga García, S.
Matia-Ingema U.T.E.

Introducción

El Servicio de Información de la Dirección General de Mayores (DGM) del Ayuntamiento de Madrid dispone de una central de llamadas específica¹ que tiene como objeto atender las consultas de los vecinos de la ciudad en materia referente a los recursos de atención a personas mayores, así como divulgar la información entre los usuarios potenciales a través de campañas proactivas.

Desde su inicio el servicio se ha desarrollado bajo la filosofía de *servicio integrador de la atención a la ciudadanía*, pero bajo el prisma de la mejora continua se ha convertido en un mecanismo de atención, información y detección proactiva de situaciones vulnerables entre la población mayor de 65 años de la ciudad de Madrid. La transcendencia de este servicio, así como el factor que le aporta entidad, es que está prestado por un equipo de trabajadores sociales, los cuales desarrollan las funciones descritas desde la base de la escucha activa, la valoración y orientación de los usuarios. De esta manera, el recurso se instaura como un perfecto complemento a la red habitual de atención de Servicios Sociales.

Es, por tanto, un recurso de atención telefónica y de divulgación de información de servicios sociales de atención a personas mayores que destaca por suponer un acercamiento de los servicios a los domicilios de los ciudadanos; por ser prestado por profesionales del trabajo social desde la base de la escucha activa, la valoración y la orientación; así como por ser un recurso que posibilita la captación de personas mayores en situación de vulnerabilidad.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es la exposición del procedimiento de trabajo instaurado en la central de llamadas, significativo por favorecer la captación de personas mayores en

¹ El servicio es gestionado por Matia-Ingema UTE desde julio de 2007.

situación de especial vulnerabilidad, así como la canalización adecuada a los servicios más idóneos.

Actividad y método del Servicio de Información

El desarrollo del trabajo que se realiza desde la central de llamadas responde a dos áreas de trabajo necesariamente relacionadas: la atención de la demanda explícita de los ciudadanos que intencionalmente contactan con el teléfono 010; así como la actividad proactiva basada en la programación y ejecución de campañas telefónicas por las cuales se contacta con la población.

Información a demanda

Desde la central de llamadas se escucha y facilita la información demandada por el usuario, se valora el caso y la idoneidad de ofrecer información complementaria, y se orienta al usuario en función de sus circunstancias:

- Información sobre servicios y recursos
- Valoración de los casos
- Canalización y tratamiento de la demanda
- Propuesta de trámite de varios recursos
- Derivación a Servicios Sociales u otros recursos municipales

Siempre bajo el compromiso de impulsar y mejorar la atención;
Facilitando con ese enfoque la detección de situaciones de riesgo.

Información pro-activa

Desde la central se programan y ejecutan diversas campañas que consisten en la ejecución de llamadas telefónicas a ciudadanos del municipio de Madrid.

En función de sus objetivos, podemos diferenciar los siguientes tipos:

- Sensibilización de la población
- Contacto con personas en situación de especial vulnerabilidad
- Información de servicios u otras cuestiones
- Captación de usuarios para diversos programas
- Otras materias consideradas desde la DGM necesarias y útiles para las personas mayores y más frágiles.

Se contacta con personas usuarias y no usuarias de recursos sociales, y por lo tanto se va más allá del objetivo habitual en el sistema de servicios sociales.

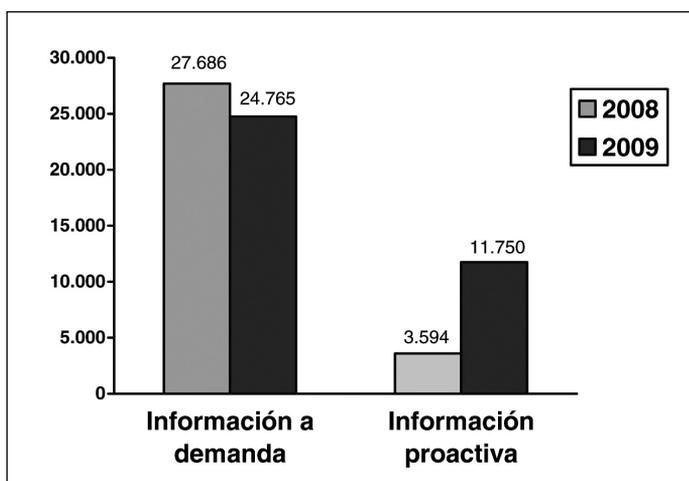
Destaca su carácter preventivo al llegar a los domicilios de los usuarios y anticiparse a su demanda.

Teniendo como guía esas áreas de trabajo, la actividad de la central a lo largo de los últimos dos años ha resultado como se expone en las figuras siguientes.

Tabla I. La actividad en cifras
(Datos referentes al periodo enero 2008 – diciembre 2009)

	Año de actividad	
	2008	2009
Información a demanda	27.686	24.765
Información proactiva	3.594	11.750

Gráfico I. La actividad en cifras (2008/2009)



Del conjunto de los datos destaca el importante número de llamadas proactivas realizadas a lo largo del año 2009, resultado de la intencionalidad mencionada anteriormente de incrementar esa área de actividad del Servicio de Información. Dichas llamadas han estado vinculadas a diversos departamentos y programas de la DGM, como por ejemplo el programa de Aislamiento, desde el que se ha trabajado en la detección de casos de mayores en riesgo de aislamiento; el programa Cuidar al Cuidador, para el cual se han realizado llamadas de información y captación de usuarios; o lo que se ha venido a llamar campaña de Apoyo a la Soledad, que además de suponer el contacto con personas mayores que viven solas, trata de valorar, informar y orientar hacia los recursos sociales idóneos a cada persona según su circunstancia.

Tabla 2. Las campañas proactivas en cifras
(Datos referentes al periodo enero – diciembre 2009)

	Número de llamadas realizadas
Campaña de Apoyo a la Soledad	7.337
Cuidar al Cuidador	2.188
Detección de mayores en riesgo de aislamiento	1.768
Otras campañas de información	457

El método de trabajo de la central se recoge en un protocolo que pauta tanto el procedimiento de atención ante cualquier tipo de contacto telefónico, como la canalización y tratamiento de la demanda en base a un algoritmo de decisiones.

El procedimiento de actuación ante llamadas recibidas y emitidas es diferente aunque ambos comparten la esencia de la atención y el algoritmo que guía la labor de los profesionales. No obstante, las pretensiones de cada área son distintas:

Información a demanda

Tras la escucha y valoración de la situación expuesta por los usuarios, se atiende la llamada...

- Facilitando la información que solicita el usuario.
- Orientando hacia los recursos o servicios idóneos a sus circunstancias.
- Describiendo los recursos y prestaciones municipales para mayores.
- Derivando a Servicios Sociales cuando proceda.
- Realizando propuestas de alta en diversos servicios.
- Gestionando incidencias de recursos concretos, como es la Tarjeta MadridMayor.

Información proactiva

A partir de la llamada emitida desde la central, se pretende...

- Un acercamiento de los recursos sociales a las personas mayores.

- Prevenir situaciones de soledad o aislamiento.
- Estimular la comunicación de las personas mayores con otros agentes sociales.
- Promover y facilitar las relaciones solidarias intergeneracionales entre estudiantes y personas mayores (programa Vive y Convive).
- Informar a cuidadores de personas mayores dependientes, de programas orientados a prestarles apoyo psicoterapéutico.
- Información de cambios que hayan sufrido los recursos sociales de los que disfrutaban.

Conclusiones

A la vista del número de llamadas, no sólo atendidas sino también realizadas a los ciudadanos, y por lo tanto, ante el número de personas con las que se ha contactado de manera intencional y planificada, se hace evidente la necesidad de continuar en el esfuerzo de abrir las puertas de los servicios municipales a las personas mayores, posibilitando una atención flexible con un claro carácter preventivo. Así mismo, el estudio de los resultados obtenidos en la actividad del servicio de información pone de relieve el valor añadido que aporta un procedimiento de trabajo integral, personalizado, atendido por profesional técnico y curiosamente implantado en una central de llamadas.

7.7. Apoyo a la soledad: una iniciativa proactiva para la prevención del riesgo social en mayores

*Fernández Velasco, E.; Brizuela Fernández, M. y Rodríguez Monter, M.
Matia-Ingema U.T.E.*

Introducción

La realidad actual de nuestra sociedad implica la posibilidad de que puedan darse situaciones en las que circunstancias como el aislamiento, la pérdida de roles sociales, las disfunciones familiares, el riesgo psicosocial, las condiciones económicas desfavorables o la soledad, dañen la calidad de vida de las personas mayores de 65 años (Touza, 2009). En la actualidad, agravado aún más en las grandes ciudades, factores como el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la cohabitación intergeneracional, las condiciones de la vivienda, los problemas de salud, haber perdido a un ser querido, etc., son sólo algunas de las situaciones que tienden a generar sentimientos de aislamiento y soledad en las personas mayores (Belsky, 2001).

Ante la situación descrita, parece que la gran mayoría de las disciplinas que intervienen en el estudio y trabajo con las personas mayores, están inmersas en un “descubrimiento de la vejez” con nuevas e importantes características. Es por ello que se hace necesario y fundamental el desarrollo de iniciativas proactivas que permitan reforzar y plantear alternativas al fomento de la autonomía personal de las personas mayores para la consiguiente mejora en todos aquellos aspectos que configuran su calidad de vida (Moreno, 2004). Es desde los servicios públicos desde dónde es especialmente imprescindible desarrollar esas iniciativas interdisciplinarias de cara a crear un escenario que fomente la independencia y autonomía de los mayores, y les permita adoptar estrategias para la mejora, desarrollo e incremento de sus relaciones personales, sociales y/o institucionales.

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 estudiar el proceso, difusión y resultados de una campaña telefónica pro-activa basada en el contacto con personas mayores en sus domicilios de la ciudad de Madrid. El objetivo primordial de este trabajo fue destacar la importancia que tiene no sólo este tipo de campañas proacti-

vas en favor de las situaciones de vulnerabilidad y la promoción de la autonomía personal, sino, y sobre todo, resaltar la capacidad de reunir diferentes servicios preventivos o de intervención social en una red de apoyo integral y multidisciplinar.

Finalmente el trabajo también ha permitido demostrar como a través de iniciativas como la planteada se pueden canalizar no sólo necesidades reales, sino cuestiones latentes y situaciones de riesgo psicosocial para las personas mayores, muchas de las cuales serían difícilmente detectadas de no ser por las conversaciones provocadas por los profesionales de la Central de Llamadas.

Metodología

Para desarrollar nuestro trabajo partimos de la iniciativa en curso desde hace menos de un año en la ciudad de Madrid denominada “Campaña de Apoyo a la Soledad”. El desarrollo de dicha campaña se realiza desde el Servicio de Información a Mayores del Ayuntamiento de Madrid, y consiste en la ejecución de entrevistas telefónicas dirigidas a personas de edades comprendidas entre los 65 y los 80 años que residen solas. La realización íntegra de las llamadas se desarrolla por un equipo técnico de Trabajadores Sociales que, a través de los contactos telefónicos, pretenden ahondar en las situaciones individuales de las personas mayores. El objetivo último de esa actividad es poder informar y asesorar a la población mayor de 65 años hacia los recursos más adecuados en función de sus demandas y necesidades (reales o latentes).

Resultados¹

Durante el periodo comprendido entre los meses de abril y septiembre de 2009, se contactó con 1.331 personas mayores de 65 años que vivían solas en la ciudad de Madrid. A todas ellas un trabajador social les realizó una entrevista telefónica a partir de la cual, con los instrumentos de medición apropiados, se pudo valorar, canalizar y orientar hacia los recursos idóneos a las circunstancias particulares de cada persona entrevistada.

Del análisis del trabajo realizado en el conjunto de las llamadas efectuadas, obtuvimos que los servicios valorados como más adecuados, y finalmente más divulgados entre las personas mayores contactadas, fueron el servicio de Telesistencia (un 97% de las personas fueron informadas sobre el recurso), y el programa “Vive y Convive” (se informó al 86% de los mayores). (Ver tabla 1)

¹ Junto con la recopilación de información telefónica, para la recogida, depuración y el tratamiento estadístico de los datos que a continuación presentamos, se hace uso del paquete estadístico SPSS 14.0.

Tabla 1. Recursos municipales de los que han sido informados los ciudadanos contactados

Número de personas informadas de recursos municipales ²		
	N	%
Servicio de Teleasistencia	1.293	97.1
Programa Vive y Convive	1.144	86
Servicio de Ayuda a Domicilio	6	0.5
Servicio de Voluntariado	10	0.8
Otros servicios	4	0.3

(2) Variable de respuesta múltiple. N= 1.331, número de ciudadanos contactados.

Un 58,3% de las personas informadas y orientadas hacia el servicio de Teleasistencia manifestó interés expreso en dicha prestación. De ellas, a un 20% se les facilitó y tramitó incluso la propuesta de alta para la prestación del servicio desde la propia Central de Llamadas.

En la misma línea, a un 6,1% de las personas orientadas hacia el programa “Vive y Convive”, les pareció una iniciativa “interesante” y “posiblemente adecuada” a cada una de sus situaciones personales. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Proporción de personas susceptibles de recibir el servicio sobre el total de contactados

Proporción de personas que han mostrado interés en los recursos						
	Personas de 65 a 74 años		Personas de 75 a 80 años		Total	
	N	%	N	%	N	%
Teleasistencia ³	336	51.2	153	83.6	489	58.3
Programa Vive y Convive ⁴	56	6.4	14	5.1	70	6.1

(3) Datos calculados sobre el número total de personas informadas del servicio de Teleasistencia, exceptuando las que previo a la llamada telefónica ya disponían del mismo (N=839: grupo 65-74= 656; grupo 75-80= 183).

(4) Datos calculados sobre el número total de personas informadas del programa Vive y Convive (N=1.144: grupo 65-74= 871; grupo 75-80= 273).

El índice de éxito de la campaña resultó mayor entre las personas con edades comprendidas entre 75 y 80 años, pues mostraron un mayor interés que los más jóvenes en

7. Comunicaciones

ambos servicios, a pesar de que en el caso de Vive y Convive el resultado está condicionado por una mayoría de personas que no cumplían los requisitos estipulados por el programa. (Ver tabla 3).

Tabla 3. Aceptación del programa Vive y Convive según grupos de edad

Aceptación del programa Vive y Convive por parte de las personas entrevistadas						
	Personas de 65 a 74 años ⁵		Personas de 75 a 80 años ⁶		Total	
	N	%	N	%	N	%
No mostraron interés	768	88,2	226	82,8	994	86,9
Mostraron interés (sin decisión final: duda)	56	6,4	14	5,1	70	6,1
Mostraron interés pero no cumplían el perfil	47	5,4	33	12,1	80	7,0

(5) N=871; (6) N=273

El análisis de estos datos ha posibilitado la revisión de los objetivos y la orientación de la campaña hacia diferentes grupos de edad en función del planteamiento adoptado.

Conclusiones

Iniciativas proactivas como la campaña tratada suponen un real, necesario y eficaz acercamiento entre los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid y las personas mayores no necesariamente usuarias de los recursos.

El tipo de llamadas telefónicas de carácter proactivo que se están llevando a cabo en el desarrollo de esta campaña, ofrecen la posibilidad de acceder y contactar con población no usuaria de recursos sociales, y por lo tanto desconocedora de las posibilidades que les ofrece la red de atención. Esta es una posibilidad verdaderamente importante si pensamos en la configuración actual del sistema de servicios sociales, por el cual la responsabilidad o iniciativa para solicitar información de los recursos recae de forma habitual sobre los ciudadanos.

Por otro lado, las campañas proactivas permiten orientar, tramitar y derivar las necesidades de los interlocutores a otros recursos adecuados a las demandas (explícita o implícitamente) planteadas. Podemos decir que este tipo de acciones constituyen un procedimiento de intervención, capaz de anticipar y prevenir posibles situaciones de riesgo psicosocial en las personas mayores. De hecho, a través de las llamadas realizadas en la

campana de "Apoyo a la Soledad" se ha podido detectar situaciones de riesgo que, de otra manera, habrían continuado latentes sin posibilidad de atención y tratamiento.

Referencias

- Moreno Moreno, J. "Mayores y calidad de vida". Revista de Trabajo Social. 2004. Vol. 4, (187-198).
- Segura García, M^a. P. y Touza Garma, C, (Coord.). Personas mayores en riesgo: detección del maltrato y la autonegligencia. (2009). Madrid: Pirámide.
- Belsky, J. *Psicología del envejecimiento*. (2001). Barcelona: Masson.

7.8. Personas mayores en aislamiento social: diferencias entre grupos de intervención (susceptibles de normalización, contención o custodia)

Santos-Olmo Sánchez, A.B. y Ausín Benito, B.

Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales.

Dirección General de Mayores.

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; Universidad Complutense de Madrid.

Introducción

Dentro del Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social, se atienden aquellos casos que responden al perfil de aislamiento social. En función de las características de cada caso, existen tres grupos de intervención: grupo 1 “personas en aislamiento susceptibles de normalización”, grupo 2 “contención” y grupo 3 “custodia”.

El objetivo de este estudio es conocer las características diferenciales de las personas en aislamiento social que son susceptibles de normalización para, por un lado conseguir un acercamiento mayor a este grupo de población, y por otro, hacer una propuesta de las características de las personas en riesgo de aislamiento social, personas que constituirían el grupo de prevención.

Metodología

Muestra: se analizan 77 casos, de los cuales, el 13% corresponde al grupo 1 “susceptibles de normalización”, el 24,7% pertenece al grupo 2 “contención” y el 62,3% corresponde al grupo 3 “custodia”.

Variables e instrumentos: empleando esta muestra, se lleva a cabo un análisis de las diferencias que presentan las personas en aislamiento social por cada grupo de intervención en cuanto a las siguientes variables:

- Características sociodemográficas.
- Necesidades sociosanitarias no cubiertas, evaluadas mediante el Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell CANE (Reynolds et al., 2000).

7. Comunicaciones

- Existencia de trastorno mental, evaluado mediante juicio clínico.
- Higiene de la vivienda, evaluado mediante observación.

Análisis de datos: se han llevado a cabo análisis descriptivos, ANOVA de las diferencias de medias y diferencias de porcentajes por grupos de intervención.

Resultados

- En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra: hay más personas que están solteras, viudas o separadas en el grupo de custodia. Hay un mayor porcentaje de personas que viven solas en el grupo de custodia.
- En cuanto al porcentaje de personas que presentan necesidades no cubiertas en cada una de las áreas evaluadas por el instrumento CANE, se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención en las siguiente áreas:
 - Alimentación: las diferencias se encuentran entre el grupo de normalización y custodia. Tienen más necesidades de alimentación los del grupo de custodia.
 - Actividades diarias: las diferencias se encuentran entre el grupo de normalización y contención, y normalización y custodia. Tienen más necesidades de actividades diarias los de los grupos de contención y custodia.
 - Salud física (no seguimiento médico): las diferencias se encuentran entre el grupo de normalización y custodia. Tienen más necesidades de salud física (sin seguimiento médico) los del grupo de custodia.
 - Toma de medicación: las diferencias se encuentran entre el grupo de normalización y custodia. Tienen más necesidades en cuanto a la falta de seguimiento en la toma de la medicación los del grupo de custodia.
 - Información sobre su enfermedad y tratamiento: las diferencias se encuentran entre el grupo de normalización y custodia. Tienen más necesidades de información sobre su enfermedad y tratamiento los del grupo de custodia.
 - Riesgo para sí mismo (excluyendo la autoagresión): las diferencias se encuentran entre el grupo de contención y custodia. Tienen más riesgos hacia sí mismos los del grupo de custodia.
 - Riesgo para los demás: las diferencias se encuentran entre el grupo de normalización y custodia, y contención y custodia. Tienen más riesgos hacia los demás los del grupo de custodia.

- Relaciones de pareja: las diferencias se encuentran entre el grupo de contención y custodia. Tienen más problemas en su relación de pareja los del grupo de contención.
 - Número medio de necesidades no cubiertas: las diferencias se encuentran entre el grupo de normalización y custodia y contención y custodia. Tienen más necesidades los del grupo de custodia.
- En cuanto a la presencia de un posible trastorno mental se encuentra que las personas del grupo de custodia presenta mayor porcentaje de trastorno mental.

Variable estudiada	G-1	G-2	G-3	Diferencias estadísticamente significativa entre grupos
Características Sociodemográficas	80% mujeres 83,78 años de edad media 80% solteros, viudos o separados. 70% sin hijos 50% viven solos	68,4% mujeres 82,11 años de edad media 57,9% solteros, viudos o separados. 89,9% sin hijos 47,4% viven solos	77,1% mujeres 80,29 años de edad media 98% solteros, viudos o separados. 72,9% sin hijos 85,4% viven solos	Hay más personas que están solteras, viudas o separadas y viviendo solas en el G-3.
Necesidades no cubiertas (en un porcentaje mayor de 50%)	Alojamiento Cuidado del hogar Cuidado personal Actividades diarias Riesgo para sí mismo (accidentes) Compañía	Alojamiento Cuidado del hogar Cuidado personal Actividades diarias Memoria Medicación Riesgo para sí mismo (accidentes) Conducta / riesgo para los demás Compañía	Alojamiento Cuidado del hogar Alimentación Cuidado personal Actividades diarias Memoria Continencia Salud física Medicación Riesgo para sí mismo (accidentes) Conducta / riesgo para los demás Compañía	En general, se observa una tendencia al empeoramiento progresivo en un continuo que iría desde el G-1 hasta el G-2 y G-3. Se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención en las siguiente áreas: alimentación actividades diarias, salud física (no seguimiento médico) toma de medicación Información sobre su enfermedad y tratamiento riesgo para sí mismo (excluyendo la autoagresión) riesgo para los demás.
				.../...

7. Comunicaciones

Variable estudiada	G-1	G-2	G-3	Diferencias estadísticamente significativa entre grupos
.../...				
Nº medio de necesidades no cubiertas	7,33	9,44	11,26	El G-3 es el que más necesidades no cubiertas presenta
Presencia de Trastorno mental	44,4 %	50%	76,2%	Las personas del G-3 presentan mayor porcentaje de trastorno mental.

Conclusiones

A la vista de los datos encontrados, se determinan las características diferenciales de las personas en aislamiento social en las que la recuperación mediante el acceso a la red normalizada de servicios aún es posible y se realiza una propuesta acerca de las características del grupo en riesgo de aislamiento social (grupo de prevención). Las características de las personas con un perfil de normalización son:

- Que aún tengan seguimiento médico o haga poco tiempo que lo han abandonado y que tengan adherencia al tratamiento médico prescrito.
- Que aún realicen actividades diarias, no sólo básicas e instrumentales, sino también actividades de ocio constructivas.
- Que no supongan un riesgo para sí mismas (excluyendo la autoagresión), ni para los demás.
- Que tengan menos de 7 necesidades sin cubrir en el CANE.
- Que no tengan trastorno mental.

Bibliografía

- Reynolds T, Thornicroft G, Abas M, Woods B, Hoe J, Leese M y Orrell M. Camberwell Assessment of Needs for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability: British Journal of Psychiatry 2000. 176, 444-452.
- Santos-Olmo AB, Ausín B, Muñoz M. Presentación del Servicio de Apoyo Psicológico a Ancianos Frágiles con Aislamiento Social en Madrid: Guía del Psicólogo 2007. 276 (5-8). ISSN 1885-8392.

- Ausín B, Santos-Olmo AB y Muñoz M. Servicio de Apoyo Psicológico a Ancianos Frágiles con Aislamiento Social en Madrid: En M.C. Dancausa y F. Martín (dir.)
- Libro resumen de las Jornadas Nuevas tecnologías: mayor servicio al mayor; Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Familia y Servicios Social. ISBN: 978-84-691-5907-1.
- Santos-Olmo AB, Ausín B, Muñoz M y Serrano P. 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. 2008 17 (3), 307-319. ISSN: 1132-0559.

7.9. El papel del terapeuta ocupacional en la valoración, intervención y prevención de riesgos en el servicio de ayuda a domicilio

*García González, A.; García Rosa, I.; López Torralba, M.; Recuenco Cotillas, P. y Sacedo Gómez, J. C.
Mapfre Quavitaе.*

Introducción

Con esta comunicación buscamos dibujar brevemente la evolución de la figura del Terapeuta Ocupacional (T.O.) en el SAD, para describir sus principales funciones y profundizar en aquellas intervenciones de carácter más preventivo, orientadas a la detección y prevención de riesgos en el ámbito domiciliario, con el objetivo de favorecer la calidad de vida de los usuarios atendidos desde el S.A.D., buscando mejorar y/o mantener la autonomía personal que presentan.

Objetivos

- Definir las principales funciones del Terapeuta Ocupacional en el Servicio de Ayuda a Domicilio de MAPFRE QUAVITAE, realizando especial incidencia en la prevención de riesgos.
- Definir los tipos de riesgo sobre los que se interviene, así como los canales mediante los que se detecta o deriva la comunicación del riesgo al Dpto. de Terapia ocupacional.
- Exponer metodología de trabajo y el modo en que se realiza la coordinación con el resto de profesionales tanto del Servicio como técnicos municipales.
- Analizar el tipo y número de valoraciones domiciliarias realizadas por el equipo de profesionales del Departamento de T.O. del SAD. Descripción del volumen de Ayudas Técnicas instaladas en domicilios y tipo de ayudas más frecuentes. Otras intervenciones realizadas en la prevención de riesgos.
- Analizar los datos sobre la demanda actual de valoraciones domiciliarias y arrojar conclusiones sobre el valor añadido de la figura del T.O. en el S.A.D.

Método

Diseño

Estudio de corte transversal. Población usuarios del S.A.D. de MAPFRE QUAVITAE. Total usuarios colectivo Mayores (consulta realizada programa facturación a octubre 2009: 16.711 usuarios).

Recogida de Datos

- Bases de datos específicas del Departamento de Terapia ocupacional en base a la explotación de datos en registros específicos del servicio y del Departamento de T.O.
- Datos obtenidos de la herramienta de gestión del servicio GESAD, en lo que se refiere a descripción de población total del servicio (variables: edad, sexo, unidad de convivencia).

Análisis de datos

Datos recogidos a cerca de los distintos tipos de intervenciones realizadas en la muestra de usuarios atendidos por el Dpto. de T.O. del SAD MAPFRE QUAVITAE durante la gestión del último concurso Ayto. Madrid (Octubre 2008- Septiembre 2009).

Análisis cualitativo sobre las funciones de la figura del T.O. en SAD.

DISTRIBUCION TOTAL USUARIOS SAD: Edad, Sexo y Unidad de convivencia

- 31,18% 80-84 años; 31,42 % >85; 23,05% 65-69 años; 10,48% 70-74 años; 3,87 % >69 años.
- 80% MUJERES Y 20 % HOMBRES.
- 55,14 % VIVE SOLO; 20,11% vive con PERSONA VALIDA; 21,29 % vive con P. DEPENDIENTE; 3,46% vive con P. MAS DEPENDIENTE.

MUESTRA USUARIOS MAYORES ATENDIDOS DESDE DEPARTAMENTO TERAPEUTA OCUPACIONAL SAD:

45,70 % >85 AÑOS 29,14 % HOMBRES; 70,80 % MUJERES

TOTAL VISITAS REALIZADAS OCT. 2008-SEPT. 2009: **1042**

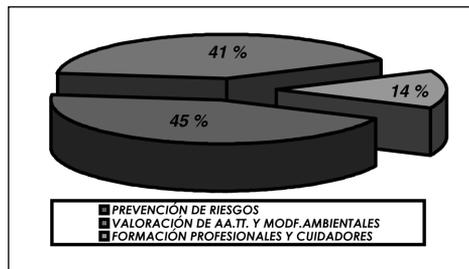
Análisis Intervenciones Realizadas

Dentro de la valoración domiciliar nos encontramos con dos tipos de intervención: prevención de riesgos, derivados en su mayoría por Coordinadores del S.A.D., y valoración de AA.TT, derivados por la Administración. Según el estudio de las intervenciones realizadas en el periodo citado obtenemos los siguientes datos:

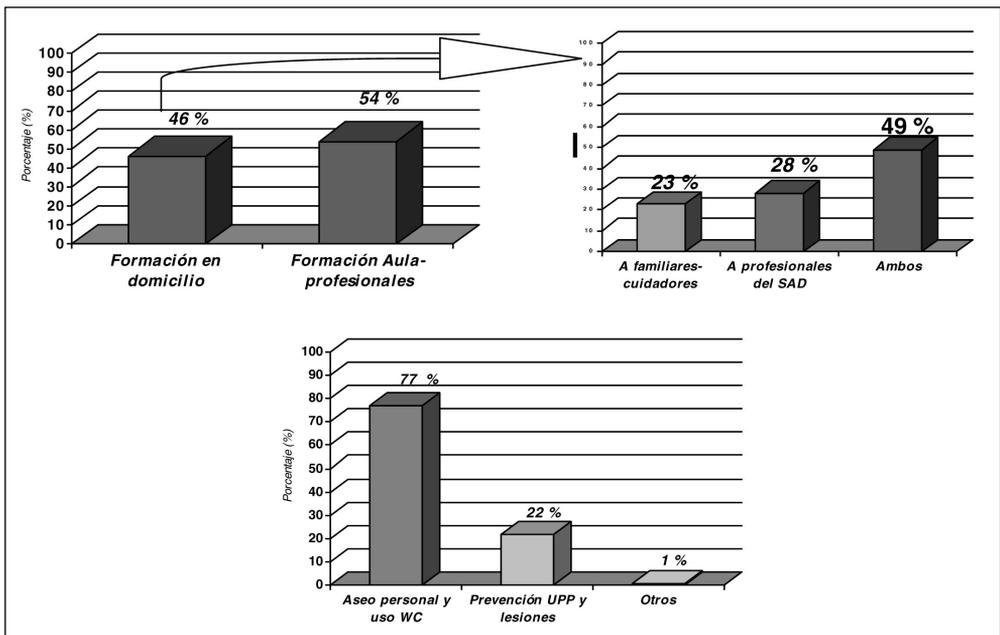
Activación departamento terapia ocupacional

44 % demanda realizada por Servicios Sociales, 56 % demanda detectada por profesionales del SAD (Coordinación, auxiliares,...)

Tipos de Intervenciones Realizadas



Formación y Entrenamiento



Ayudas Técnicas Instaladas

Analizando las Ayudas Técnicas instaladas a lo largo del periodo estudiado (octubre 2008-septiembre 2009) obtenemos los siguientes resultados:

AA.TT. para aseo personal y uso WC: asideros, asientos giratorios, bidet acoplable, elevador WC, lavacabezas, tablas bañera, sillas de ducha y de ruedas para baño. Destaca 70 % instalación de asientos giratorios y asideros.

AA.TT. prevención UPP y otras lesiones: cojín, patucos, y equipos antiescaras. Barandillas de cama, conos de elevación y escalerilla de cama. Destaca un 64 % instalación de equipos antiescaras.

Pertinencia de las Intervenciones y Valoraciones de las AA.TT.

En lo que se refiere a la pertinencia y ajuste de las intervenciones realizadas de valoración y posterior instalación de AA.TT. encontramos que el 98 % de las instalaciones han resultado satisfactorias (dando respuesta a la necesidad detectada), dándose sólo un 2% de rechazo/no adaptación.

Resultados y Conclusiones

- El perfil de usuario del SAD, mujer mayor de 80 años que vive sola, evidencia la fragilidad y riesgo de la población a la que atendemos. Esta realidad requiere de la intervención de profesionales especializados en el ámbito domiciliario. MAPFRE Quavita apuesta por la incorporación en el servicio de Ayuda a domicilio de la figura profesional del TERAPEUTA OCUPACIONAL, con el objetivo de ajustar y optimizar las intervenciones dirigidas a valoración de AA.TT., formación, entrenamiento en uso de AA.TT. y A.V.D.s,...
- El Terapeuta ocupacional en SAD trabaja en el análisis individualizado de cada caso, valorando el tipo de intervención que se requiere ante el riesgo detectado, sobre el usuario-sobre los cuidadores informales y/o profesionales (auxiliares), siempre desde un enfoque interdisciplinar en coordinación con resto de profesionales.
- El análisis de las intervenciones señalan, en lo que a la valoración e instalación de AA.TT. se refiere, niveles máximos de adaptación en el uso, lo que evidencia la pertinencia de estas, favoreciendo además una gestión económica exitosa del presupuesto específico. Destaca que un 77% de las AA.TT. instaladas en los domicilios lo son para favorecer la independencia en aseo personal y uso de W.C. Estos datos hablan sobre el volumen de las intervenciones que se realizan desde el servicio para favorecer el

7. Comunicaciones

mantenimiento de la autonomía en A.V.D.s de los usuarios y favorecer su bienestar y permanencia en domicilio.

- La figura del Terapeuta ocupacional también ocupa un lugar destacado en la mejora de las atenciones que los profesionales de atención directa del servicio realizan sobre los usuarios, constituyéndose la formación (in situ o en sesiones programadas) como una herramienta fundamental para ello. Destaca la formación en el ámbito domiciliario.
- El análisis de los datos refleja que el profesional de Terapia ocupacional se configura como una herramienta para mantener la autonomía personal, el confort y la calidad de vida de los usuarios que quieren seguir permaneciendo en su hogar, facilitando el hecho de “envejecer en casa”.

7.10. Programa de recuperación, mantenimiento y potenciación de la actividad física en usuarios de centros de mayores del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid

*Sanz Torrecilla, A.; García Ruiz, R. y Sacedo Gómez, J.C.
Mapfre Quavitaе.*

Introducción

El Programa de Recuperación, Mantenimiento y Potenciación de la Actividad Física en usuarios de Centros de mayores del Servicio Regional de Bienestar Social que para la Comunidad de Madrid gestiona MAPFRE QUAVITAE pretende conseguir, mediante actividades de Fisioterapia, mejorar la calidad de vida de los participantes ampliando su capacidad personal y evitando el deterioro progresivo asociado a la edad gracias a actividades rehabilitadoras y potenciadoras. Asimismo mediante las distintas actividades de este Programa también se pretende propiciar la participación y la integración social de las personas mayores, fomentando hábitos de vida saludables no sólo desde el punto de vista del estado físico y funcional, sino también del estado de ánimo y social, entre otros, y favoreciendo, entre otros, la promoción de la autonomía personal.

Con esta comunicación buscamos conseguir el objetivo de trasladar la experiencia de casi tres años de gestión en el Programa de Recuperación, Mantenimiento y Potenciación de la Actividad Física en usuarios de centros de mayores del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid que MAPFRE Quavitaе viene gestionando.

Objetivos

Los objetivos planteados para este estudio han sido:

- Dar a conocer el Programa de Actividades Físicas preventivas que MAPFRE Quavitaе gestiona para el Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid: metodología de trabajo e intervención, equipo de profesionales implicados, desarrollo de la actividad.

7. Comunicaciones

- Describir el perfil de usuario que en la actualidad participa en los distintos centros de mayores participantes en el Programa: edad, sexo, nivel de dependencia, patologías al ingreso en Programa.
- Arrojar conclusiones sobre la necesidad de desarrollar Programas dirigidos a la población mayor para la prevención de la dependencia y el mantenimiento y potenciación física.

Metodología

- Análisis y valoración de la experiencia en la gestión del Programa en los 16 Centros que MAPFRE QUAVITAE gestiona a fecha septiembre de 2009.

Recogida de datos: Registros al ingreso del usuario en el Programa, y revaloraciones. Registros: hoja de solicitud de ingreso en el Programa del SRBS que los/as Trabajadores Sociales de los Centros de Mayores facilitan a usuarios mayores para acceso al Programa. Bases de datos de gestión del Programa MAPFRE Quavitae y Memoria de gestión anual para el total de los Centros.

- Análisis del perfil de usuarios: Estudio de corte transversal: análisis de datos sociodemográficos y análisis del registro de diagnósticos al ingreso de los usuarios (análisis total valoraciones usuarios de uno de los Centros por un año).
- Análisis de datos sobre demanda y cobertura del Programa: recogidos para el total de Centros en gestión (N total 2008= 6.675 usuarios).

Mediante este Programa se busca desarrollar actividades de recuperación, mantenimiento y potenciación de la actividad física, mediante ACTIVIDADES DE FISIOTERAPIA sobre personas mayores de 60 años usuarias de los Centros de Mayores del SRBS de la CAM que presenten patología, secuelas o limitaciones que puedan ser susceptibles de mejoría, usuarios cuya capacidades cognitivas, psicológicas y motrices les permitan llevar a cabo las actividades del Programa de forma independiente y voluntaria.

La solicitud de Admisión se realiza ante Trabajo Social del Centro de Mayores, y se completa al entregar documento del Programa donde el médico de familia justifica la necesidad de las intervenciones y actividades de fisioterapia en función de estado de salud del usuario.

El Programa cuenta con un profesional MÉDICO que se encarga, previo siempre a las intervenciones sobre los usuarios, de realizar una valoración al ingreso en la que se valoran y registran antecedentes médicos relevantes y diagnósticos al ingreso, concluyendo sobre la pertinencia y el tratamiento a seguir, y trabajando en el establecimiento de obje-

tivos para cada usuario en colaboración con FISIOTERAPEUTA del Centro que desarrolla tratamientos tanto individuales como grupales.

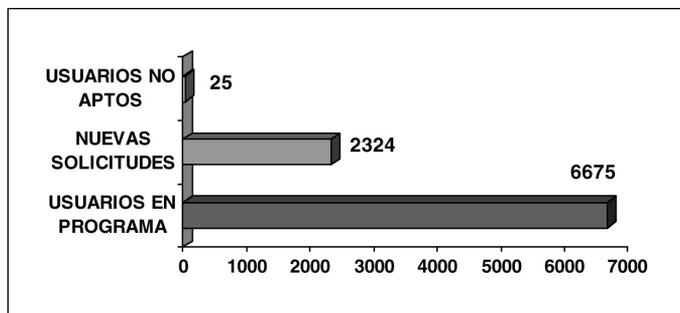
Entre los objetivos específicos a conseguir en los usuarios con los tratamientos y las intervenciones se encuentran mejorar y mantener la funcionalidad y fuerza, disminuir el dolor; mejorar la estabilidad, coordinación y equilibrio, y prevenir caídas, además de otros generales ya señalados como la mejora de la calidad de vida. Para el logro de los objetivos, se han diseñado ejercicios tipo tanto adecuados como contraindicados según afecciones y patologías, que podrán desarrollarse con el apoyo de la aparatología y materiales con los que están dotados los Centros (Mecanoterapia: rueda de hombro, poleas, mesa de dedos, ...). En las sesiones se prescriben ejercicios para mejorar la resistencia aeróbica, la flexibilidad y fuerza, de equilibrio estático y dinámico, de coordinación, respiratorios suaves y de relajación, de higiene postural.

Las actividades del Programa se desarrollan en horario de mañana, configurándose tres grupos distintos de intervención de 50 minutos de duración cada grupo. _

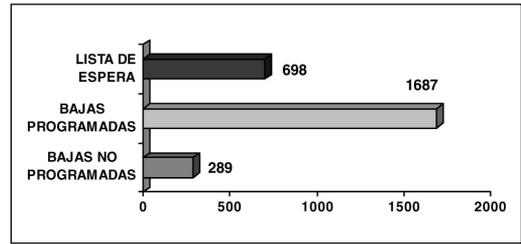
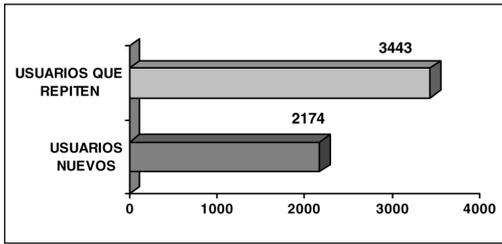
El tiempo de estancia para los usuarios en Programa es de DOS MESES, contemplándose la posibilidad de aumentar este tiempo tras la valoración del profesional. Tamaño medio de los grupos: 10-22 personas. Se realiza un CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA A LAS SESIONES DEL PROGRAMA.

Resultados

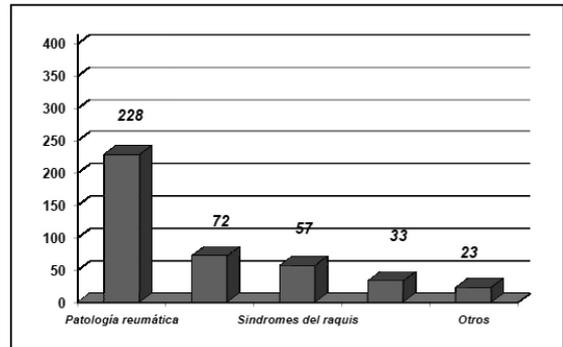
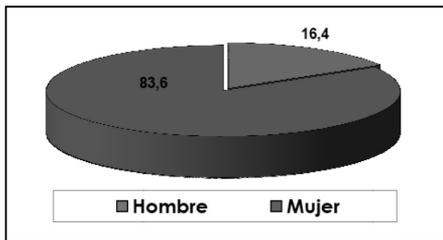
Las cifras recogidas en la Memoria del Programa para 2008 recoge un alto número de participantes, **6675 usuarios** para 16 Centros siéndolo por primera vez 2.174 de estos, y registrando la lista de espera en el cierre del año 698 usuarios, lo que tras tres años de evolución evidencia una importante demanda. Las cifras de usuarios que repiten, 3.443, señala adaptación y acogida positiva del Programa en las personas mayores.



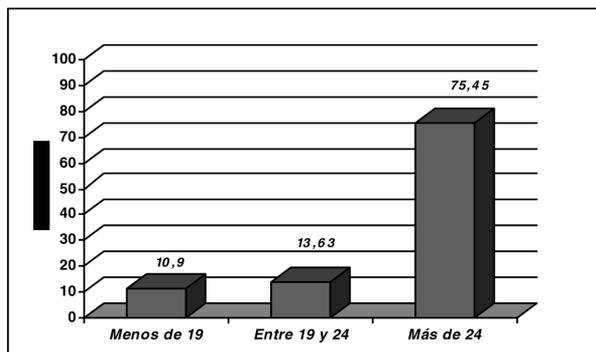
7. Comunicaciones



Trabajando en el análisis de los datos recogidos, el "perfil de usuario del Programa" podría describirse del siguiente modo: mujeres en más de un 80% de los casos, cuya edad media es de 63 años, y que cuentan con patologías reumáticas, afecciones musculoesqueléticas (principalmente dolor en miembros superiores), patologías del síndrome del raquis (principalmente lumbalgias), y tendinitis, por este orden, como patologías que motivan su participación en el Programa.



Los usuarios participantes presentan, en un 75% de los casos bajo riesgo de caídas, valorado éste con Tinetti, presentándose sólo un 10% de usuarios que sí presentan riesgo alto.



Conclusiones:

El aumento de la longevidad se acompaña de un aumento de la prevalencia de morbilidad sobre todo por enfermedades crónicas y por incapacidades. La mayor prevalencia de incapacidad como consecuencia de la enfermedad y la necesidad de mayor tiempo de recuperación del estado de salud basal justifica la necesidad de cuidados preventivos, progresivos y continuados.

El objetivo de las actividades preventivas sería no tanto el aumento de la expectativa de vida, sino el aumento de la expectativa de vida activa libre de incapacidad, prevenir el deterioro funcional y recuperar el nivel de función previo con el objetivo de que la persona mayor pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible (de Alba Romero, C. y colab.: *"Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud -PAPPS-" semFYC.*"), objetivos que buscamos alcanzar con el desarrollo de las actividades de intervención definidas desde este Programa.

Bibliografía

- Litago-Gil, C; Martín-Lesende, I; Luque-Santiago, A; de Alba-Romero, C; Baena-Díez, J.M; de Hoyos-Alonso, M.C. y Gorroñoigoitia-Iturbe, A. Actividades preventivas en los mayores. Grupo de actividades preventivas en los mayores del Papps. SemFYC.

7.11. Método Hoffmann: experiencia de la repercusión positiva en la prevención de la dependencia y el envejecimiento saludable

Hoffmann Muñoz-Seca, C.; Montero Sánchez del Corral, B.; Del Avellanal Calzadilla, A.; Muñoz Friszt, S. y Solanas Carcasés, I. Vitalia.

Introducción

La mejora de la autonomía y proporcionar alta calidad de vida a las personas mayores sin abandonar su entorno familiar y social es el motor desde hace seis años de Vitalia, tu centro de día Ferraz. El cual durante este tiempo ha aplicado el Método Hoffmann como tratamiento rehabilitador con el objetivo de prevenir la dependencia y fomentar el envejecimiento saludable en la tercera edad.

Objetivos

Uno de los principales objetivos es **la prevención y atención de la dependencia** mejorando y manteniendo a nivel físico, psíquico, cognitivo, emocional y social a las personas mayores que acuden a nuestro centro, a través de nuestro propio método de trabajo: el Método Hoffmann.

Prevenir la institucionalización, mantener el máximo tiempo posible en su domicilio es otro de nuestros grandes retos que día a día vamos consiguiendo.

Instaurar hábitos de envejecimiento saludable nos ocupa gran parte de nuestra labor, con las familias y personas que atienden directamente en el domicilio a nuestros usuarios. Uno de los objetivos que el Método Hoffman tiene para con las personas mayores es la intervención en la globalidad e individualidad de la situación que cada usuario presenta. Por lo tanto la población a la que se aplica va tanto a las personas que superan los 65 años independientemente de su situación de dependencia, a la familia, cuidadores llegando a extender hasta las amistades más cercanas o vecindario. Siendo uno de los programas habituales el asesoramiento y tratamiento a personas externas a los centros de Vitalia. Ampliando así la población diana de nuestro proyecto.

Difusión de información para la formación tanto de los familiares como a la sociedad de las cuestiones más técnicas de las enfermedades que nos ocupan, situaciones del usuario, cuidados y solidarización con campañas, charlas, carteles y conferencias en diferentes asociaciones del sector (Parkinson, AFAS, Intereconomía TV, Telemadrid, la Sexta TV) a la hora de difundir la labor que realizamos en Vitalia, tu centro de día Ferraz.

Investigación como mejora y avance del tratamiento de las personas mayores al igual que como medio de intervención el Método Hoffmann entre otros.

Hemos realizado estudios presentados en el IV Congreso Nacional de Alzheimer de Vigo 2008; "Beneficios Cognitivos y funcionales de la asistencia al centro de día en personas con demencia", XI Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores (CEOMA Sevilla 2009)": Repercusión del centro de día en la sobrecarga del cuidador", Autonomía Personal Ayuntamiento de Madrid: claves y retos (Oct-2009); "Método Hoffmann: Experiencia de la repercusión positiva en la prevención de la dependencia y el envejecimiento saludable", XVII Reunión SEPG (Pamplona 2009): "Beneficios de la psicoestimulación individual vs. grupal en demencias a través del Método Hoffmann".

Metodología

Catalina Hoffmann, directora y fundadora de Vitalia tu centro de día Ferraz, creo un método innovador con un enfoque holístico: Método Hoffmann. A través de dicho método se analiza cada caso como único y se genera un programa de tratamiento especializado en las áreas físicas, cognitivas y psicosociales. El Método Hoffmann está inscrito como obra científica en el registro de la propiedad intelectual, asiento registral (nº 02/20084507). El equipo de trabajo siempre es multidisciplinar y compuesto por médico, DUE, neuropsicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, auxiliares y trabajador social, debidamente formados y entrenados en el método y comprometidos con el trabajo.

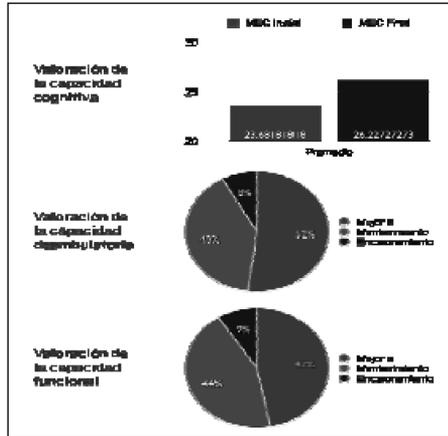
Resultados

El presente artículo es una recopilación de los resultados obtenidos en los diferentes actos en los que Vitalia tu centro de día ha presentado sus estudios de investigación, siempre encaminados a valorar el Método Hoffmann de trabajo y reconocimiento del mismo como beneficioso en el trabajo con nuestros usuarios y por consiguiente de gran utilidad para la persecución de los objetivos iniciales.

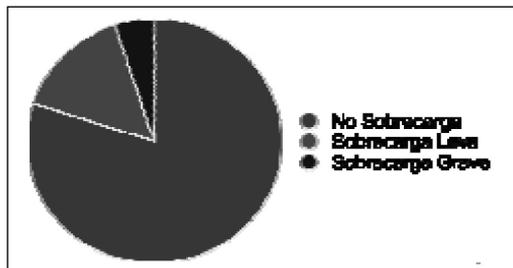
En el estudio "**Beneficios cognitivos y funcionales de la asistencia al centro de día en personas con demencia**" (Vigo 2008), estudio de corte descriptivo, retrospectivo y funcional con una muestra de 45 usuarios y tras la valoración en funciones cognitivas (MEC), funcionales (I. Barthel) y de marcha y equilibrio (escala Tinetti), tanto al inicio como al final del estudio obtenemos un alto índice de mejora a nivel cognitivo y físico-funcional,

concluyendo que nuestro trabajo multidisciplinar con el tratamiento especializado basado en el Método Hoffmann aporta un claro beneficio a las personas con demencia que asisten a nuestro centro.

Estudio Beneficios Asistencia Vitalia, todo centro de día Ferraz



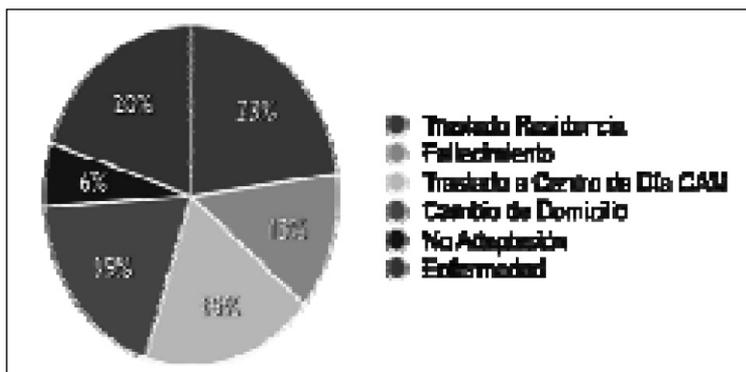
“Repercusión de la asistencia en el centro de día Vitalia Ferraz en sobrecarga del cuidador principal” (CEOMA 2009), es un estudio transversal, anónimo y voluntario realizado a los familiares / cuidadores de los usuarios. que acuden regularmente al centro de día Vitalia Ferraz con una antigüedad de al menos un mes, teniendo como criterios de exclusión la no asistencia regular al centro y presentar (el cuidador) algún deterioro cognitivo o no respetar el anonimato. Se valoró, de manera anónima junto a un cuestionario que se consignaba la edad, sexo, índice de Barthel y MEC de los usuarios, así como la escala de Zarit para los cuidadores, registrando también sexo y edad de los mismos. Se mantiene la observación de otros estudios en los que el cuidador principal son mujeres en su mayoría (59%). Un 55% de los CI refiere que la asistencia al centro de día les aporta tiempo libre y 50% capacidad para conciliar su vida familiar y laboral. El 90% de los cuidadores considera su situación personal como mejor o mucho mejor desde que asiste su familiar al centro de día. Contribuir, desde Vitalia tu centro de día al cuidado del cuidador informal, es uno de los aspectos que estamos desarrollando para un futuro. La ayuda a la sobrecarga de los cuidadores no es sólo facilitar herramientas para sobrellevar dicha sobrecarga.



7. Comunicaciones

Durante los seis años de funcionamiento de Vitalia, tu centro de día Ferraz de un total de 191 personas, sólo 16 fueron **motivo de baja** por institucionalización. Lo que nos da un índice elevado de uno de nuestros objetivos; la permanencia en su domicilio habitual rodeado de su familia y en su entorno el máximo tiempo posible, con esto evitamos la desorientación, desubicación y desarraigo que para estas personas supone la institucionalización:

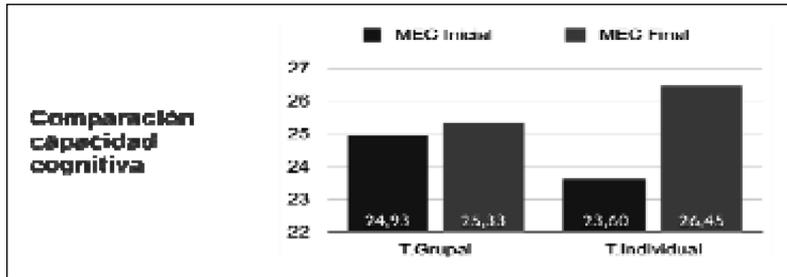
Datos motivo de bajas desde 2004 en Vitalia, tu centro de día Ferraz



“Beneficios de la psicoestimulación cognitiva individual vs. grupal en demencia a través del Método Hoffmann” (SEPG Pamplona 2009). Estudio prospectivo, longitudinal, de 12 meses de duración con muestra de 50 usuarios, divididos aleatoriamente en dos grupos;

- A) 30 usuarios que recibieron estimulación cognitiva grupal, impartida por TO, en 5 sesiones semanales de 120 minutos de duración, obteniendo una disminución del deterioro cognitivo funcional.
- B) 20 usuarios que recibieron psicoestimulación cognitiva individual, impartida por un neuropsicólogo con dos sesiones semanales de 60 minutos de duración, obteniendo mejoría en los síntomas cognitivos y conductuales. Ambos grupos tenían diagnóstico de demencia y eran mayores de 65 años. Fueron valorados inicial y final con el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo obteniendo mejoría ambos grupos, pero resalta estadísticamente el beneficio obtenido por el grupo B. Los beneficios de la psicoestimulación individual fueron significativos presentado beneficios en el área más afectada, pudiéndose controlar estado de ánimo, comunicación y cansancio y permitiendo una intervención global de prevención de otros trastornos, frente a la grupal en la que observo pérdida de atención, menor personalización de la terapia. Esto confirma la importancia de la personalización de las intervenciones de psicoestimulación cognitiva en personas con demencia.

Estudio de los beneficios de la psicoestimulación individual vs grupal



Conclusiones

La asistencia de manera rutinaria a Vitalia, tu centro de día y la utilización del Método Hoffmann como instrumento de trabajo, mejora las áreas cognitivas y funcionales de nuestros mayores lo que repercute positivamente en su nivel de dependencia. Como consecuencia nuestros usuarios han conseguido mantenerse en sus hogares y hemos registrado un bajo número de fallecimientos por lo que el Método Hoffmann contribuye al envejecimiento saludable de nuestros mayores.

7.12. La voz de los mayores: un análisis desde la perspectiva de género

Rodríguez Monter, M.; Fernández Velasco, E. y Brizuela Fernández, M.
Matia-Ingema U.T.E.

Introducción

Es imposible negar que el fenómeno del envejecimiento sea un hecho *imparable*, no en un sentido peyorativo al modo de Simone de Beauvoir, sino con su sentido y significado completamente natural y, como tal, seguirá incrementándose. Actualmente la población mayor de 65 años supone el 16,7% del total de la población en España, y en la ciudad de Madrid representa un 14,4% (INE, 2009). A estas cifras le acompaña una de las realidades demográficas con más relevancia en los últimos años sobre la población mayor en nuestro país, y es su composición femenina: las personas mayores de 65 años suponen un 30,2% entre las mujeres, frente al 26,1% que suponen entre los hombres. (INE, 2009). En ese sentido, en los últimos años y desde diferentes áreas de estudio, se ha ido introduciendo la perspectiva de género como punto clave de análisis en sus diversos trabajos e investigaciones. La intervención social con personas mayores, por tanto, tampoco puede dejar de lado esa perspectiva.

Dentro de dicho fenómeno el enfoque de género o *mainstreaming* como práctica y punto de análisis estructural, ha mostrado en sus diferentes resultados que puede ser un instrumento útil y apropiado para eliminar las *reales* y *posibles* desigualdades tanto en la vida laboral, como social o personal. En ese sentido la importancia de esta perspectiva, clave en otros estudios y enfoques de carácter psicosocial (García Hernández, 2007), es igualmente relevante a la hora de abordar el trabajo realizado con personas mayores. La conocida y popular idea de que *las mujeres viven de media más años que los hombres*, no puede servir únicamente como base a estudios de carácter económico o de salud, sino que debe servir como enfoque a incorporar de cara a la dinamización de la igualdad en las diferentes estructuras sociales.

Objetivos

Desde Matia-Ingema UTE, como *agente social* implicado en el desarrollo de un envejecimiento activo y beneficioso para las personas mayores, nos planteamos como objetivo contribuir al “debate e intercambio”, así como a reiterar el interés que puede alcanzar el análisis de género en el estudio de la visión, la voz y la opinión de las personas mayores

de 65 años. El objetivo principal de este trabajo fue validar la hipótesis que formula que las mujeres son las principales interlocutoras de las encuestas de satisfacción, y autoras de la mayor parte de las sugerencias de mejora realizadas a los gestores de los servicios, diferenciándose significativamente en número de los hombres.

Además, este análisis ha permitido poner de relieve que el valor de los recursos dirigidos a las personas mayores no es siempre el mismo para los hombres que para las mujeres, hecho que justifica de nuevo la necesidad de integrar la reflexión multidisciplinar a la planificación y gestión de los servicios.

Metodología

Para desarrollar este trabajo se ha analizado el resultado de la medición de la satisfacción de los usuarios de varios servicios municipales llevada a cabo durante los años 2008 y 2009. Concretamente, el estudio se ha centrado en tres de los programas de carácter no domiciliario incluidos en la Cartera de Servicios de la DGM del Ayuntamiento de Madrid: los Centros Municipales de Mayores (CMM), el Servicio de Podología y el Servicio de Fisioterapia Preventiva y de Mantenimiento¹.

La metodología utilizada para obtener los resultados se basa, por tanto, en la explotación estadística (SPSS 15.0) de cuestionarios, que miden la satisfacción que las personas usuarias tienen de diversos servicios de atención a mayores.

Resultados

Los resultados obtenidos tras los análisis demostraron que para los tres servicios evaluados las mujeres expresaron un mayor número de sugerencias de mejora que los hombres (ver tabla 1).

¹ Todos estos estudios han sido realizados por el Servicio de Información y Control de Calidad de la Dirección General de Mayores gestionado por Matia-Ingema

Tabla 1. Distribución de los comentarios por sexo

Distribución del número de sugerencias realizadas por los hombres y por las mujeres sobre el total de entrevistados que expresaron sus opiniones ²						
	CMM		Podología		Fisioterapia	
	N	%	N	%	N	%
Hombres	68	46,6	19	14,2	45	11,5
Mujeres	78	53,4	115	85,8	347	85,5
Total	146	100	134	100	392	100

(2) Datos ponderados (SPSS 15.0).

No obstante, del análisis del grado de satisfacción global de los servicios no han resultado diferencias significativas en función del sexo, aunque las mujeres tienen una valoración algo más alta que los hombres en todos los servicios (ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de medias por sexo³

Opinión general del recurso o programa						
	CMM		Podología		Fisioterapia	
	Media	Ds.Tp.	Media	Ds.Tp.	Media	Ds.Tp.
Hombres	8,45	1,354	8,75	0,875	8,71	1,345
Mujeres	8,67	1,340	8,96	0,842	8,92	1,135
Total	8,59	1,347	8,92	0,851	8,89	1,164
Relación entre el recurso y mejora en calidad de vida						
	CMM ⁴		Podología		Fisioterapia	
	Porcentaje		Media	Ds.Tp.	Media	Ds.Tp.
Hombres	36,9%		9,25	0,731	8,46	1,345
Mujeres	63,1%		9,47	0,630	8,63	1,288
Total	81,7%		9,43	0,655	8,61	1,366

(3) Datos ponderados (SPSS 15.0).

(4) Pregunta formulada: ¿El recurso cubre sus expectativas? (1=Si); (2=No).

En esta tabla se reflejan las respuestas afirmativas es decir, satisfactorias.

Además, específicamente en el programa de Podología se ha encontrado correlación entre dos variables: “sexo” y “calidad de vida dotada por el servicio”. Las diferencias existentes en la relación son significativamente más importantes para las mujeres que para los hombres (ver tabla 3).

Tabla 3. Correlaciones entre las variables: “opinión del recurso”, “recurso y mejora en calidad de vida” y “sexo”

Correlaciones entre las variables seleccionadas ⁵						
	CMM		Podología		Fisioterapia	
	<i>Opinión general del servicio</i>	<i>Mejora en la calidad de vida</i>	<i>Opinión general del servicio</i>	<i>Mejora en la calidad de vida</i>	<i>Opinión general del servicio</i>	<i>Mejora en la calidad de vida</i>
Sexo	0,067	-0,021	0,073	0,105*	0,045	0,031

(5) Datos ponderados (SPSS 15.0).

(*) La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral). Correlación de Pearson.

Conclusiones

Nuestra hipótesis de partida pretendía establecer la existencia de diferencias significativas entre el número de comentarios y/o sugerencias y el género; sin embargo, los resultados han demostrado que si bien no existen diferencias excesivamente significativas, las mujeres se expresan en mayor número que los hombres. En el caso concreto del servicio de Podología, sí encontramos correlaciones significativas por sexo: para las mujeres dicho servicio “ha mejorado su calidad de vida” más que para los hombres.

En este sentido, puede reiterarse que la voz de nuestros mayores, en especial la de las mujeres, requiere de un espacio y atención particular; dado que su expresión (cuantitativa) es más numerosa, y para algunos recursos es, además, diferente en cuanto a su significación y repercusión con respecto a los hombres. No es lo mismo envejecer siendo hombre que siendo mujer; por lo tanto es muy necesario tener en cuenta estas diferencias a la hora de plantearse nuevas estrategias o acciones de cara a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Una fuente de dificultades consiste en analizar la trayectoria vital de las mujeres con los patrones aplicables a los hombres, y por ello urge comprender las causas y analizar las consecuencias actuales de la significación social de cada una de las diferentes edades y sexos, incorporando este desarrollo a todos los programas y a la intervención que a diario realizan todos los agentes sociales implicados en el trabajo con las personas mayores.

Referencias

- Beauvoir, S. (1983) *La vejez*. Barcelona: Edhasa.
- Durán, M^a A. (1986) *La jornada interminable*. Barcelona: Icaria.
- García Hernández, G. (2007) Psicología Social y Género. En Miguel Ángel Aguilar, M.A. y Reid, A. (coord.), *Tratado de psicología social: perspectivas socioculturales* (pp. 96-119). Madrid: Anthropos.
- Instituto de la Mujer de la Región de Murcia. Guía para la evaluación del impacto de Género. Orientaciones para la elaboración del informe de valoración del impacto en función del género de las disposiciones normativas que elabore el Gobierno Regional. Consultado el día 18 de enero de 2010 en: <http://www.mupolsoc.org/actividades/genero/impacto.doc>
- Instituto Nacional de Estadística. Consultado el día 19 de octubre de 2009 en: <http://www.ine.es>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid (2005) *Libro Blanco de la dependencia*. Madrid: IMSERSO.

7.13. Las personas mayores y la seguridad en el hogar: estudio sobre accidentes domésticos en la Comunidad de Madrid

Mingueza Se bastián, Y.

Subdirectora Instituto de Salud, Prevención y Medio Ambiente. Fundación MAPFRE.

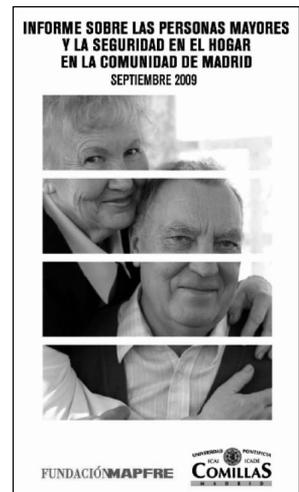
Campos Dompedro, J.R. y Sacedo Gómez, J.C.

Área de Desarrollo de Mapfre Quavitaes.

Introducción

El Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente de la FUNDACIÓN MAPFRE, con la colaboración de MAPFRE QUAVITAE, ha valorado la necesidad de desarrollar acciones que favorezcan que las personas mayores se mantengan funcionalmente autónomas el mayor tiempo posible en su hogar, favoreciendo el bienestar y calidad de vida de éstas y sus familias.

Desde esta premisa, y fruto de la evolución de la Campaña **“Con Mayor Cuidado”** que comenzó su andadura a finales de 2007, y tras la necesidad de revisar los datos obtenidos en el primer estudio de investigación *“Estudio de investigación sobre seguridad en el domicilio de personas mayores”*, realizado a nivel estatal en una muestra de personas mayores en 13 provincias, se presentó el pasado mes de septiembre de 2009 la segunda oleada del estudio, **“Informe sobre las personas mayores y la seguridad en el hogar en la Comunidad de Madrid”**. Esta vez se circunscribe al estudio de la realidad de las personas mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid, así como a su ámbito doméstico, profundizando en aquellos datos que hablan sobre la realidad de las personas mayores en lo que se refiere a su salud (hábitos de alimentación, de práctica deportiva, de participación social, diagnósticos y consumo de fármacos, ...) así como otros factores considerados preventivos frente a la accidentalidad.



Objetivos

El objetivo de este Estudio es doble, por un lado, analizar la prevalencia de los accidentes así como las circunstancias por las que se producen en el hogar en personas mayores de

7. Comunicaciones

65 años en la Comunidad de Madrid y, por otro, establecer puntos fuertes y débiles para potenciar y fortalecer aquellas acciones que se consideran más positivas como agentes de prevención de los accidentes domésticos en este grupo de población. Por tanto, detectar en qué medidas habría que hacer mayor hincapié para lograr una mayor efectividad de la prevención.

De un modo más operativo, los objetivos planteados en el Estudio han sido:

- Conocer la prevalencia de los accidentes domésticos entre la población de personas mayores en la Comunidad de Madrid. Describir los accidentes y estudiar su importancia por su incidencia y elevada morbi-mortalidad.
- Analizar el estado de salud y enfermedades presentes en la población mayor de la Comunidad de Madrid que reside en domicilio.
- Analizar los hábitos saludables y otros hábitos de conducta relacionados con accidentes: hábitos alimentación, práctica de actividades deportivas y de ocio, ...
- Describir las consecuencias de los accidentes en las personas mayores.
- Conocer qué medidas preventivas usan en su propio hogar las personas mayores de la Comunidad de Madrid, apoyos domésticos tanto personales como materiales.

Arrojar conclusiones sobre factores protectores de accidentes, especialmente caídas.

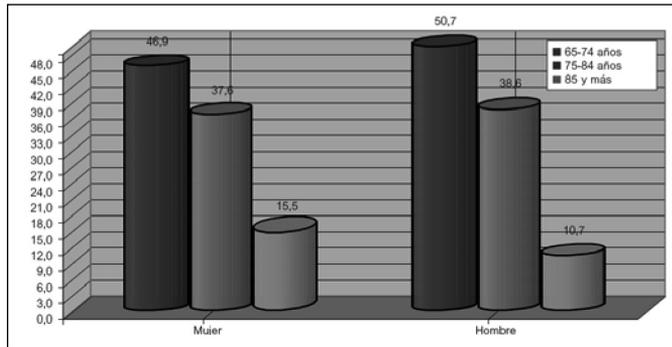
Método

Estudio de corte transversal. Recogida de datos mediante encuestas telefónicas asistidas por ordenador atendiendo a la recogida de datos en un cuestionario precodificado diseñado tras revisión bibliográfica de estudios afines (prevalencia accidentes poblac. mayor no institucionalizada). Recogida de datos sociodemográficos, accidentes, causas, y consecuencias, así como hábitos de salud (cuestionario de recogida de datos incluido en el Estudio).

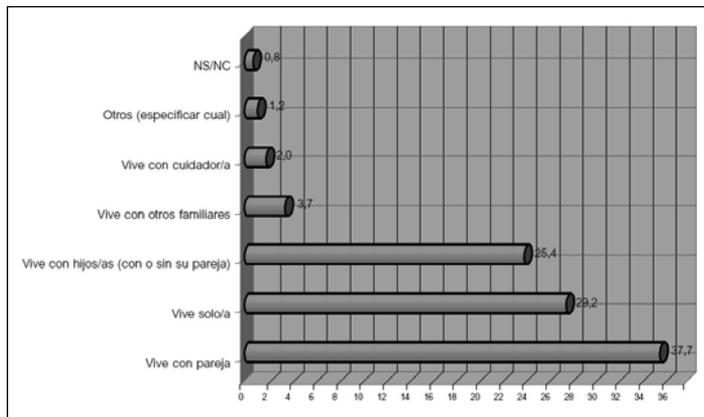
Ámbito de estudio: Comunidad de Madrid, incluyendo en la muestra 33 municipios que representan la variedad geográfica y poblacional que existe en este territorio.

Muestreo: atendiendo a datos del padrón municipal de 2008, se establecieron cuotas para controlar la segmentación de la muestra y ajustar ésta por afinación proporcional atendiendo a las características demográficas. 804 entrevistas telefónicas con un nivel de confianza del 95%, margen de error + 3,4 para datos globales.

Distribución de la muestra según género y edad



Composición del hogar



Resultados

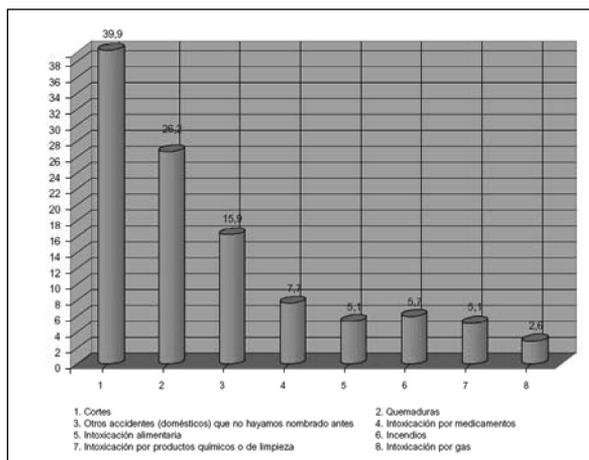
Entre otros resultados obtenidos en el Estudio, cabe destacar:

- Entre los accidentes que con mayor frecuencia le suceden a las personas mayores encuestadas en la Comunidad de Madrid se encuentran las caídas, con una prevalencia de 11,4%, seguidas por otro tipo de accidentes, que se dan en menor medida, en un 4,6%, siendo estos por orden los cortes (39,9%), las quemaduras (26,2%), y las intoxicaciones (5%). Entre las personas mayores que afirman haber tenido alguna caída, el 75'3% se ha caído sólo en una ocasión en el último año, un 10% dos veces y el 6% se cayó cinco o más veces.
- De la muestra estudiada, han sufrido al menos una caída en el domicilio en el último año un 44,6 %, siendo los lugares más frecuentes donde éstas se han producido, por

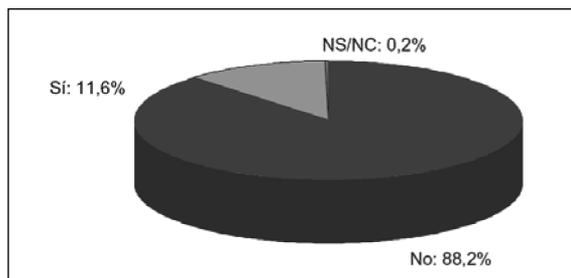
7. Comunicaciones

orden, el dormitorio (26,8 %), el baño (23,2 %), la cocina (17,3 %), y las escaleras interiores (especialmente en edades comprendidas entre 65 a 74 años). En cuanto a la situación en el momento de sufrir la caída, la situación más frecuente es encontrarse solo (42,7%) desarrollándose más frecuentemente las actividades propias del cuidado del hogar cuando se producen.

Accidentes domésticos



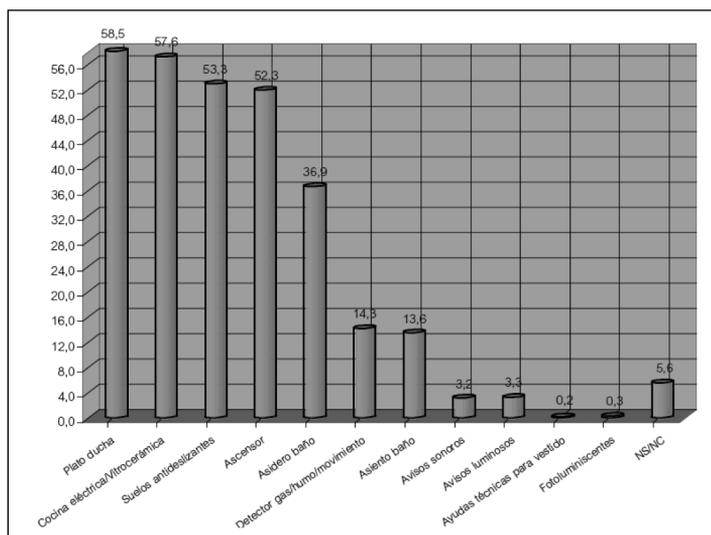
Ha sufrido alguna caída importante en el último año



- Entre los motivos de la caída que las personas mayores entrevistadas señalaron se encuentran los mareos y desmayos, en un 22,4 %, y los obstáculos en el suelo, 16 %.
- Entre las consecuencias de las caídas destaca la presencia de lesiones en un 54% de los casos, siendo el tipo de lesión más frecuente las contusiones y golpes, en un 45,3%, seguido de las fracturas, 45,1%. Se presenta necesidad de asistencia médica tras la caída en más de la mitad de los casos (58,5%), y necesidad de ser atendido en urgencias hospitalarias para casi también la mitad de las caídas que se producen 45,6%. Se da la necesidad de ingreso hospitalario en un 13,4 % de los casos.

En lo que se refiere a la instalación de Ayudas en el Hogar, destaca el elevado número de personas mayores que manifiestan no necesitar ninguna ayuda (68,8%) y, entre los que sí necesitan alguna ayuda, la gran mayoría la necesita para realizar las tareas del hogar (70%) y compras cotidianas (67,7%), seguidas muy por detrás de otras actividades como preparar comidas o bañarse, entre otras. Más del 50% de los encuestados tienen en sus hogares plato de ducha (58,1%), cocina eléctrica/vitrocerámica (57,1%), suelos antideslizantes (52,9%) y ascensor (51,9%), entre otros sistemas de prevención de accidentes. El 27% de la población estudiada tiene algún tipo de Ayuda Domiciliaria, siendo las mujeres y los dos grupos de más edad (75-84 años, y 85 y más) quienes tienen significativamente más ayudas en el hogar. Entre las personas mayores que reciben ayuda domiciliaria, en más de la mitad de los casos (57,8%) éstas son públicas, estando cerca del 40% quienes las tienen de tipo privado. Las actividades para las que tienen estas ayudas domiciliarias son las tareas domésticas (63,7%), seguida de la Teleasistencia domiciliaria (42,5%).

Sistemas de ayuda y protección en el hogar



Otros datos importantes son la Percepción Subjetiva sobre la Propia Salud; el 58,4% de los entrevistados opina que su salud es buena, el 30,8% dice que es regular y el 9,3% restante opina que es mala o muy mala. En cuanto a enfermedades, un 54,2% de las personas mayores no tiene ninguna enfermedad o dolencia importante mientras que el 44% sí afirma tenerla (artritis/artrosis (26,4%), hipertensión (17,1%), enfermedades de corazón y la diabetes (15,4% y 15,1 % respectivamente).

- En lo que se refiere al Consumo de Fármacos señalar que la gran mayoría de los mayores estudiados los consumen (86,8%), aunque se encuentra Polifarmacia sólo en

el 29% de la muestra. Entre los Hábitos de Alimentación destaca el consumo diario de productos lácteos, fruta fresca y líquidos en un elevado porcentaje, siendo el consumo de carne el menos frecuente, a diario (6,6%). En lo que se refiere a la Práctica Deportiva los resultados indican que sólo el 24% de las personas mayores practica algún deporte; caminar como ejercicio y la gimnasia de mantenimiento en un centro deportivo son las dos actividades más practicadas.

Conclusiones

Los datos del presente Estudio revelan que 11 de cada 100 personas mayores que se mantienen en su domicilio han sufrido una caída en el último año, sucediéndose éstas casi a partes iguales dentro y fuera del domicilio. Atendiendo a los datos del estudio sufrir un accidente, en la mitad de los casos, va a suponer lesiones, y va a ser necesario la asistencia médica. Además de caídas, en el ámbito doméstico pueden presentarse otros accidentes, como cortes e intoxicaciones, aunque su prevalencia es mucho menos destacada.

Ante esta realidad se hace necesario que las personas mayores conozcan a qué riesgos están expuestos en su hogar, para favorecer su prevención, lo que debe ser uno de los objetivos principales de los profesionales que trabajamos con este grupo de población. Incorporar cambios y adaptaciones en la vivienda, cuidar nuestro estado de salud y cumplir con las revisiones médicas, así como realizar las actividades de la vida diaria y del mantenimiento del hogar de un modo seguro son algunos consejos que la **Campaña “Con Mayor Cuidado”** quiere hacer llegar a la población de personas mayores, buscando favorecer su autonomía y calidad de vida.

Para finalizar señalar que derivado de los estudios realizados por el *Instituto de Prevención, Salud y Medioambiente de Fundación MAPFRE* se ha trabajado en el diseño y difusión gratuita de distintos materiales tanto para personas mayores como para profesionales con el objetivo de favorecer la prevención de accidentes, y cuya descarga gratuita está disponible en la página Web de esta Campaña: www.conmayorcuidado.com