

# Envejecimiento Activo

Un modelo de intervención



Patrocina:

**Fundación Barrié**

Colaboran:



**G**calidad  
de vida **E**

# Envejecimiento Activo

*Un modelo de intervención*

*Estudio sobre el impacto de las actividades de envejecimiento activo en la comarca de A Limia (Ourense)*



### **Comité científico**

---

Ramona Rubio Herrera. Universidad de Granada.

Cristina Dumitrache. Universidad de Granada.

Laura Rubio. Universidad de Granada.

### **Coordinación Técnica**

---

María del Carmen Alonso González

Ignacio Javier Bedoya Batres.

Cristina Lobelle Badás

### **Coordinación en el Territorio**

---

Miguel Blanco Grande

### **Equipo Técnico**

---

Ana Lama, Ana Vázquez, Concepción Fidalgo, Florentina Fidalgo, Laura

Garrido, Marga Ansias, Mercedes Méndez, Palmira González, Rosario

Campos y Soledad Fernández.

Copyright © 2012 Caritas Diocesana de Ourense



Estudio sobre el impacto de las actividades de envejecimiento activo en la Comarca de A Limia by [Caritas Diocesana de Ourense](#) está bajo la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License](#).

Creado a partir de la obra en [www.caritasourense.org](http://www.caritasourense.org).

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las siguientes condiciones:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadore (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
- **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- **Compartir bajo la misma licencia.** Si altera o transforma esta obra, o genera una obra derivada, sólo puede distribuir la obra generada bajo una licencia idéntica a ésta.

# ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS.....	7
ÍNDICE DE TABLAS .....	8
PRESENTACIÓN .....	11
PRÓLOGO .....	15
FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO .....	23
ANÁLISIS DEL CONTEXTO.....	43
El modelo ecológico de Bronfenbrenner .....	43
Descripción del territorio – la Comarca de A Limia .....	50
Análisis de la Población.....	54
Estado del Bienestar. Nivel comarcal.....	63
Recursos de la comarca .....	65
ANÁLISIS DEL MESOSISTEMA .....	71
Ayuntamiento de Calvos de Randín .....	71
Ayuntamiento de Baltar.....	80
Estado del Bienestar y Recursos. Nivel municipal.....	89
ANÁLISIS DEL MICROSISTEMA A NIVEL MUNICIPAL .....	97
Análisis de la población.....	97
EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	107
Hipótesis de la acción.....	107
Objetivos del proyecto de intervención.....	108
Localización .....	109
Participantes.....	111
Temporalización .....	113
Proceso de la intervención .....	116

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN PRE- TEST.....	141
Descripción de la muestra .....	141
Resultados sobre estilos de vida de la muestra.....	143
Realización de actividades .....	146
Funcionamiento cognitivo .....	149
Expectativas generales ante la vida y calidad de vida .....	149
Optimismo y calidad de vida .....	152
RESULTADOS DERIVADOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (APLICACIÓN POST).....	157
Funcionamiento cognitivo .....	157
Calidad de vida .....	159
Optimismo y calidad de vida .....	160
Discusión.....	163
ANÁLISIS DE COSTES .....	169
Enfoque del proceso.....	169
Valoración de costes.....	170
Programa de Envejecimiento Activo .....	174
Resumen general de costes .....	176
Cartera de servicios de la administración .....	178
Resumen final de costes .....	189
ANÁLISIS DE BENEFICIOS.....	195
Valoración de beneficios.....	195
CONCLUSIONES .....	211
ANEXOS.....	217
Glosario de términos.....	217
Guía de aplicación de los instrumentos de evaluación .....	222
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	251
AGRADECIMIENTOS .....	257

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide de población Comarca A Limia – 2011. Fuente IGE. ....	58
Figura 2. Fuente IGE. Indicadores demográficos. Proyección de población para el año 2017. ....	60
Figura 3. Pirámide de población Calvos de Randín – 2011. Fuente IGE. ....	75
Figura 4. Pirámide de población municipal, Ayuntamiento de Baltar. Fuente: IGE. ....	84
Figura 5. Contexto demográfico por zonas. ....	99
Figura 6. Comparativa entre población total y población > de 65 años. ....	100
Figura 7. Porcentaje de población mayor de 65 años. ....	100
Figura 8. Distribución de la población del estudio según la edad. ....	101
Figura 9. Porcentaje de participantes según grupos de edad. ....	102
Figura 10. Porcentaje de participantes en las actividades, según localidad de residencia. ....	112
Figura 11. Comparativa entre población > de 65 años y población participante en el estudio. ....	112
Figura 12. Porcentaje de participantes según sexo. ....	113
Figura 13. Puntuación media del Mini-Examen Cognitivo. ....	158
Figura 14. Puntuación media Test del Reloj. ....	158
Figura 15. Puntuaciones en el criterio de Calidad de Vida. ....	159
Figura 16. Nivel de optimismo en la dimensión Entorno. ....	161
Figura 17. Nivel de optimismo en la dimensión Salud Psicológica. ....	162
Figura 18. Nivel de optimismo en la dimensión Calidad de Vida Global. ....	163

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población de A Limia por grupos de edad. Fuentes: IGE, INE. Padrón municipal a 1 de enero de 2011. ....	52
Tabla 2. Población de A Limia mayor de 80 años. Fuentes: IGE, INE. Padrón municipal a 1 de enero de 2011. . ....	52
Tabla 3. Entidades de población de la comarca de A Limia. Fuente: IGE. ....	53
Tabla 4. Saldo Vegetativo Comarca de A Limia, año 2010. Fuente: IGE. ....	55
Tabla 5. Edad media y distribución de la población en grandes grupos. Fuente IGE, datos a 1 de enero de 2010. ....	60
Tabla 6. Indicadores de edad de la población. Fuente: IGE. ....	61
Tabla 7. Pensiones y otras prestaciones. Fuente: IGE, datos 2010. ....	63
Tabla 8. Pensiones y otras prestaciones. Fuente: IGE, datos 2010. ....	65
Tabla 9. Población de Calvos de Randín, grandes grupos de edad. Fuente IGE, datos a 1 de enero de 2011. ....	71
Tabla 10. Población de 80 y más años de Calvos de Randín. Fuente IGE, datos a 1 de enero de 2011. . ....	72
Tabla 11. Saldo Vegetativo de Calvos de Randín. Fuente: IGE, datos año 2010. ....	73
Tabla 12. Edad media y distribución de la población por grandes grupos de edad. Fuente: IGE. ....	78
Tabla 13. Indicadores de edad de la población de Calvos de Randín. Fuente: IGE. ....	78
Tabla 14. Población de Baltar según grandes grupos de edad. Fuente: IGE. ....	80
Tabla 15. Saldo Vegetativo de Baltar. Fuente: IGE, datos 2010. ....	82
Tabla 16. Edad media y distribución de población por grupos de edad. Fuente: IGE. ....	86
Tabla 17. Indicadores de edad de la población de Baltar. Fuente: IGE. ....	87
Tabla 18. Comparativa de recursos sociocomunitarios a nivel municipal. ....	92
Tabla 19. Distancias kilométricas entre las localidades participantes en el estudio. ....	110
Tabla 20. Descripción de la muestra. ....	142
Tabla 21. Relaciones sociales. ....	143

Tabla 22. Resultados obtenidos en el criterio de calidad de vida. ....	151
Tabla 23. Supuestos de consumo personal en relación a los ingresos. ....	172
Tabla 24. Costes generales. Supuesto 1 (con alquiler). ....	173
Tabla 25. Costes generales. Supuesto 2 (sin alquiler). ....	173
Tabla 26. Resumen de costes del Programa. ....	174
Tabla 27. Estructura de costes operativos. (*) Personas participantes 83. ....	175
Tabla 28. Estructura de costes de personal. Docente. (*)Entre paréntesis el número de monitoras en cada una de las actividades. ....	175
Tabla 29. Estructura de costes de personal (coordinación/formación). ....	175
Tabla 30. Costes generales con asistencia al programa. Supuesto 1 con alquiler. ....	177
Tabla 31. Costes generales con asistencia al programa. Supuesto 2 sin alquiler. ....	177
Tabla 32. Resumen de costes en los distintos supuestos y comparativa con Supuesto 1. ....	188
Tabla 33. Resumen de coste mensual por persona según los supuestos planteados. ....	189

PRESENTACIÓN

## PRESENTACIÓN

El Proyecto de Análisis del Impacto de las Actividades de Envejecimiento Activo desarrolladas en la Comarca de A Limia (Ourense) responde a una ambiciosa iniciativa. Promovida por Cáritas Diocesana de Ourense, desarrollada con el apoyo financiero de la Fundación Barrié, y bajo la dirección científica y académica de la Cátedra de Psicogerontología Social de la Universidad de Granada a lo largo del año 2011, tiene como objetivo el análisis de la mejora del bienestar de las personas mayores que viven en el rural ourensano, a fin de determinar si es debido a la puesta en marcha de servicios y actividades en su contexto. Se ha tratado en definitiva de evidenciar que se puede validar este modelo de intervención social, como complementario al modelo de atención a los mayores basado en el sistema residencial, por sus efectos y resultados positivos, tanto a nivel individual para cada una de las personas participantes, como a nivel social, para la propia comarca.

La ejecución del proyecto ha requerido de la colaboración de numerosas personas, así como de la participación de una amplia muestra de hogares del rural de A Limia. El proyecto ha supuesto un avance en el campo del conocimiento de la intervención social con personas mayores y muy mayores, pero sobre todo en el área de la dinamización socioeconómica del medio rural.

Tras este estudio estamos sobre la pista de cómo poder, de manera innovadora, ayudar a fijar población en el rural, tras constatar un vertiginoso envejecimiento demográfico de la zona elegida para desarrollar el proyecto, además de estar en condiciones de afirmar cómo podemos atender mejor a las personas ancianas, que parecen requerir una mayor aportación económica y social, especialmente en la atención sociosanitaria.

Los cambios de longevidad provocan un impacto para la sociedad. La clave está en la lectura que se haga: No todos los impactos comportan o generan gasto social, sino que también pueden producir retornos y beneficios tanto individuales (mejora del bienestar físico, menor morbilidad), como sociales (dinamización y vida en los pueblos) y económicos (empleo, fijación poblacional) en la zona originaria y de residencia de las personas mayores.

Por último, sólo cabe dedicar este trabajo a todas las comunidades rurales, en las que viven personas mayores solas, porque no son personas pasivas ni dependientes, sino llenas de vitalidad y voluntad de seguir siendo dueñas de su destino.

PRÓLOGO

Miguel Blanco Grande  
Coordinador en el territorio del Programa de Envejecimiento Activo



## PRÓLOGO

### Un viaje inesperado

A veces en un viaje llegas a lugares impresionantes y sin saber muy bien como, pero al pararte y mirar hacia atrás, descubres todo un entramado de circunstancias, personas y actitudes, ajenas y propias, que te han llevado a donde te encuentras.

Este proyecto podemos decir que ha sido y está siendo como un viaje inesperado que ha regalado alegría, ilusión, autoestima, espacios de encuentro y de vida a personas mayores y jóvenes de nuestro rural tan abandonado y sigue dando entusiasmo, pequeñas esperanzas y motivos para vivir y luchar a estas gentes.

Del entramado de actitudes, que han hecho posible el viaje de este proyecto, podemos destacar: la inquietud y la búsqueda, la apertura y la escucha, la observación y la contemplación, la bondad y la confianza (texto: Lc 11, 9-10.)

Este proyecto de atención a los mayores en el rural nace de una *inquietud*: la preocupación por las personas mayores que viven en zonas rurales, en las que la población alcanza unos porcentajes de envejecimiento altísimos.

Ésta era **una inquietud compartida** por Cáritas Diocesana de Ourense, que será la coordinadora del programa, por la Universidad de Granada, que será la directora del estudio, por la Fundación Barrié, que será la que apoyará el trabajo de campo y el estudio y por dos sacerdotes diocesanos que trabajan en las zonas de Xunqueira de Espadañedo y del Valle del Salas, respectivamente. Esta inquietud hizo que en un comienzo nos encontrásemos Ignacio, Cristina, Mari, Ramona, Javier, Isabel, Carlos y Miguel, junto al respaldo de cada equipo de personas que trabaja en estas instituciones. Después de compartir distintos encuentros, empezaron a concretarse las líneas del proyecto, que comenzaba su viaje, sin saber cómo se iría desarrollando, pero con la certeza de que preocuparse por los mayores en el mundo rural era un viaje que era necesario emprender.

16

### **¿Qué se buscaba con este proyecto?**

1º Apostar por la atención de los mayores en su lugar de residencia (utilizando la comparación de los viejos árboles, podemos decir que se trata de no arrancar al viejo árbol de su tierra, pues hay muchas personas mayores que al igual que el viejo árbol no son capaces de sobrevivir al ser trasplantados después de tantos años).

2º Fomentar el envejecimiento activo y la calidad de vida de los mayores (es decir, cuidar y ayudar a las personas mayores del rural, como

a los viejos árboles, a seguir creciendo y dando fruto, no condenarlas al abandono y a que subsistan como puedan).

3º Comprobar, mediante un estudio, que el cuidado y atención de las personas mayores en el rural hace que mejore su calidad de vida *“también a las personas mayores, como a los viejos árboles, cuando se les cuida con cariño no sólo se evita su muerte prematura, sino que mejoran la calidad de sus frutos: el rico bagaje de experiencia y vida que pueden aportar a las generaciones más jóvenes” Canción de los viejos árboles de Labordeta.*

4º Poder dinamizar zonas rurales bastante abandonadas y en camino de despoblación ¿cómo? mediante una red de servicios y actividades que fomentasen: el envejecimiento activo de las personas mayores, el empleo en el rural y la recuperación del patrimonio inmaterial y material.

Desde **la observación y contemplación de la realidad** pudimos descubrir que la población en esta zona estaba muy envejecida, que apenas había matrimonios jóvenes y niños, y que el patrimonio material en no pocos casos se encontraba muy abandonado.

Para el conocimiento de esta zona lo que hicimos fue recorrerla palmo a palmo, recorriendo los (19) pueblos en distintas ocasiones según el trabajo a realizar. Nos empujaba la convicción de que los proyectos donde mejor se pueden fraguar es:

1º **En el acercamiento a la propia realidad:** caminando por los pueblos descubres su patrimonio material, sus riquezas paisajísticas, pero sobre todo empiezas a conocer a sus gentes, las sucesivas visitas desinteresadas abren puertas a la confianza con ellas.

2º **Creando relaciones de confianza, desde la escucha y la apertura:** desde ahí, como en un mirador privilegiado sobre la realidad humana, vas conociendo la situación de las personas, sus preocupaciones, sus demandas y sus necesidades, esta confianza que generan los encuentros con las personas es la que después te permite hacer propuestas que nazcan de su realidad y que puedan tener eco en ellas.

3º **Descubriendo el potencial de recursos** humanos y materiales in situ.

4º **Compartiendo las ideas desde la confianza.**

Por todo ello para poner en marcha un proyecto de dinamización de la zona partiendo de su base de población más amplia, observamos que era necesario:

1º **Sensibilizar a las personas mayores** para que descubriesen que a través de servicios como la atención a domicilio o la participación en talleres de actividades y que mediante la participación en procesos para la recuperación del patrimonio inmaterial podían mejorar su calidad de vida.

2º **Formar** a gestores/as, monitores/as y cuidadores/as en la propia zona que pudiesen acompañar, atender y cuidar a los mayores, de esta manera se podrían crear puestos de trabajo y fijar población en el rural.

3º Incentivar en los agentes del proyecto y en sus beneficiarios **procesos de recuperación del patrimonio**, tanto material, como inmaterial.

Al final descubrimos que el proyecto nace cuando hay algo que une la realidad, las personas y los recursos humanos; ese algo puede ser compartir un mismo sueño. El proyecto crece cuando hay alguien que hace despertar en el corazón de las personas ilusiones y esperanzas en un futuro mejor, y el proyecto se fragua cuando alguien, que nos trasciende, nos sigue haciendo capaces de sintonizar con la entraña de las personas con quienes vivimos.

Para los que tenemos fe ese alguien que despierta nuestro corazón y que nos hace sintonizar con la entraña de la persona, es el Espíritu de Dios y, lo que hace nacer y crecer en nosotros, es la caritas, es el amor el que nos hace creer en las personas y querer caminar con ellas buscando un futuro mejor, un futuro que Él nos dice ha de estar tejido con hilos de fraternidad, por eso nos sigue invitando a no dejar de caminar para poder realizar este anhelo en alma de cada proyecto que se ha puesto en marcha.

## FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO



## FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO

### *Elección del tema del proyecto de intervención y de estudio.*

#### *Estado de la cuestión.*

El escenario rural gallego, en general, y el orensano en particular, está siendo representado por una crisis poblacional de dimensiones inquietantes. Desde las administraciones públicas y otras entidades se asiste a esta realidad con desconcierto y falta de ideas innovadoras. La agenda de desarrollo rural puede y debe convertirse en una prioridad por cuanto puede colaborar a frenar la desertización de nuestros pueblos, a conservar nuestra identidad, y a ofrecer alternativas de empleo.

Las transformaciones sociales oportunas en este ámbito deben venir dadas por la atención endógena, profesional, y cercana a nuestros mayores, con lo que se permitirá a su vez el desarrollo, el reconocimiento real de los derechos fundamentales de la persona, la equidad o la provisión de bienes públicos, así como el empleo, y todo ello desde un enfoque realista.

Para reflexionar y debatir sobre esto, el presente Estudio presenta una Hipótesis-Acción que pivota sobre tres ejes:

- 1) El impacto y la dinámica de la evolución demográfica.
- 2) La emergencia de nuevos y necesarios paradigmas de desarrollo.

3) Las políticas sociales en el contexto rural ante un nuevo ciclo: retos y perspectivas.

El estudio es fruto de un trabajo colectivo que aprovechó las sinergias del territorio rural en el que se intervino, creando un espacio de reflexión plural para comenzar a responder algunas de las grandes cuestiones que están sobre la mesa: ¿Cómo podemos incidir en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores y muy mayores que residen y resisten en sus pueblos, y cuyo grado de autonomía es todavía medio o alto? ¿Pueden verse en el horizonte del desarrollo rural alternativas de empleo que traigan consigo fijación de población? ¿Qué tipo de desarrollo necesitamos para avanzar en esta materia? ¿Cómo podemos dialogar con los sectores privado y público para apoyar el desarrollo rural?

24

A partir de estas y otras cuestiones desde el año 2010 en la comarca de A Limia, en concreto en los pueblos de Calvos de Randín y Baltar, Cáritas Diocesana de Ourense, con el apoyo de la Fundación Barrié y la Cátedra de Psicogerontología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada, da un paso adelante con el objetivo de influir en el contexto rural, establecer propuestas sociales y compromisos que signifiquen alianzas consecuentes con un enfoque del desarrollo humano y con la construcción de un espacio vivo, y de calidad.

Observamos que la soledad social es uno de los más importantes problemas que se dan en nuestra población mayor, sobre todo si vive en el rural, y uno de los factores que más directa consecuencia tiene en el

incremento de patologías asociadas al envejecimiento y el incremento de los índices de dependencia.

Según la Organización Mundial de la Salud el *“Envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación, y seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que se envejece, de tal modo que permita que las personas desarrollen su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de toda la vida y participen conforme a sus necesidades, deseos y capacidades”*.

El envejecimiento activo siguiendo las directrices de la OMS, se aplica tanto a los individuos como a los grupos. Y permite que las personas mayores y muy mayores:

1. Mejoren su calidad de vida, porque es uno de nuestros valores más preciados y apreciados. Nos referimos a la salud integral (salud biológica, mental y social), como base para una vida de calidad.
2. Realicen su potencial de bienestar físico, social y mental, porque importa el desarrollo personal y social de cada cual.
3. Participen en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, porque importa darle vida a los años, a través de una participación activa, comprometida y solidaria en la marcha de su comunidad. Observamos que las personas mayores y muy mayores están atentas a los problemas y necesidades que le son cercanos o

propios, y se interesan por todo lo que pasa (y no pasa) a su alrededor.

Creemos que el mayor puede seguir envejeciendo en su hogar, en su pueblo, generando nuevos estilos de apoyo profesional, que sustituya no totalmente pero si parcialmente a la familia, a cargo de profesionales que saben y pueden promocionar el envejecimiento activo, y a la vez, salvar la vida de los pueblos. El pueblo es tradición, cultura, edificios con historia, en muchos casos patrimonio de la Humanidad; el pueblo es un testimonio histórico valioso que aglutina la experiencia de cuantos por allí pasaron; El pueblo, en definitiva, es un legado, que no puede trasladarse a un centro geriátrico.

26

El mayor, mientras sus niveles de autonomía son acreditables, puede envejecer en casa si se le prestan los servicios profesionales necesarios y el apoyo de los servicios sociales. En la construcción de estrategias adecuadas para el enfrentamiento a cambios físicos, psíquicos y sociales a los que ha de enfrentarse, surge la necesidad de prestar apoyo, y de ahí que se pueda generar empleos de proximidad. Seguir manteniendo vivos los pueblos, promocionar a los mayores en su hábitat no supone más gasto social, y sí múltiples beneficios económicos, y sobre todo humanos.

Para la aplicación de la Hipótesis-Acción se elige la comarca de A Limia por combinar varios factores esenciales:

1. Un análisis de la realidad estremecedor, ya que es un territorio que tiene los parámetros de envejecimiento y sobre-envejecimiento más elevados.
2. Un líder comunitario, su párroco, agente muy emprendedor que quiere convertir su actual etapa en una etapa de plenitud, facilitándole a sus feligreses más vida a los años que tienen. Asiste además, desde hace varios años, a un lento y paulatino despoblamiento y abandono por parte de los jóvenes de su tierra a cambio de otras en las que se ofrezcan alternativas de empleo y calidad de vida. Y como vivimos en una sociedad donde ha sido la familia la que se ha hecho tradicionalmente cargo del cuidado de sus mayores, cuando ésta falta por los cambios sociales derivados del éxodo de los jóvenes, del subsiguiente descenso de natalidad, la incorporación de la mujer al mundo laboral, los movimientos migratorios hacia ciudades con más oportunidades de trabajo etc., los mayores cuentan con menos apoyo familiar. Tal vez la opción ante esta realidad no está en sustituir ese vacío de la familia por instituciones geriátricas; existen alternativas intermedias y en esta línea va nuestro proyecto.
3. La proximidad a la frontera de Portugal, país con unos parámetros sociodemográficos y unas problemáticas que nos hermanan, y permite pensar en proyectos transfronterizos con fondos de la Unión Europea que palien y prevengan estos indicadores.

4. El aislamiento de la zona objeto de estudio. Existe una carretera finalista que acaba al llegar a Calvos de Randín. Éste, por tanto no es un lugar de paso, sino un lugar aislado, al que van los que guardan alguna relación de vecindad o de familiaridad.
5. La falta de recursos comunitarios del territorio que faciliten los procesos de convivencia y socialización entre vecinos. Ya no quedan más que apenas vestigios de antiguos espacios informales de encuentro (el horno común, el lavadero, la escuela unitaria y la antigua escuela).

Entendemos que el modelo de intervención social a favor de la ancianidad a través de instituciones geriátricas no ha de ser el único. Puede, y debe, complementarse con un modelo de intervención comunitaria que alargue lo más posible las situaciones de autonomía y de independencia de nuestros mayores, por cuanto son situaciones saludables, con impactos individual y social positivos. La dependencia y la morbilidad sí deben ser asistidas por el modelo residencial, y consideramos que siendo éste necesario, debe complementarse con servicios sociales de apoyo y desarrollo personal, que fomenten la participación activa de la población, eviten el aislamiento y la soledad, promuevan las redes de apoyo informal, y favorezcan la fijación de la población en el medio rural.

La relación social es muy importante. Hay numerosos estudios sobre el apoyo social y la calidad de vida, destacando el de Cámeron (1990) que manifiesta que existe relación positiva entre la buena salud física y el apoyo

social. El aumento de las relaciones íntimas o redes sociales proporciona bienestar psicológico y ausencia de depresión. Tener una red social positiva es un buen predictor del éxito en la integración social en la comunidad; ayuda por ejemplo a superar la pérdida de la pareja, el alejamiento de los hijos, o los propios cambios físicos, psíquicos y sociales.

Las personas que no están vinculadas a una red informal de apoyo utilizan con más frecuencia los servicios formales, y el bienestar personal tiende a reducirse. Una vida socialmente activa se asocia a mayor satisfacción con la misma y una mayor capacidad funcional, más salud y bienestar psicosocial. Mientras que la ausencia de apoyo social se asocia con la aparición de diferentes formas de malestar y enfermedad.

Diferentes investigadores se interesan por el papel que juega la soledad en la salud de las personas. Los individuos solitarios suelen tener un estado de salud peor que aquellas personas más acompañadas, pero hasta el momento no se conocía la causa. Un estudio realizado en Estados Unidos ha puesto de manifiesto que la soledad está íntimamente ligada al desarrollo de la enfermedad de Alzheimer: “la soledad afecta a aquellos sistemas del cerebro que tratan con la cognición y la memoria, generando mayor vulnerabilidad en las personas debido al envejecimiento de las conexiones neuronales”, explica el profesor de neuropsicología del centro médico de la Universidad de Rush, Chicago, Willian Wilson. En la misma dirección, y bajo el título de “Experiencias de vida y soledad en individuos que viven solos”, Peter Abas (2007) asocia la soledad con: existencia del

espacio vacío, inundación de emociones, estado emocional de dolor, estado de no dirección.

El equipo de Robin Brush Parnell (2005) de Alabama exploró la soledad, el aislamiento y el aburrimiento en residentes de dos residencias, encontrando que las respuestas más comunes para la consciencia de la soledad fueron: sentimiento de soledad y de inutilidad. La percepción de la soledad fue expresada como el resultado de una pérdida de identidad y/o del grupo de amigos o familiares, cada una sea por separación o por muerte. Aquellos residentes que aportaron mayores sentimientos de aburrimiento se involucraron más en actividades solitarias. Mientras que los residentes con menores sentimientos de aburrimiento manifestaron, también reportaron mayor cantidad de actividades en grupo.

30

Aunque a menudo asociados con la edad avanzada, la soledad y el aislamiento social no son bien entendidos en términos de su prevalencia, factores de riesgo y protección.

La evidencia sugiere que sólo una minoría de las comunidades de personas mayores está "gravemente" solitaria o aislada. Sin embargo, hay una serie de factores que deben considerarse para comprender plenamente la importancia y magnitud del problema. Gran cantidad de estudios han identificado una variedad de factores de riesgo de la soledad / aislamiento incluyendo la viudez, el deterioro de la salud, y otros acontecimientos de la vida (por ejemplo, la pérdida y el duelo) y los propios cambios sociales.

Tener un confidente ha sido identificado como un factor protector para la soledad, sin embargo las pruebas a menudo no son claras o concluyentes, sobre todo en entornos residenciales. Se identificó la necesidad de realizar más estudios centrados en la atención residencial.

A mayor edad, tanto personas enfermas como sanas tendemos a sentirnos más solos. El empobrecimiento progresivo de todos los refuerzos sociales, familiares, culturales, la propia involución, la vulnerabilidad frente a las enfermedades, órganos de los sentidos, funciones intelectuales, etc., desencadenan una inestabilidad y sentimientos de indefensión, máximo aún en una sociedad muy saturada de estereotipos negativos hacia la vejez. Ello hace que la experiencia subjetiva de la soledad sea tanto más intensa cuanto más presente está la enfermedad y es fundamental la necesidad de otros, por los diferentes límites del deterioro que acompaña al envejecimiento.

Los estereotipos que rodean al mayor, establecidos por la sociedad influyen en los pensamientos y conductas de tal forma que, vuelven a las personas resistentes a su modificación. Está demostrado que el contacto con miembros del grupo estereotipado puede reducir el estereotipo y el prejuicio. Proveer información incoherente con el estereotipo (correcta, diversa, real), que se repita y que afecte a muchos miembros del grupo, puede ayudar a la reducción de estereotipos y a mejorar las relaciones sociales.

Los más comunes son la dependencia, la inutilidad, la enfermedad, la improductividad, la inactividad, la soledad etc., pero este proyecto demuestra que si les integramos en actividades formativas y creativas, cuando sus facultades se lo permitan, se favorece su participación activa en la comunidad, enriqueciendo su tiempo y contribuyendo a hacer más lento el proceso degenerativo físico, psíquico y emocional, dotándoles de más vida a sus años.

Se puede concluir por tanto, que los estereotipos y los prejuicios negativos acerca de las personas mayores y muy mayores que se establecen en nuestra sociedad frecuentemente sirven para justificar las desigualdades sociales existentes. Dan una imagen de los grupos, como merecedores de sus roles y posiciones sociales, debido a sus propias características.

La soledad puede tener graves consecuencias negativas sobre la salud. En el plano físico, sabemos que tiene un efecto debilitador del sistema inmunológico, lo cual aumenta el riesgo de padecer ciertas enfermedades. Se asocia, además, al dolor de cabeza, a algunos problemas de corazón y digestivos, a dificultades para dormir, etc. Sabemos también que aumenta el uso de los servicios médicos en función del grado de intensidad de la soledad, especialmente en atención primaria.

A nivel psicológico, la soledad influye en la baja autoestima, y puede ser la antesala de otros problemas como la depresión, el alcoholismo, o la anorexia senil, como también de ideas suicidas. La pérdida de la pareja

especialmente es la que más aumenta la posibilidad de desencadenar trastornos psicopatológicos como la depresión o la neurosis. La soledad es considerada, como uno de los mayores factores de riesgo para el suicidio, aspecto que cada vez se presenta con mayor frecuencia entre los mayores (Rubio, 2004; Rubenowitz, Waern, Wilhelsson, and Allebeck, 2001). En España (2004) el 19,5% de personas mayores viven solas. Entre los mayores que viven la soledad de forma negativa hablamos de un 13,7% de mujeres y un 7,3% de varones (IMSERSO, 2008). El aislamiento social exacerba esta problemática.

Las personas sanas viven en proporciones parecidas en compañía que a solas, pero cuando las personas se sienten enfermas viven en compañía en mayor proporción que a solas, es decir, que los problemas de salud impelen a las personas ancianas a buscar –y obtener– en mayor medida la compañía filial. Por eso, algunas personas mayores cuando descubren que enfermar es una solución para paliar su soledad, las propias molestias se convierten en el centro de su atención y en la estrategia para atraer para sí a las personas queridas o cuidadores profesionales. La persona mayor puede llegar a aprender que sólo con el dolor consigue ponerse en el centro de la escena y de la atención.

Soledad y salud, por tanto, son itinerarios bidireccionales que implican aumentar la vulnerabilidad a la enfermedad, y a su vez la enfermedad puede ser la solución para romper la soledad, o la causa de

que la situación de la persona sola empeore por no contar con los apoyos necesarios.

Es posible que sea la soledad la que hace que ciertas personas sientan más achaques y perciban de forma más angustiosa sus problemas de salud que las personas que detentan otros rasgos y características. En último término mucho depende de la valoración subjetiva, afectiva y cognitiva, que la persona hace de lo que le sucede. En definitiva, terminamos por ser lo que pensamos que somos.

Por otra parte, si bien es cierto que es más determinante cómo siente una persona mayor su soledad para sentirse mejor o peor de salud, también influye el ser hombre o mujer. Las investigaciones muestran que las mujeres mayores siempre y en todas circunstancias se sienten peor de salud que los varones, así sufren por ejemplo de artritis reumatoide 3 mujeres por cada hombre, las fracturas son mayores en las mujeres; las mujeres pierden en 30 años el 25%, unos 700 gramos de los 3000 de su esqueleto, mientras que los hombres pierden, en 30 años un 12%, unos 450 gramos de los 4000 de su esqueleto; la depresión otra importante enfermedad se da el doble en mujeres que en hombres.

La ancianidad es una etapa caracterizada fundamentalmente por las pérdidas (pérdida de facultades físicas, pérdidas afectivas, pérdidas económicas), y todas ellas van generalmente acompañadas de sentimientos de tristeza, pesar, dolor y sentimientos de soledad.

Otro aspecto interesante y que coincide con el interés de este proyecto es el cambio de lugar de residencia como factor de riesgo. Aparentemente, abandonar el hogar en el que se reside es un factor estresante de primer orden en los ancianos. Este cambio comúnmente se presenta para pasar a vivir con otros familiares, generalmente con los hijos, residentes en la ciudad, o para realizar un ingreso en una residencia. En España el 1,2% de la población mayor vive en residencias (IMSERSO, 2008).

El cambio de lugar de residencia en el mayor, es un potencial de riesgo en la medida que se produce la vivencia de pérdidas de vínculos de “apego”, que genera en la persona una búsqueda de protección ante una situación vivida como amenazante, activando los sentimientos de ansiedad, indefensión, temores, soledad, etc.

Algunos aspectos característicos relacionados con lo anterior se refieren a la conducta autodestructiva indirecta. Son aquellos comportamientos que sin ser directamente suicidas, aumentan las probabilidades de morir, como por ejemplo el rechazo a comer con la finalidad de morir de hambre, no tomar la medicación prescrita, o involucrarse en actividades que representan un riesgo para la salud consideradas como métodos pasivos de suicidio (DeVries & Gallagher-Thompson, 2000; Atchley, 2000; Patterson, 2001). Esta conducta es más frecuente en pacientes ingresados en instituciones y podría ser considerada como una situación de actos suicidas en pacientes físicamente enfermos o dependientes (Nelson y Farberrow, 1980). Montorio e Izal (2007) reafirman

este hallazgo refiriendo que las personas mayores no muestran claros indicadores de intento suicida. Por lo tanto, indica que el tema de prevención y detección temprana de indicadores suicidas representan un punto importante para ser considerado por los profesionales.

El sentimiento de soledad como experiencia de displacer, incómoda, suele surgir cuando no se realizan actividades placenteras que eviten la aparición de pensamientos negativos. Las personas que se sienten solas suelen insistir más en la falta de compañía por la pérdida de seres queridos o por no tener a nadie a quien acudir.

La soledad no se experimenta de igual manera en todos los momentos. Los momentos de la noche y la enfermedad son los que con mayor intensidad hacen experimentar la soledad. En este sentido, también se puede hablar de aislamiento emocional y aislamiento social. Igualmente a lo largo del año hay épocas de mayor soledad como son las fechas de Navidad, Vacaciones, etc.

No obstante, como ya se ha apuntado, no es la jubilación la experiencia más traumática y generadora de la experiencia de soledad en su dimensión de displacer. La pérdida de la pareja y de las relaciones más significativas de afecto y convivencia tienen un impacto significativamente mayor. Con la jubilación asistimos a un periodo de reorganización económica, ya que en la mayoría de los casos los ingresos se ven seriamente mermados, de adaptación a la nueva situación familiar bien por la pérdida del cónyuge, por la estancia temporal con los hijos, etc., de establecimiento

de nuevas relaciones sociales también afectadas por dichos cambios. Con todo, en el medio rural estas dificultades se ven acrecentadas por la falta de recursos y de infraestructuras en general (faltan medios de transporte, de establecimientos necesarios para la cobertura de necesidades básicas...)

Estar solo no es lo mismo que sentirse solo. Algunas personas simplemente se sienten bien estando solas, hasta el punto de que hay quienes ven la soledad como un sendero hacia el crecimiento espiritual, Rubio Herrera (2004), ya en tiempos de Pitágoras, éste hablaba de la soledad desde esa dimensión positiva al decir: *“Aprende a estar en silencio, deja que tu mente tranquila escuche y se quede absorta. (Pitágoras 580 a.C. 500 a.C.)*

37

La soledad puede ser positiva, aunque en nuestra cultura es generalmente interpretada como negativa, pero la creatividad, la reflexión, el crecimiento de la persona necesita a veces de esos espacios de soledad, porque el hombre es importante por lo que es, pero aún mucho más, por lo que puede llegar a ser, por sus proyectos, por sus metas, y en esa línea estamos ante un proyecto individual y a la vez un proyecto eterno Rubio Herrera (1981)<sup>1</sup>

En síntesis, hay que mostrar al ser humano las estrategias de rentabilizar la soledad, y en esta línea en el proyecto que llevamos a cabo se

---

<sup>1</sup> Rubio Herrera R. (1981): **Dios y la energía psíquica**. Granada: Publicaciones Universidad de Granada.

trabajaron tres aspectos:

- ☞ Que el mayor se sienta rodeado de personas que le dan el apoyo social necesario.
- ☞ Crear talleres que le faciliten al mayor el manejo de estrategias para saber entrar y salir de la soledad. Saber entrar en la soledad a fin de reflexionar sobre su proyecto de vida, sus metas, pero a la vez, mostrarle la llave para salir de la soledad, las estrategias necesarias para que él mismo controle el camino que le lleva a superarla.
- ☞ Y finalmente que esas vivencias, esas reflexiones, esas experiencias puedan ser compartidas por otras generaciones de ese pueblo, por otros profesionales, pues en última instancia esos legados plasmados en recuerdos, reflexiones, etc., son el patrimonio inmaterial valioso que debemos preservar.

En las últimas décadas, se han experimentado numerosos avances, fundamentalmente médicos, que han contribuido al aumento de la calidad de vida y con ello a un crecimiento de la esperanza de vida, y por ende de la población de mayores de 65 años, que en la actualidad constituye el 11% de la sociedad europea. Estos índices seguirán aumentando en los próximos 20 años.

A través de toda la ejecución del proyecto de intervención social hemos seguido la concepción de la educación sin límites de espacio ni tiempo, que ya fue recogida por la UNESCO en 1972 en el Informe de la

Comisión Internacional sobre el Desarrollo de la Educación y que se tituló “*Aprender a Ser*” (Faire, 1972). Esta idea de educación permanente propugnada y, todavía más valorada actualmente, si cabe, parte de la necesidad de establecer relaciones organizativas y funcionales entre la Educación Formal, No Formal e Informal de cara a conseguir una sociedad más igualitaria, que sepa afrontar de manera competente los acontecimientos de la vida.

Entre las múltiples funciones que se asigna a la educación no formal, podemos destacar las que se encuentran relacionadas con este proyecto:

1. Formación y Animación: educación y práctica deportiva adaptada.
2. Relación con diferentes aspectos de la vida: educación para el ocio, para la mejora y entrenamiento de la memoria, así como pautas de educación para la salud.
3. Relación con la educación personal: educación para el desarrollo personal y entrenamiento para las relaciones humanas.

La reflexión recogida en este estudio pretende por tanto:

- ☞ Dar a conocer la situación en que se encuentran nuestros mayores en el contexto rural.
- ☞ Concienciar a la sociedad y a los organismos competentes de las carencias que sufren las personas ubicadas en dicho medio.

☞ Establecer pautas o programas que ayuden a mejorar su calidad de vida.

ANÁLISIS DEL CONTEXTO



## ANÁLISIS DEL CONTEXTO

### El modelo ecológico de Bronfenbrenner

Cuando vamos caminando o en coche por un pueblo vemos lo bucólico del paisaje. Sin embargo si profundizamos en ese medio la realidad percibida cambia por completo, y los aspectos de paisaje que más atrás se consideraban de deleite, ahora se perciben como amenazadores. “La imposibilidad de comprender la conducta sólo a partir de las propiedades objetivas de un ambiente, sin hacer referencia al significado que tiene para las personas que están en el entorno” (Bronfenbrenner p. 43, 1979)

Para este autor la ecología del desarrollo humano es **la progresiva acomodación mutua** entre **un ser humano activo, en desarrollo**, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos (también cambiantes) Este proceso se ve influenciado por las relaciones que se establecen entre estos **entornos y por contextos de mayor alcance** en los que están incluidos esos entornos. Se entiende por **entorno** el lugar en el que las personas pueden interactuar cara a cara fácilmente. En el caso de las personas mayores: el bar, el hogar, las reuniones al sol, por ejemplo.

Si hemos elegido este modelo para que se pueda entender el Análisis del Contexto en el que se ha llevado a cabo el Estudio sobre el Impacto de Actividades de Envejecimiento Activo es porque a juicio de Bronfenbrenner,

la ecología del desarrollo humano tiene tres características importantes. La primera porque considera al ser humano en desarrollo permanente. En segundo lugar porque al hablar de acomodación mutua, entiende que la interacción entre persona y ambiente es bidireccional. En tercer lugar, el ambiente al ser importante para el desarrollo de la persona, no se circunscribe a un entorno inmediato, sino que se amplía para producir interconexiones entre estos entornos y las influencias externas que emanan de entornos más inmediatos.

La traducción que hemos de hacer es que la persona mayor ha ido adaptándose a los ambientes que le rodean y que forman parte de su vida cotidiana y viceversa (también los entornos próximos deberán transformarse en función de las circunstancias personales de la persona mayor). Sin embargo, a lo largo de su vida la persona mayor va a recibir otras influencias procedentes de otros contextos más amplios que van a motivar una forma de vida de cara al futuro. De esta premisa nace lo que Bronfenbrenner llama “ambiente ecológico”, entendido como un conjunto de estructuras seriadas de acuerdo con el esquema que a continuación se presenta.

Para poder entender mejor este modelo, a continuación vamos a describir cada uno de estos sistemas tomando como base los principios enunciados por el autor y su aplicación al territorio estudiado.

### **Microsistema**

Es el nivel más cercano a la persona mayor e incluye los comportamientos, roles y relaciones propias de los contextos cotidianos en los que pasan el día a día. Es el lugar en el que pueden interaccionar cara a cara con mucha facilidad. Si evaluamos estos entornos iremos observando como en vez de aumentar van decreciendo e incluso algunos de ellos pueden llegar a perderse. Cada uno de ellos debe desglosarse en multitud de variables y factores que influyen e interaccionan con la persona mayor; por ejemplo las relaciones en el hogar, el fallecimiento de un amigo, la reunión en el banco al sol después de comer. Es en este nivel en donde se producen los procesos de intervención por ser en el que está la persona.

### **Mesosistema**

Según el autor “comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente. Es por tanto un sistema de microsistemas. Se forma o se amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno” ( Bronfenbrenner p. 44, 1979) Se representa por la interacción entre los diferentes ambientes en los que está inmerso la persona mayor.

En este sistema hay una serie de variables como son la información que se produce en los distintos entornos y que es transmitida a las personas que participan en ellos. Esta información puede venir de otro sistema y puede hacer ver la fotografía que se tiene de la situación. Otra variable es el apoyo que se produce entre los vecinos, y la que ofrece el sistema de servicios sociales ante determinadas situaciones de necesidad de

cuidados. También en este nivel se producen los procesos de Intervención al igual que en el anterior, además de procesos de Gestión.

### **Exosistema**

“Se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno” (Bronfenbrenner 1979, p. 44).

La persona mayor puede verse afectada por lo que se produce en este nivel el cual tiene sus microsistemas en los que él no está presente pero que pueden influir en él. Es un nivel que nos aleja de la persona mayor y determinará factores de incidencia directa en su vida. Será, además, muy complicado de evaluar y difícil para la intervención. En este nivel se producen procesos de Gestión, llamados así porque activan las influencias del nivel superior.

### **Macrosistema**

Este es el nivel más distante de todos los descritos anteriormente. Es muy importante porque en el mismo se contienen todas las referencias a la cultura, al momento histórico que se está viviendo, a la situación económica o a otras variables que determinan los aspectos más próximos a la persona mayor.

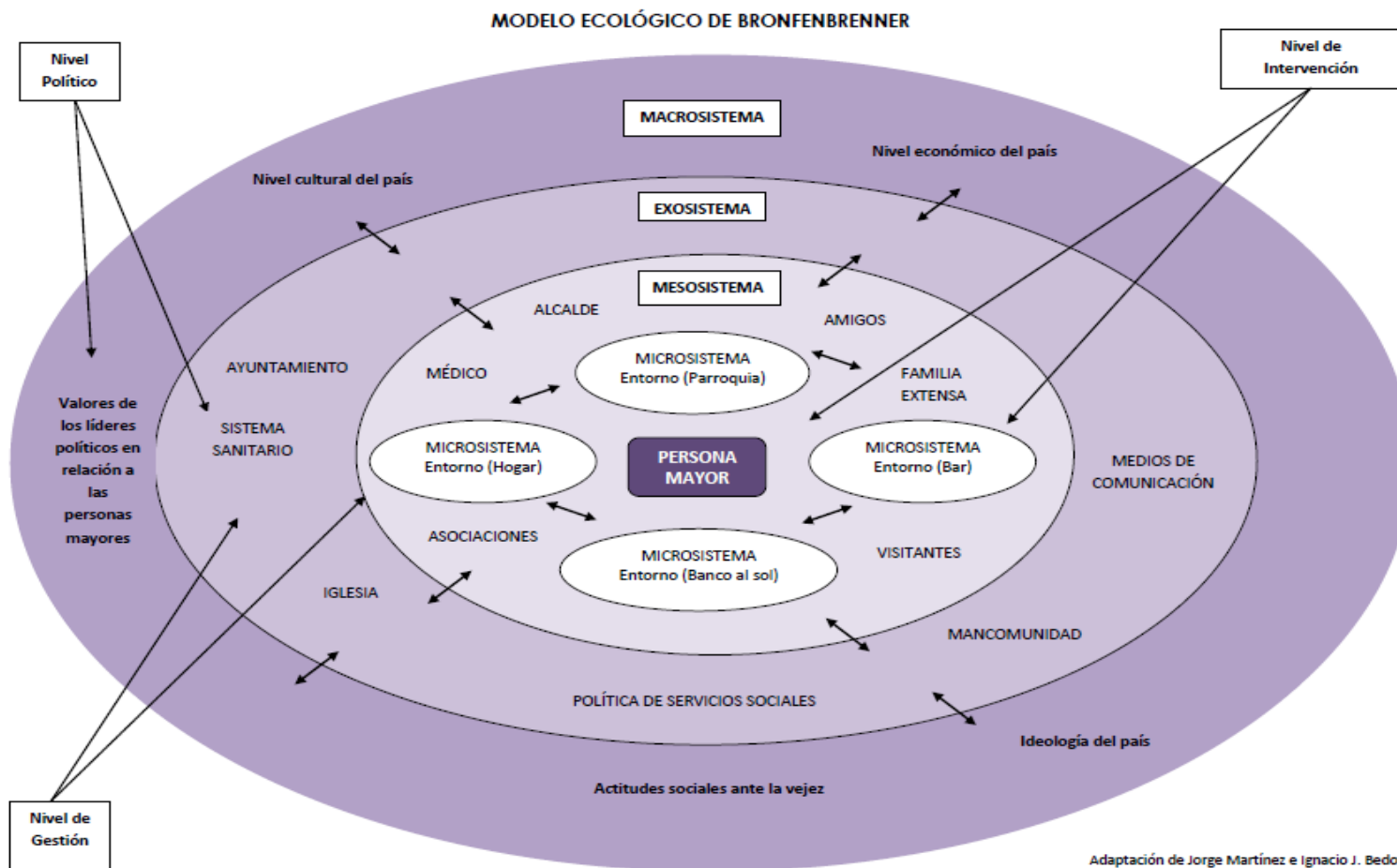
El autor nos llama la atención sobre el siguiente tema: “en una sociedad o grupo social en particular, la estructura y la sustancia del micro-, el meso- y el exosistema tienden a ser similares, como si estuvieran contruidos a partir del mismo modelo maestro, y los sistemas funcionan de manera similar. Por el contrario, entre grupos sociales diferentes, los sistemas constitutivos pueden presentar notables diferencias. Por lo tanto, analizando y comparando los micro-, meso- y los exosistema que caracterizan a distintas clases sociales, grupos étnicos y religiosos o sociedades enteras, es posible describir sistemáticamente y distinguir las propiedades ecológicas de estos contextos sociales” (Bronfenbrenner 1979, pp 27-28).

Si aplicamos lo anterior a nuestro modelo obtendremos la necesidad de evaluar los valores que muestran los políticos del momento en relación a las personas mayores ante la sociedad. Esto se materializa en legislación de bienestar vigente tanto a nivel nacional como a nivel de comunidad autónoma. También influye la ideología existente que se traduce en la actitud que la sociedad tiene ante la vejez en cuanto a su desplazamiento o a su integración en los microsistemas. Las actitudes que los mayores perciben en su entorno más inmediato están también en función de la información de los medios de comunicación y del nivel cultural del país en cuanto al tratamiento que se hace de la vejez.

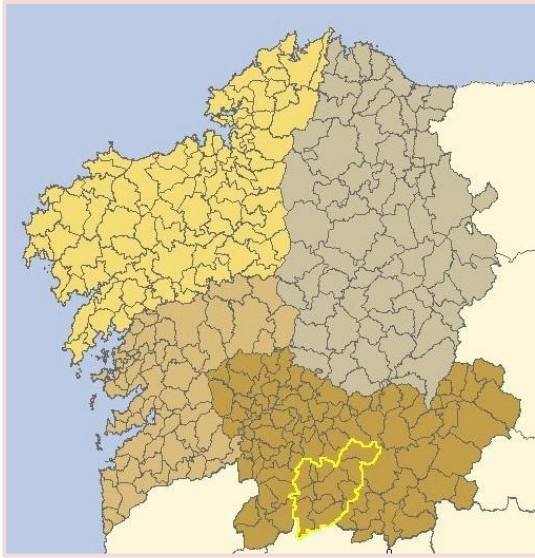
El Modelo Ecológico es válido porque la hipótesis del Estudio, para su cumplimiento, necesita de una intervención integral. Esto hace

imprescindible tener en consideración todos los elementos que influyen en la persona mayor, su problemática y el entorno próximo y el más alejado e influyente.

La evaluación de todos ellos puede ayudar a los procesos de adaptación y a corregir las debilidades de la intervención, afrontar las amenazas, mantener las fortalezas y explotar las oportunidades. Enuncia **estrategias ofensivas** que combinan las fortalezas del Estudio con las oportunidades del entorno; **estrategias defensivas** que combinan fortalezas del Estudio con amenazas del entorno; **estrategias de reorientación**, aquellas que combinan debilidades del Estudio con oportunidades que existen en el entorno. Por último, **estrategias de supervivencia** que combinan amenazas del entorno con las debilidades del Estudio.



## Descripción del territorio – la Comarca de A Limia



El Análisis del Contexto se desarrolla, bajo la perspectiva de la división territorial de la Diócesis, en el Arciprestazgo de *A Limia*, comprendiendo las parroquias de S. Juan de Randín, Santiago de Rubiás de los Mixtos, Santa Eulalia de Maus de Salas, Santiago de Requiás,

Santa Marina de Rioseco, San Paio de Abades, y San Lorenzo de Tosende. Esta división diocesana se enmarca a su vez en la Comarca de A Limia, provincia de Ourense, a la que pertenecen las diferentes zonas poblacionales donde se ha llevado a cabo el Estudio, comprendiendo Randín, Padroso, Rubiás, Paradela, Santiago, Vilar, Vilariño, Tosende, San Martiño, San Paio, Meaus, poblaciones adscritas a nivel municipal a los Concellos de Calvos de Randín y Baltar.

Dada la dispersión poblacional y territorial, a la hora de efectuar un análisis de la realidad, que cimiente este estudio lo haremos en primer lugar, a nivel comarcal (macro), para luego ir descendiendo al nivel municipal (meso), y al nivel pueblo (nivel micro).



La Comarca de A Limia, situada en la Provincia de Ourense, limita al oeste con la Comarca de la Baixa Limia, al este con la de Verín, al noreste con la de Terra de Caldelas, al noroeste con Terra de Celanova y al norte con la Comarca de Allariz; comprende los municipios de Baltar, Blancos, Calvos de Randín, Porqueira, Rairiz de Veiga, Sandiás, Sarreaus, Trasmiras, Vilar de Barrio, Vilar de Santos y Xinzo de Limia.

A Limia con una superficie de 801,8 km<sup>2</sup> y una densidad de población de 29 habitantes por km<sup>2</sup> distribuye su población de la siguiente manera:

POBLACIÓN DE LA COMARCA DE A LIMIA SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDAD			
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
TOTAL	11487	11765	23252
MENOS DE 16 AÑOS	1017	941	1958
DE 16 A 64 AÑOS	6892	6366	13258
MÁS DE 64 AÑOS	3578	4458	8036

Tabla 1. Población de A Limia por grupos de edad. Fuentes: IGE, INE. Padrón municipal a 1 de enero de 2011. Elaboración propia.

POBLACIÓN MAYOR DE 80 AÑOS DE LA COMARCA DE A LIMIA			
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
TOTAL	1094	1661	2755
80 a 85 AÑOS	610	815	1425
DE 16 A 64 AÑOS	6892	6366	13258
85 y más AÑOS	484	846	1330

Tabla 2. Población de A Limia mayor de 80 años. Fuentes: IGE, INE. Padrón municipal a 1 de enero de 2011. Elaboración propia.

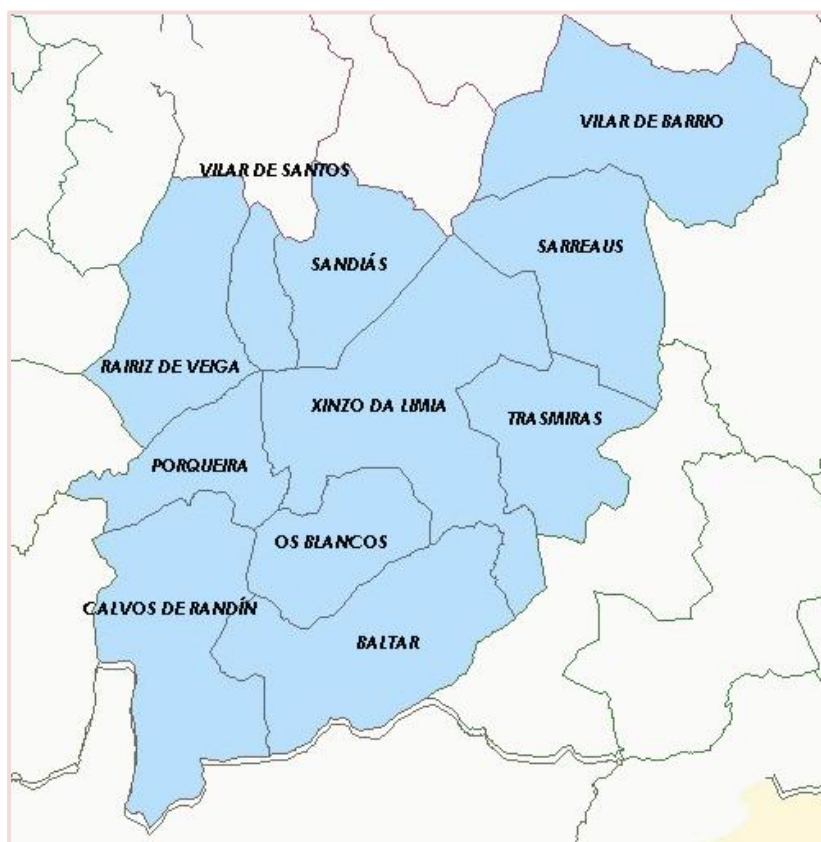
La composición del territorio nos sitúa en un contexto de desertización geográfica y dispersión territorial, que dificulta los procesos de envejecimiento y desarrollo rural al coexistir ambos factores; confluye además, la escasez de recursos asistenciales y residenciales en la zona para atender las necesidades de la población mayor de 65 años, autónoma y dependiente.

En lo que respecta a las entidades de población, la comarca se distribuye de la siguiente manera:

DISTRIBUCIÓN DE LAS ENTIDADES DE POBLACIÓN DE A LIMIA - 2010				
Ayuntamientos	Entidades Colectivas (Parroquias)	Entidades Singulares	Núcleos de Población	Diseminados
11	89	251	207	50

Tabla 3. Entidades de población de la comarca de A Limia. Fuente: IGE. Elaboración propia.

Estos datos ponen de manifiesto, por un lado la configuración del territorio y su agrupación, caracterizada por núcleos de población dispersos con distancias entre ellos de más de 20 Km.



## Análisis de la Población

Los datos poblacionales de la Comarca nos muestran una realidad en la que el número de mujeres (50,59%) supera al de hombres (49,41%) en un 1,18%, en términos de población total. En los diferentes intervalos de edad recogidos, la diferencia es más ostensible a medida que nos acercamos a las franjas correspondientes a los mayores de 64 años. En esta cohorte de edad, las mujeres representan un 55,47% sobre el total, siendo su saldo positivo un 10,95% sobre los hombres.

Si nos detenemos en la franja correspondiente a la “cuarta edad” (80 y más) apreciamos que el porcentaje de mujeres es de un 60,30% existiendo un saldo positivo sobre los hombres de un 20,60%.

Aunque a partir de los 64 años la población femenina supera a la masculina, esta relación se invierte en las cohortes de edad inferiores a la anteriormente señalada; los hombres superan a las mujeres en un 3,96% y esto es debido a que en edades tempranas las mujeres abandonan el territorio.

Al analizar los movimientos migratorios existentes, aunque con resultados positivos con respecto a la inmigración, el saldo indica un éxodo anual del territorio de 1226 personas, con un elevado índice de los que emigran a la ciudad (872 personas).

La mayor esperanza de vida de las mujeres confirma el mayor número de las mismas a partir de los 65 años; fallecen más hombres que mujeres, y éstas alcanzan edades superiores a los 80 años en una proporción más elevada. A este indicador, añadimos un número de defunciones superior al de nacimientos que se refleja en un crecimiento vegetativo de la zona negativo en menos 256 personas, que repercute en el índice de recambio poblacional que posteriormente analizaremos.

SALDO VEGETATIVO DE LA COMARCA DE A LIMIA - 2010			
POBLACIÓN	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacimientos	111	55	56
Defunciones	367	191	176
Saldo Vegetativo	-256	-	-

Tabla 4. Saldo Vegetativo Comarca de A Limia, año 2010. Fuente: IGE. Elaboración propia.

### Análisis de la pirámide de población

La pirámide de población de la Comarca constata los datos expuestos en este sentido. Se muestra una pirámide regresiva correspondiente a una población envejecida, con una tasa de natalidad situada en el 5,2% (Datos del IGE para el año 2009), y una tasa de mortalidad del 14,8%.

Observamos una base piramidal que alude al progresivo déficit demográfico que se experimenta desde 1995, fecha a partir de la cual la tasa de natalidad presenta variaciones entorno a valores del 4 al 5%, con las peores cifras en el 2002, 2004 y el 2010. Es en éste último año, donde se

pone de manifiesto la tendencia y el cambio de la estructura demográfica al representar el número de nacidos el 0,46% de la población total del territorio. La base de la pirámide refleja salientes en la población de 2 y 3 años, que podrían estar asociadas a políticas sociales que incentivaron la natalidad en estos períodos, y para la población nacida en 2003, 2001 y 2000, coincidiendo con el nuevo cambio de siglo y los procesos migratorios en el territorio.

En la década de los 90, es significativo destacar el saliente que representan las personas que hoy tienen 21 años, con mayor número de mujeres que de hombres, proporcionalmente observado a lo largo de toda la pirámide; y el de las que hoy tienen 25 años, por el contrario, con mayor índice de varones. Estos salientes podrían interpretarse bajo criterios de aumento de la natalidad derivada de los procesos migratorios en el territorio, o bien por la inmigración recibida de población adulta en estos períodos.

Uno de los intervalos destacables y que se manifiesta en valores estables a lo largo de la gráfica demográfica, es el de 30-34 años, fruto de los nacimientos producidos a principios de los ochenta, interpretado como retraso del *baby-boom* iniciado en la década de los 70 en España. En este sentido, próximas a estas cifras encontramos en la edad adulta el intervalo de 40-44 años, el de los nacidos en los años 70.

La pirámide se mantiene constante en las etapas correspondientes a la edad adulta a partir de estas décadas, hasta detenernos en el saliente

relativo a la edad de 65 años. Los nacidos en el 45 significan el 1,74% de la población total del territorio. A partir de esta edad y hasta los noventa años, la pirámide se caracteriza por presentar salientes con valores superiores a los de la base piramidal. Se pone de relieve el aumento de la esperanza de vida que actualmente está en un índice del 82,7 en la provincia de Ourense (IGE, 2009), y los avances médicos-científicos y sanitarios que posibilitan un descenso de la mortalidad contribuyendo a la realidad demográfica plasmada en la misma. Las muescas en estas etapas más significativas se corresponden con el período de 1936-1939 correspondiente a la Guerra Civil, en concreto para la población de 71 y 72 años. La población de 78 años representa el 1,72% y la de 80 años el 1,31% del total. Se aprecia la prevalencia de la cuarta edad frente a la población infantil, aspectos que explican los factores demográficos relativos a los índices que posteriormente se presentan en lo referente al envejecimiento de la zona.

57

La cúspide de la pirámide nos indica la existencia de personas de más de 100 años. Observamos en esta cuarta edad una reducción progresiva en el escalonamiento de la misma, debido a la reducción poblacional correspondiente a los nacidos a partir de 1915, hasta la extinción de la generación de 1900.

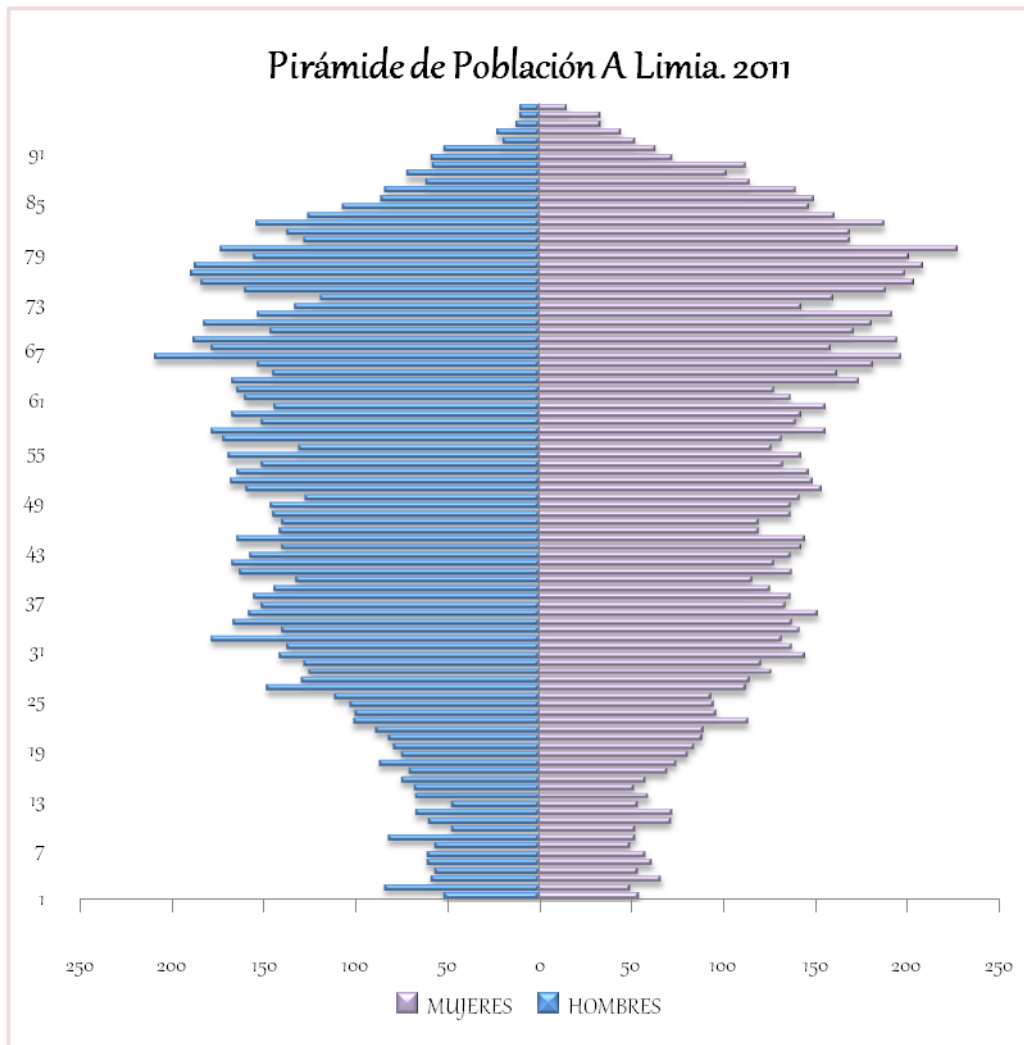


Figura 1. Pirámide de población Comarca A Limia – 2011. Fuente IGE. Elaboración propia

Con respecto al sexo, señalar que la pirámide refleja un mayor número de hombres que de mujeres durante las primeras etapas de vida, la adolescencia y la edad adulta y hasta los 65 años. A partir de dicho intervalo y hasta los 85 asistimos a un descenso del sexo masculino, destacando el intervalo de los 75-79 años, donde el número de mujeres supera al de hombres en un 9,46%.

En cuanto a la esperanza de vida, podemos decir, que para las mujeres a partir de los 65 años, el índice es del 23,6, mientras que a partir de los 80 este índice desciende al 11,2. Con respecto a los hombres, se establece una diferencia en las mismas cohortes de edad de 4,5 y 2,1 respectivamente. El índice de masculinidad es del 97,3%.

La estructura piramidal tiene un marcado perfil regresivo lo que denota una población claramente envejecida, en la que predominan los hombres en todas las etapas hasta llegar a la vejez. El envejecimiento poblacional es consustancial al perfil demográfico de la provincia y, como posteriormente observaremos, a los municipios objeto de estudio.

Este proceso plantea multitud de interrogantes al respecto del relevo generacional, la dependencia, la sostenibilidad del medio,... Así mismo, el envejecimiento de la Comarca se deriva de factores tales como la dispersión territorial, las migraciones del territorio, la baja natalidad,... derivando en los indicadores demográficos que comentamos. En consonancia con esta realidad, la pirámide de proyección de la población de A Limia para 2017, es una pirámide que continúa siendo regresiva. La población menor de 16 años se presenta con variaciones poco relevantes en estas etapas y en las adultas hasta llegar a la franja de la población mayor de 65 años, donde la cúspide de la pirámide continúa su proyección en paralelo a la del 2011.

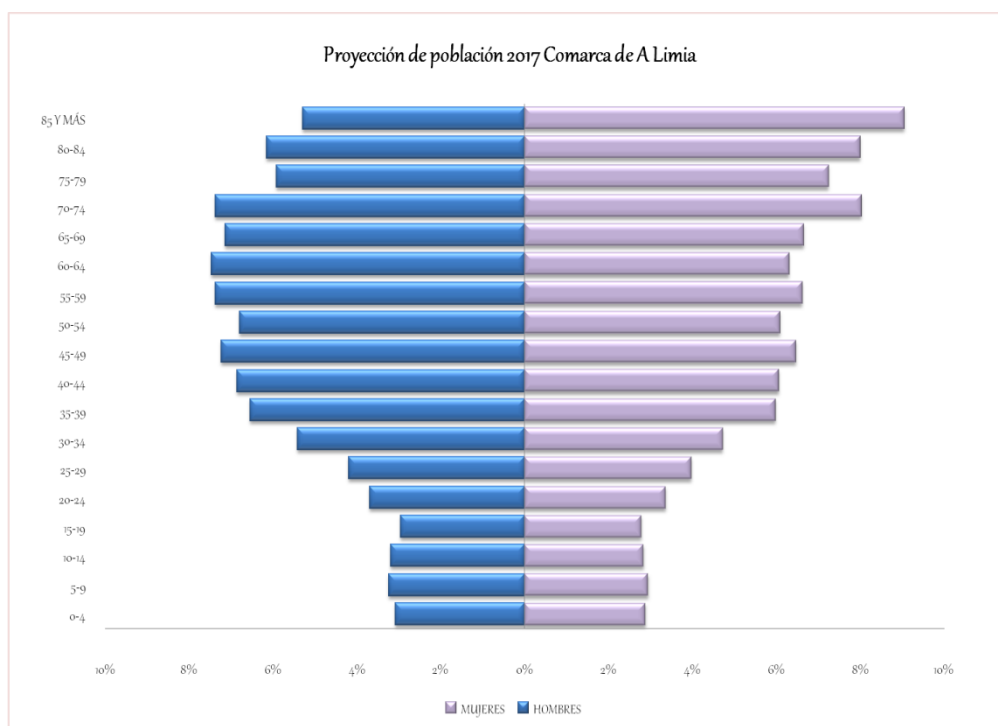


Figura 2. Fuente IGE. Indicadores demográficos. Proyección de población para el año 2017. Elaboración propia.

Los indicadores de población hablan de un territorio con un índice elevado de envejecimiento y sobre-envejecimiento, sin recambio generacional:

EDAD MEDIA Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD			
COMARCA DE A LIMIA - 2010			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Edad media	51,4	49,8	53,0
% población < 20 años	11,3	11,7	10,9
% población de 20 a 64 años	54,4	57,5	51,4
% población de 65 y más años	34,3	30,8	37,7

Tabla 5. Edad media y distribución de la población en grandes grupos. Fuente IGE, datos a 1 de enero de 2010. Elaboración propia

INDICADORES DE EDAD DE LA POBLACIÓN COMARCA DE A LIMIA - 2010			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Envejecimiento	303,6	262,8	346,2
Sobreenvejecimiento	16,3	12,9	19,0
Dependencia global	72,8	63,9	82,4
Dependencia juvenil	13,5	13,4	13,6
Dependencia senil	59,3	50,5	68,8
Estructura población en edad activa	122,9	122,7	123,1
Recambio población en edad activa	205,3	204,4	206,1

Tabla 6. Indicadores de edad de la población. Fuente: IGE. Elaboración propia.

A Limia presenta una población con una elevada edad media, superior a los 50 años, tres puntos por encima en la población femenina con respecto a la masculina. Una edad media dos puntos mayor a la de la provincia de Ourense (48,5) en términos totales, y tres puntos mayor en lo que respecta al género femenino (50,1). Unido a esto, el índice de envejecimiento es de 303,6 mientras que el de la provincia de Ourense es 214,3; este índice se expresa como la relación entre la población mayor de 64 años y la población menor de 20, de manera que en la comarca limiana encontramos que existen 303,6 adultos mayores de 65 años por cada 100 personas niños y jóvenes menores de 20. Esto explica, a su vez, que el índice de de dependencia senil alcance valores tan marcados hasta casi cuatro veces superiores al de dependencia juvenil.

Es importante resaltar un dato a efectos de desarrollo del territorio: que existen 59,3 personas mayores de 64 años por cada 100 personas en edad activa (15 a 64 años), de manera que el índice de las personas de la tercera edad que dependen de las personas activas supera la mitad de las mismas. A nivel de economía productiva arroja un resultado poco alentador, al encontrar un índice de dependencia global de 72,8. Es decir, por cada cien personas en edad activa, hay 72,8 que no lo están, repercutiendo en los procesos económicos de manera aguda.

El índice de recambio de población activa también muestra datos preocupantes si pensamos que por cada 205,3 personas que abandonan el mercado laboral de trabajo, hay 100 (entre los 15 y 19 años) con capacidad para incorporarse al mismo. Un dato negativo que enlaza con los anteriores y ofrece una situación territorial en declive en lo que respecta a factores de sostenibilidad del mismo (demográficos, económicos, etc.)

Estos índices de dependencia senil y el elevado índice de envejecimiento poblacional, hacen necesario que nos detengamos a analizar los recursos económicos públicos destinados al estado del bienestar, tanto en materia de pensiones, como en relación a los recursos existentes para la atención al mayor.

## Estado del Bienestar. Nivel comarcal

En el ámbito de las prestaciones y, en relación al poder adquisitivo de la población de la comarca, el número de beneficiarios de pensiones no contributivas de Invalidez y Jubilación es:

PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES DE LA COMARCA DE A LIMIA			
INVALIDEZ	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
2008	167	82	85
2009	162	82	80
2010	150	78	72
JUBILACIÓN NO CONTRIBUTIVA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
2008	320	85	235
2009	319	85	234
2010	296	78	218

Tabla 7. Pensiones y otras prestaciones. Fuente: IGE, datos 2010. Elaboración propia.

Las prestaciones por invalidez alcanzan una representación del 0,64% en el total de la población de la Comarca, si bien asistimos a una reducción de las mismas desde el 2008 al 2010 de 17 personas.

En términos de población activa, éstas suponen un 1,13%, establecidas como fuentes de ingresos de los hogares y representado a su vez situaciones probablemente de dependencia en muchos de ellos.

De las 8.036 personas mayores de 65 años con derecho a percibir una prestación en 2010, 296 son beneficiarias de una pensión no

contributiva, un 3,68 % vive con ingresos entre 300€ y 400€. Son las mujeres en un 2,71 % frente a los hombres, las beneficiarias de las mismas de manera que podría realizarse una doble lectura de la situación de los hogares de los mayores de 65 años.

De una parte, se constatan los datos poblacionales analizados sobre el mayor número de mujeres en estas edades, y de otra que existe un alto porcentaje de población que durante su etapa de juventud y la etapa adulta ha desarrollado labores y una actividad no remunerada dedicada al sostenimiento del hogar y el cuidado de los hijos. En este sentido, de las 4.458 mujeres mayores de 64 años, el 4,89% son beneficiarias de dicha prestación.

En lo que respecta a la población beneficiaria de Rentas de Integración Social de Galicia (RISGA) y a las Ayudas de Emergencia Social, los datos que se reflejan en la tabla 8 (ver página siguiente), ponen de manifiesto una reducción paulatina y progresiva, a lo largo de tres años, de las prestaciones públicas ante la insuficiencia de medios de las familias de A Limia, que en el último año representan el 0,29% de la población activa del territorio.

En términos generales podemos señalar que un 2,085% de la población percibe una prestación pública no contributiva como fuente de ingresos.

RISGA Y AES DE LA COMARCA DE A LIMIA			
RISGA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
2008	39	21	18
2009	43	27	16
2010	39	21	18
AES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
2008	18	9	9
2009	12	8	4
2010	23	11	12

Tabla 8. Pensiones y otras prestaciones. Fuente: IGE, datos 2010. Elaboración propia.

## Recursos de la comarca

En los 11 ayuntamientos, la tipología de dispositivos existentes de atención al mayor desde los Servicios Sociales Municipales se centra exclusivamente en torno a acciones contempladas en la Ley de Dependencia y la Asistencia Domiciliaria.

A continuación vamos a describir los recursos existentes en lo referente a la atención y cuidado de las personas mayores de 65 años, autónomos y dependientes, a fin de ofrecer un mapa global de la zona, y así, estar en mejores condiciones para analizar si la oferta responde a dicha realidad, y cubre aspectos tales como, la demográfica, la dispersión geográfica, la promoción del envejecimiento activo, la apuesta por la permanencia en el territorio,... Para ello nos centramos en enumerar, por

municipio, la oferta existente en la actualidad para la atención al mayor, desde la asistencia domiciliaria a la atención de día y la atención residencial.

En primer orden el Ayuntamiento de *Xinzo de Limia* cuenta como Centros Específicos de Atención al mayor con:

- Un Centro de Día Público, que dispone de 20 plazas.
- Una Residencia, “*Santa Mariña*”, de carácter privado, dependiente de la Fundación San Rosendo.
- Tres Viviendas Comunitarias de carácter privado, “*Lembranzas Camiña*” (12 plazas), “*O noso Fogar*” (18 plazas) y “*A Lama*”(12 plazas).

66

El ayuntamiento de *Baltar* no cuenta con ningún recurso residencial en la actualidad, si bien existen instalaciones para el próximo funcionamiento de un Centro de Día, aún por determinar.

Los municipios de *Os Blancos* y *Calvos de Randín* no disponen de ningún centro residencial ni centro de día ni existen perspectivas de ello. Estos tres ayuntamientos cubren la atención al mayor a través de la Ley de la Dependencia y la Asistencia Domiciliaria, con una atención en la actualidad a 30 personas beneficiarias entre los dos primeros, y 17 en Calvos de Randín. La distancia desde cada uno de estos ayuntamientos al municipio con mayores recursos residenciales de la comarca (Xinzo de Limia) es de 25 Km desde Calvos de Randín, 10 Km desde Os Blancos y 24

Km desde Baltar, lo cual da una mayor dimensión del grado de dispersión en relación con el Estado del Bienestar.

El municipio de *Porqueira* actualmente no dispone de centro residencial alguno, pero tiene en proyecto la construcción de un recurso de esta tipología con 24 plazas en un plazo de 2 años. La atención al mayor se cubre a través de la asistencia domiciliaria dando cobertura en la actualidad a 40 personas, con unos recursos humanos de 4 auxiliares (tres de ellos a jornada completa y una auxiliar a tiempo parcial).

El Ayuntamiento de *Vilar de Santos*, cuenta con un Centro de Día de Carácter Público (Consortio Gallego de Servicios de Igualdad y Bienestar) con una disponibilidad de 20 plazas (no cubiertas) y una Vivienda comunitaria en desuso. En el Programa de Ayuda en el Hogar el número de personas usuarias es de 27, y cuenta con un personal técnico de 4 auxiliares.

El ayuntamiento de *Vilar de Barrio* dispone de un Centro Residencial con 24 plazas (sin plazas libres en la actualidad), y de un Centro de Día con 40 plazas, el *Fogar-Residencia Vilar de Barrio*. El servicio de Ayuda en el Hogar del ayuntamiento cuenta con 50 participantes, y un personal técnico de 6 auxiliares.

Por último, el municipio de *Trasmiras* no dispone de ningún recurso residencial para la atención al mayor, por lo que implementa la

atención al mayor a través del Programa de Ayuda en el Hogar, del que se benefician actualmente 30 personas.

ANÁLISIS DEL MESOSISTEMA



## ANÁLISIS DEL MESOSISTEMA

### Ayuntamiento de Calvos de Randín

#### Análisis de la población

Una vez analizada la realidad del territorio a nivel macro, descendemos a analizar el nivel meso, por tanto nos centraremos en llevar a cabo un análisis de los municipios de residencia de los participantes en el estudio, en concreto, los ayuntamientos de Calvos de Randín y Baltar. El municipio de Calvos de Randín, cuenta con una superficie de 97,9 Km<sup>2</sup> y una densidad de población de 10,9 personas por Km<sup>2</sup>. Esta densidad poblacional pone de relieve la posible desertización de la zona en un futuro próximo. En el plano demográfico el análisis de los datos nos ofrece una población escasamente superior a los mil habitantes que se distribuye de la siguiente manera:

POBLACIÓN DE CALVOS DE RANDÍN SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDAD			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Total	1176	580	596
< de 16 años	47	21	26
De 16 a 64 años	549	296	253
Más de 64 años	580	263	317

Tabla 9. Población de Calvos de Randín, grandes grupos de edad. Fuente IGE, datos a 1 de enero de 2011. Elaboración propia.

Al igual que sucede en la comarca, en el ayuntamiento de Calvos de Randín el número de mujeres es superior al de hombres, en este caso en un

50,68%, frente al 49,31% de hombres, una diferencia escasamente significativa del 1,37% a nivel global.

POBLACIÓN DE 80 Y MÁS AÑOS DE CALVOS DE RANDÍN			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
De 80 a 85 años	98	47	51
De 85 y más años	98	33	65

Tabla 10. Población de 80 y más años de Calvos de Randín. Fuente IGE, datos a 1 de enero de 2011. Elaboración propia.

Si nos centramos en los intervalos por edades, las mujeres representan el 10,63 % más que los hombres en la primera etapa, si bien en el intervalo de los 16 a los 64 años los hombres alcanzan una representación superior respecto de las mujeres-en un 7,83%. A partir de los 64 años las mujeres suponen un 54,65% mientras que los hombres representan el 45,35%.

Es en la edad activa donde el número de hombres supera al de mujeres, circunstancia derivada por un lado de los nacimientos durante la década de finales de los 70, los 80 y 90 de más varones, y por otro a que en la edad adulta la población masculina ha permanecido en el territorio y la femenina ha abandonado el mismo para trasladarse a otros.

En contraposición a estos datos, el hecho de que a partir de los 64 años la población femenina supere a la masculina, manifiesta la mayor esperanza de vida de las primeras sobre los hombres, de manera más relevante cuanto más nos aproximamos a la cuarta edad.

En términos generales, y por grupos de edad, la población menor de 16 años representa tan solo el 3,99%, la comprendida entre los 16 y los 64 años el 46, 68%; la mayor de 64 años 49,31% y específicamente dentro de este último intervalo, los mayores de 80 suponen el 16,66% de la población total de Calvos.

El envejecimiento poblacional es evidente si observamos dichos porcentajes, donde las primeras etapas de la vida no alcanzan ni el 5%, presentando la zona un crecimiento vegetativo negativo con un valor menos 12, nacen dos personas y fallecen catorce.

SALDO VEGETATIVO DE CALVOS DE RANDÍN			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacimientos	2	2	0
Defunciones	14	7	7
Saldo Vegetativo	-12	-5	-7

Tabla 11. Saldo Vegetativo de Calvos de Randín. Fuente: IGE, datos año 2010. Elaboración propia

Intrínsecamente relacionados con los indicadores demográficos que estamos analizando, hemos de añadir el éxodo migratorio del territorio que alcanza un número de 47 personas en el año (2010).

Los datos ofrecen, debido al crecimiento vegetativo negativo y a los saldos migratorios, una realidad demográfica decadente, expresada en el abandono del municipio, y un envejecimiento y sobre-envejecimiento alarmantes.

## La pirámide de población

Calvos de Randín ofrece una pirámide poblacional regresiva, en la que observamos cómo la base es casi inapreciable, sin apenas nacimientos ni población infantil en intervalos progresivos, y una tasa bruta de natalidad de 3,7% (IGE, 2009) y una tasa bruta de mortalidad de 16,7% (IGE, 2009), cifras inferiores casi en dos puntos en cuanto a las tasas de nacimiento, y , superiores en lo relativo a las de mortalidad de la Comarca de A Limia.

En las últimas dos décadas, y de manera más sobrecogedora en esta última, el déficit demográfico se representa en el número de nacimientos, inferior a 5 personas.

Cúspide y base se equiparan en cifras, si bien ha de tenerse en cuenta que lo hacen para intervalos poblacionales de 0 años y 99 años. Así, podemos observar que existe el mismo número de niños de 2 años que de personas mayores de 94, en concreto, 5 personas en ambas edades. En casi un siglo, la pirámide refleja una progresión con escasas variaciones numéricas relevantes, concentrándose el grosor poblacional a partir de la edad de 66 años.

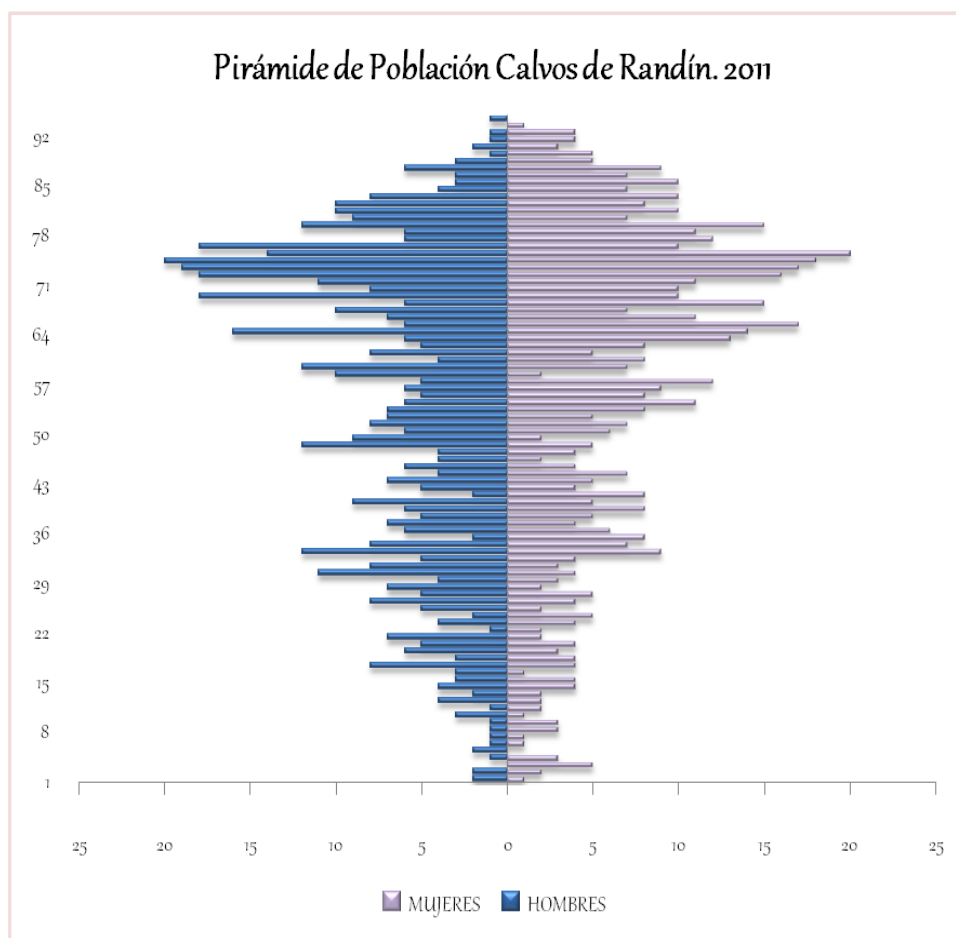


Figura 3. Pirámide de población Calvos de Randín – 2011. Fuente IGE. Elaboración propia

Observamos una representación piramidal con marcadas muescas y salientes a lo largo de su recorrido; muescas correspondientes a los años del 2009, 2006-2003 que manifiestan la inexistencia de nacimientos de varones en ese primer año, y cierta estabilidad en cuanto a los años sucesivos. También podemos destacar y hacer mención a los salientes relativos a los años 1994 y 1985 como aquellos donde se habrían producido mayor número de nacimientos; y la década de los 70, concretamente del 70 al 78, como período de mayor concentración de población.

Es en la edad correspondiente a los 66 años, donde la pirámide recoge la evolución en ascenso de la población y el incremento paulatino de la misma, lo que pone de relieve el aumento de la esperanza de vida, y el envejecimiento poblacional con índices que se incrementan paulatinamente hasta llegar a los 81 años con el 1,44 % de la población total. En la cúspide de la pirámide, nos detenemos en las muescas que corresponden a la población de 79 y 80 años, dado que presentan las cifras más reducidas, dentro del intervalo de los 66 a los 80 años, y que se corresponden con los nacidos en los años 1932 y 1931.

En referencia al sexo, señalar diferencias numéricas entre ambos, poco representativas en lo que respecta a grandes grupos de edad, como hemos visto anteriormente, aunque si analizamos detalladamente los diferentes intervalos, observamos una superioridad del género masculino con salientes en la pirámide en los intervalos correspondientes a los años, 15-19, 30-34, y una superioridad del género femenino en los 56 y 59 años. Es en la edad adulta donde el número de mujeres supera al de hombres, realidad que podría deberse, bien a condiciones de mayor mortalidad masculina en estos períodos, bien al éxodo de los mismos del territorio, o bien a la inmigración a la zona de las mujeres por situaciones de unión, matrimonio.

A partir de los 66 años de edad, la pirámide ofrece intervalos en los que la población femenina supera a la masculina en números escasamente significativos, a excepción del intervalo de los 73 a los 76 años, donde el

número de hombres supera al de mujeres, realidad que a partir de los 77 cambia. Se ratifica en este sentido el aumento de la esperanza de vida de la población en general, y del género femenino en particular, siguiendo la tónica de la provincia de Ourense en donde el índice de esperanza de vida para estos intervalos se sitúa en el 23,6 y 11,2 respectivamente para la población femenina por encima de la masculina con índices del 19,1 y 9,1 al respecto, 4,5 puntos por encima y 2,1 puntos superior el índice femenino sobre el masculino.

Podemos concluir señalando que la estructura piramidal del municipio de Calvos de Randín arroja datos desoladores en lo que respecta a la sostenibilidad demográfica y consecuentemente socioeconómica del territorio. Presenta una estructura marcadamente regresiva, donde prima la población relativa a la tercera y cuarta edad frente a la población infantil, juvenil y adulta. Las muescas a lo largo de todo el ciclo ponen de relieve la irregularidad y falta de continuidad en la evolución demográfica, constatando el envejecimiento poblacional del territorio y el sobreenvejecimiento, más acusada en lo que se refiere al género femenino.

Analizando los indicadores de población referentes al ayuntamiento podemos observar:

EDAD MEDIA Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD CALVOS DE RANDÍN - 2010			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Edad Media	59,8	57,6	62,0
% población menor de 20 años	6,2	6,0	6,4
% población entre 20 y 64 años	41,3	45,9	36,8
% de población de 65 y más años	52,5	48,1	56,8

Tabla 12. Edad media y distribución de la población por grandes grupos de edad. Fuente: IGE. Elaboración propia.

INDICADORES DE EDAD DE LA POBLACIÓN DE CALVOS DE RANDÍN - 2010			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Envejecimiento	847,0	800,0	891,2
Sobreenvejecimiento	15,6	10,2	20,1
Dependencia global	129,5	99,2	147,1
Dependencia juvenil	9,1	7,0	11,7
Dependencia senil	120,5	99,2	147,1
Estructura población en edad activa	152,2	132,4	182,2
Recambio población en edad activa	262,5	192,9	360,0

Tabla 13. Indicadores de edad de la población de Calvos de Randín. Fuente: IGE. Elaboración propia.

Calvos de Randín es un territorio cuya población presenta una edad media superior a los 59 años, ocho puntos superior a la edad media de la Comarca de A Limia (51,4) y once puntos superior a la de la provincia de Ourense (48,5). Estas cifras, nos sitúan en un contexto de envejecimiento poblacional, con inapreciables datos relativos a la población más joven. De

hecho, el índice de juventud es de 9,86, lo que representa que por cada 100 habitantes, casi 10 están entre los 15 y los 29 años.

Alarmante encontramos el índice de envejecimiento, de 847,0, casi tres veces superior que el de A Limia (303,6) y casi cuatro veces superior al de la provincia de Ourense (214,3). Hablamos pues de la existencia de 847 adultos mayores de 65 años por cada 100 personas menores de 20 años. Si a esto unimos que el índice de vejez es de 49,31, lo que significa que por cada 100 habitantes 49 son mayores de 65 años, nos encontramos con una realidad poblacional que deriva en un índice de dependencia senil superior a 120 y totalmente alejado del de dependencia juvenil. Se pone de manifiesto nuevamente el envejecimiento poblacional y queda visible el problema en lo que a desarrollo territorial se refiere, al existir 120,5 personas mayores de 65 años por cada 100 personas en edad activa productiva (15 a los 64 años). De este modo, el índice de personas de la tercera edad que dependen de las personas en edad activa es ciento veinte veces superior a las mismas, aumentando en términos de dependencia global, esto es, por cada 100 personas en edad activa existen 129 que no lo son.

La situación socio demográfica hace prever dificultades en lo que respecta a la sostenibilidad demográfica y económica de la zona. Así pues el índice de recambio de la población activa señala que por cada 262,5 personas que abandonan el mercado laboral existen 100 (entre los 15 y los 19 años) con disponibilidad para incorporarse al mismo.

## Ayuntamiento de Baltar

### Análisis de la población

El Ayuntamiento de Baltar cuenta con una superficie de 94Km<sup>2</sup> y una densidad de población de 11,6 personas por Km<sup>2</sup>, siete décimas superior a la del ayuntamiento de Calvos de Randín. Este dato lo sitúa en un indicador muy próximo a la desertización del territorio.

POBLACIÓN DE BALTAR SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDAD- 2011			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Total	1.094	563	531
< de 16 años	32	12	20
De 16 a 64 años	620	356	264
Más de 64 años	442	195	247

Tabla 14. Población de Baltar según grandes grupos de edad. Fuente: IGE. Elaboración propia

Demográficamente, analizando los datos que se presentan a continuación, observamos una realidad en la línea del ayuntamiento anteriormente presentado, donde la población total no supera prácticamente los mil habitantes, lo que constata la realidad de abandono del territorio en una proporción similar al ayuntamiento limítrofe.

Baltar, a diferencia de Calvos de Randín, cuenta con un población total compuesta mayoritariamente por hombres, donde éstos representan el 51,46% frente al 48,53% de mujeres en términos globales, una diferencia a favor del sexo masculino de 2,93 décimas, que se debe a una superioridad

numérica en el intervalo correspondiente a 16 a 64 años, con un porcentajes 57,41% frente al 42,58% de mujeres. Esta situación varía si nos detenemos en el intervalo de los menores de 16 años y en de los mayores de 64.

El primero, muestra una superioridad numérica femenina del 62,5% frente al 37,5% de hombres en esta etapa de la vida. En lo relativo a los mayores de 65 años, observamos cifras que constatan la mayor esperanza de vida de la población femenina al significar éstas un 55,88% frente al 44,11% de los varones para este intervalo de edad, un índice que refleja un 11,77% más de mujeres que de hombres en la tercera edad.

Al igual que en el ayuntamiento de Randín, en Baltar se observa que es en la población activa, donde el número de hombres es superior al de mujeres. Esto podría explicarse a nivel sociológico por factores como el nacimiento de mayor número de varones en esas décadas, y/o por circunstancias de abandono del territorio por parte de la población femenina trasladándose éstas a otras zonas como lugar de residencia familiar.

Por grupos de edad, la población de Baltar con 1.094 habitantes, se distribuye del siguiente modo: el 2,92% de población menor de 16 años; el 56,67% entre las franjas de edad que van de los 16 a los 64 años, y el 40% en mayores de 64 años. A diferencia de la situación demográfica del ayuntamiento de Calvos, en Baltar, el porcentaje de los mayores de 64 años es inferior en un 16,27% al porcentaje de personas en edad activa.

SALDO VEGETATIVO DE BALTAR			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Nacimientos	0	0	0
Defunciones	25	10	15
Saldo Vegetativo	-25	-	-

Tabla 15. Saldo Vegetativo de Baltar. Fuente: IGE, datos 2010. Elaboración propia.

Hemos de señalar que la población correspondiente a la cuarta edad representa el 15,44% de la población total del territorio, frente a la infanto-juvenil que supone el 2,92%. En este sentido, el número de nacimientos para el año 2010 ha sido cero frente al de defunciones que han sido de 25, derivando en un crecimiento vegetativo de la zona negativo con un valor de -25, trece veces superior al de Randín.

Los movimientos migratorios del municipio revelan una situación de cierta equidad al respecto, ya que 62 personas han salido del municipio, frente a la llegada de 65 (posiblemente emigrantes retornados), cifras que repercuten equilibrando la situación demográfica de la zona, pero no el déficit de relevo generacional.

Estos datos indican el envejecimiento poblacional del municipio de Baltar y la consecuencias socioeconómicas derivadas del mismo, que se observan a su vez en la representación de la pirámide de población y en los indicadores demográficos relativos al recambio de población activa y a los índices de envejecimiento y dependencia.

## La pirámide de población

La pirámide de población del ayuntamiento de Baltar es regresiva, ofreciendo una base piramidal inexistente frente a una cúspide de características similares, si bien en ésta se representa a la cuarta edad con edades superiores a los 95 años.

Al observar la gráfica piramidal, asistimos a la futura desertización del territorio augurando la falta de recambio poblacional y la progresiva irrelevancia de las generaciones desde la década de finales de los noventa. El tamaño de la generación del 2000 es prácticamente inapreciable con cifras inferiores a 5 personas de los 0 a los 15 años.

Se determinan así las dificultades que supondrán para el territorio, para el equilibrio de los sistemas y el desarrollo de la economía. Esta realidad es fruto de varias décadas de escasa natalidad y aumento de la esperanza de vida, que actualmente se representan en una tasa bruta de natalidad de 0,9 frente a una tasa bruta de mortalidad del 24,8 (IGE, 2009)

La primera es inferior a las tasas hasta ahora analizadas en el territorio, en un valor relevante (seis y tres puntos, en relación a la comarca y al otro ayuntamiento limítrofe) y la segunda, la tasa de mortalidad, también es superior en ambos casos (en dos y cuatro puntos respectivamente)

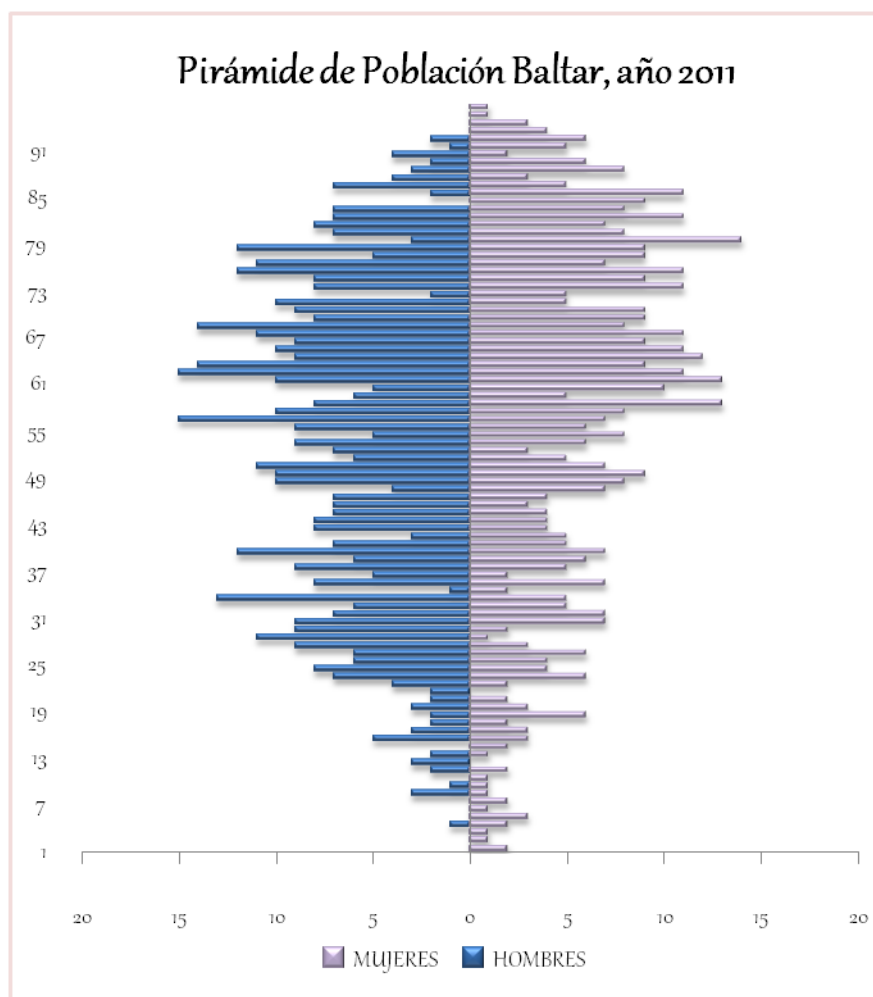


Figura 4. Pirámide de población municipal, Ayuntamiento de Baltar. Fuente: IGE. Elaboración propia.

El porcentaje de población menor de 4 años es de 0,64% frente al 8,13% de los mayores de 85 años, superioridad de la cuarta edad frente a la etapa infantil de la vida en casi un 8%. A lo largo de la estructura piramidal, se representan salientes significativos a partir de los 24 años, los 34 y los 40, ocasionadas posiblemente por un mayor índice de natalidad en la década de los 70 y 80. En la etapa adulta correspondiente a las edades 49-56 se asisten a cifras que indican una permanencia de la población en el territorio. Los salientes se hacen más notables a partir de los 57 años, encontrando su auge en la población mayor de 65 años, que derivan en

una realidad en la cual demográficamente, la población se sitúa en las etapas correspondientes a la tercera y cuarta edad. Esta situación pone de manifiesto la permanencia en el territorio de los mayores de 55 años, el aumento de la esperanza de vida, más notable a partir de las cifras correspondientes a los 74-84 años.

Hemos de hacer mención también a las muescas que ofrece la gráfica, relativas a los nacidos en 1958, 1951 y en 1938 donde las cifras para la población de 53, 59 y 73 años experimenta un marcado retroceso en términos cuantitativos, sólo pudiendo interpretar un déficit de nacimientos debido a la Guerra Civil (especialmente, 1938), y por ende en la época de su recambio generacional, aproximadamente 20 años después (1951 y 1958).

En lo que respecta al sexo, en ambos extremos, cúspide y base, los salientes de la misma reflejan un mayor número de mujeres que de hombres, dato que si bien es común en lo referente a la cúspide de las pirámides comentadas, se presenta como claramente significativo en la base, al ser excepción en relación con las mismas. Aquí, en los intervalos correspondientes a 0-4 y 5-9 la superioridad numérica es a favor del sexo femenino, como lo representan los salientes. Las diferencias entre ambos sexos a lo largo del ciclo vital son poco relevantes, a excepción de los 25-29 y 30-34 años, consecuencia de un mayor nacimiento de hombres que de mujeres y/o del mayor número de mujeres que salen del territorio para iniciar su trayectoria de vida en otra zona. La población masculina es mayoritaria hasta alcanzar el intervalo correspondiente a los 70-75 y

sucesivos, donde el sexo femenino inicia su proceso de crecimiento en cifras del 4,38% y el 5,85% en los intervalos de 80-85, y 85 y más, frente al 2,92% y 2,28% de los hombres. En este sentido, la esperanza de vida femenina supera a la masculina y el envejecimiento de la población femenina se hace ostensible.

La pirámide de Baltar presenta un claro envejecimiento poblacional, con una mayor esperanza de vida para las mujeres, principalmente en las últimas etapas de la vida y una realidad regresiva a nivel demográfico producida por la inexistente natalidad en el municipio.

La edad media del territorio es de 56,5, inferior a la de Calvos de Randín (59,8), pero superior a la de la Comarca en cinco puntos (51,4), y en ocho puntos en relación a la de la provincia de Ourense (48,5). Es una edad media alejada de la etapa de juventud, donde el índice es de 10,69, es decir, por cada 100 personas, sólo 11 están comprendidas entre los 15 y los 29 años.

EDAD MEDIA Y DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN.GRANDES GRUPOS EDAD BALTAR			
2010			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Edad Media	56,5	54,2	58,9
% población menor de 20 años	5,5	4,4	6,5
% población entre 20 y 64 años	54,6	61,2	47,8
% de población de 65 y más años	39,9	34,4	45,6

Tabla 16. Edad media y distribución de población por grupos de edad. Fuente: IGE. Elaboración propia.

El índice de envejecimiento del municipio es de 729,5, lo que expresa que por cada 100 personas mayores de 20 años hay 729 correspondientes a la tercera edad. Es un dato revelador acerca de la situación demográfica del territorio que expresa una mayor proporción que los de la provincia de Ourense y la Comarca de A Limia.

INDICADORES DE EDAD DE LA POBLACIÓN DE BALTAR - 2010			
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Envejecimiento	729,5	776	697,2
Sobreenvejecimiento	21,6	15,5	26,3
Dependencia global	75,2	58	97,1
Dependencia juvenil	5,2	3,6	7,2
Dependencia senil	70	54,3	90
Estructura población en edad activa	146,5	138	158,3
Recambio población en edad activa	375	441,7	325

Tabla 17. Indicadores de edad de la población de Baltar. Fuente: IGE. Elaboración propia.

El índice de envejecimiento masculino es mayor que el femenino, dato exclusivo en este territorio, y a pesar de que el sexo femenino supera en número al primero si hablamos de población mayor de 65 años. También lo hace en términos de la población menor de 20 años.

El índice de vejez de la zona es de 40,40, de manera que por cada 100 habitantes más de 40 son mayores de 65 años.

Continuamos asistiendo a una realidad demográfica similar a la de la Comarca, aunque con cifras más encarecidas al respecto, de manera que el índice de dependencia senil se sitúa en 70, manifestando una relación entre la población potencialmente activa y la población mayor de 64 años inferior a la de Calvos y A Limia, pero relevante y próxima a 100. Esto es, por cada 100 individuos en edad productiva existen 70 próximos a la inactividad laboral y tercera edad. Éste, como en los territorios anteriores, es significativamente superior al de dependencia juvenil y repercute negativamente en el desarrollo de la zona.

Del mismo modo, el indicador de recambio de la población en edad activa señala un índice de 375, que dificulta la capacidad de la población para sustituir a las personas en el mercado a nivel productivo dado que por cada 100 individuos entre los 15 y 19 años con posibilidad de incorporarse al mercado laboral, existen 375 que lo abandonan, generándose un déficit de menos 275. Esta dificultad de recambio poblacional es más manifiesta en el sexo masculino que femenino.

Los datos demográficos analizados anuncian una situación crítica en lo que respecta a la revitalización del municipio y su desarrollo socioeconómico, así como si nos centramos en términos de permanencia en el mismo para los mayores de 65 años y la población adulta activa.

## Estado del Bienestar y Recursos. Nivel municipal

En este análisis a nivel meso presentamos finalmente, dos cuadros comparativos de los recursos sociocomunitarios y socioeconómicos de los municipios de Calvos de Randín y Baltar donde se refleja la situación de declive del dispositivo de protección social.

Si nos detenemos en materia de Servicios Sociales, y en concreto en los Servicios de Atención al Mayor, en ambos ayuntamientos las acciones son de iniciativa pública e implementada desde la Administración Local a través de los Programas de *Ayuda en el domicilio* de ambos. En materia de Recursos Sanitarios, cada municipio cuenta con un médico de familia y un auxiliar técnico sanitario en un Centro de Salud, sin la existencia de un PAC (Punto de Atención Continua).

En el plano educativo, ambos ayuntamientos disponen de un centro escolar con 12 alumnos en etapas de Infantil y Primaria, con tres docentes en el caso de Randín y dos en el de Baltar. No existe un espacio público para la lectura y las áreas y/o zonas recreativas se reducen a una por ayuntamiento.

Como iniciativa de desarrollo de la zona, ambos municipios disponen de alojamientos turísticos en calidad de casa de turismo rural. Además, y concretando el aspecto del plano empresarial, la mayor actividad se concentra en el Sector Servicios con empresas de 0 a 2 asalariados mayoritariamente. Este sector ocupa el 53,84% en Randín y el

56,52% en Baltar. Solo existe una empresa en el sector de la Industria de entre 6 y 9 empleados y pertenece al ayuntamiento de Randín. La actividad empresarial de ambos ayuntamientos se concentra fundamentalmente en pequeñas empresas, probablemente trabajadores en el régimen especial de autónomos, y en tres Sociedades Cooperativas para ambos territorios. Esta realidad manifiesta la dificultad existente en la lucha por la sostenibilidad del territorio, presagiando el abandono del mismo, porque no puedan a futuro satisfacerse las necesidades de la población actual y local, sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras o de las poblaciones de otras regiones.

A nivel socioeconómico ningún ayuntamiento tiene beneficiarios de prestaciones sociales públicas destinadas a la cobertura de necesidades básicas, ni a la integración social (Ayudas de Emergencia Social y Rentas de Integración Social de Galicia). Ahora bien, el poder adquisitivo merma para una población de 17 y 20 personas en sendos ayuntamientos, receptoras de pensiones no contributivas de invalidez y jubilación. En Baltar el 2,26% de los mayores de 65 años subsisten con una prestación entre 300-400€; en Randín lo hacen el 1,72%.

RECURSOS SOCIOCOMUNITARIOS MUNICIPALES		
<b>Entidades prestadoras de servicios sociales</b>	CALVOS DE RANDIN	BALTAR
Comunidad	2	1
Discapacidad	1	1
Familia	1	1
Igualdad	1	1
Inclusión	0	0
Infancia	1	1
Mayores	2	1
<b>Recursos Humanos en Atención Primaria</b>	CALVOS DE RANDIN	BALTAR
Medico General	1	1
ATS	1	1
<b>Centros de Educación no Universitaria</b>	CALVOS DE RANDIN	BALTAR
Nº de Centros	1	1
Nº de Alumnos	12	12
Educación Infantil	3	4
Educación primaria	9	8
Educación Secundaria	0	0
Nº de Profesores	3	2
<b>Bibliotecas</b>	CALVOS DE RANDIN	BALTAR
Nº de instalaciones	0	0

RECURSOS SOCIOCOMUNITARIOS MUNICIPALES (continuación)		
Nº de Instalaciones de esparcimiento	CALVOS DE RANDIN	BALTAR
Zonas recreativas	1	1
Alojamientos turísticos		
Casas de turismo Rural	1	2
Pensiones	0	2
TOTAL	1	4
Oficinas de Entidades de Crédito	CALVOS DE RANDIN	BALTAR
Nº de Cajas de ahorros	2	1

Tabla 18. Comparativa de recursos sociocomunitarios a nivel municipal. Elaboración propia.

DISCAPACIDAD, PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES.		
NIVEL MUNICIPAL		
	CALVOS DE RANDIN	BALTAR
Censo de discapacidades		
Física	32	44
Psíquica	23	22
Sensorial	13	10
Beneficiarios de Ayuda de Emergencia y/o RISGA		
Nº de beneficiarios	0	0
Beneficiarios de pensiones no contributivas		
Nº beneficiarios de Pensiones de Invalidez	7	10
Nº beneficiarios de Pensiones de Jubilación	10	10

Tabla 19. Discapacidad, pensiones y otras prestaciones sociales. Fuente: INE y censo de discapacidades, 2011. Elaboración propia.

TEJIDO EMPRESARIAL- NIVEL MUNICIPAL. AÑO 2010		
	CALVOS DE RANDÍN	BALTAR
Empresas según Actividad Principal		
Industria		
Nº de empresas de 0 a 2 asalariados	6	6
Nº de empresas de 3 a 5 asalariados		2
Nº de empresas de 6 a 9 asalariados		1
Construcción		
Nº de empresas de 0 a 2 asalariados	9	11
Nº de empresas de 3 a 5 asalariados	3	
TEJIDO EMPRESARIAL- NIVEL MUNICIPAL. AÑO 2010 (Continuación)		
	CALVOS DE RANDÍN	BALTAR
Nº de empresas de 6 a 9 asalariados		
Servicios		
Nº de empresas de 0 a 2 asalariados	21	23
Nº de empresas de 3 a 5 asalariados		2
Nº de empresas de 6 a 9 asalariados		1
TOTAL	39	46
Economía Social		
Cooperativas Activas a nivel Municipal	0	0
Sociedades Cooperativas	2	1
Sociedades Laborales	2	1

Tabla 20. Tejido empresarial, Nivel municipal. Fuente: INE – IGE. Elaboración propia.







## ANÁLISIS DEL MICROSISTEMA A NIVEL MUNICIPAL

### Análisis de la población

Habiendo analizado el territorio a nivel macro y meso, nos detenemos a continuación en el análisis demográfico de los pueblos donde se han implementado las actividades del proyecto. Son los pueblos en los que residen los participantes mayores y muy mayores objeto del Estudio, es decir, la muestra y el grupo control.

Administrativamente, estos territorios pertenecen a los Ayuntamientos de Calvos de Randín y Baltar. Nos referimos a los 11 pueblos que se recogen en la tabla 22 (ver página siguiente). El censo de población que contiene esta tabla ha sido realizado por las monitoras participantes en el Estudio, y se corresponde a la población real que reside de manera habitual en los lugares mencionados, 6 pueblos pertenecientes al municipio de Baltar, y 5 al de Calvos de Randín, donde residen los 83 participantes. El porcentaje de personas participantes se ha calculado dividiendo el nº de personas participantes en las actividades entre el número de población mayor de 65 años por 100 de cada pueblo.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO											
	RANDÍN	VILAR	VILARIÑO	PARADELA	PADROSO	SAN PAIO	RUBIÁS	MEAUS	TOSENDE	SANTIAGO	S. MARTIÑO
Nº total de habitantes	89	28	19	28	20	65	61	26	43	49	26
Hombres	46	16	13	13	10	29	28	12	21	25	12
Mujeres	43	12	6	15	10	36	33	14	22	24	14
Nº total de niños/as	4	0	0	0	0	2	1	2	1	3	0
Hombres	2	0	0	0	0	2	1	2	0	1	0
Mujeres	2	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0
Nº total de personas de 16 a 64 años	23	5	8	9	8	21	13	10	19	20	10
Nº de personas mayores de 65 años	42	17	9	9	10	34	25	11	19	19	13
Hombres	20	11	5	4	5	19	11	4	9	10	5
Mujeres	22	6	4	5	5	15	14	7	10	9	8
Nº total de personas >de 80 años	20	6	2	10	2	8	22	3	4	7	3
Hombres	9	4	1	3	1	3	9	1	1	3	1
Mujeres	11	2	1	7	1	5	13	2	3	4	2
Nº total de participantes	27	6	2	6	6	12	3	0	3	8	10
Hombres	5	1	0	3	3	0	1	0	2	0	3
Mujeres	22	5	2	3	3	12	2	0	1	8	7
% de participantes/Total población	43,5	26,0	18,2	31,6	50,0	28,6	6,3	0	13,0	30,8	62,5

Tabla 21. Distribución geográfica de la población participante en el estudio. Datos 2011. Elaboración propia.

Gráficamente el contexto demográfico zona a zona podemos visualizarlo en la siguiente representación:

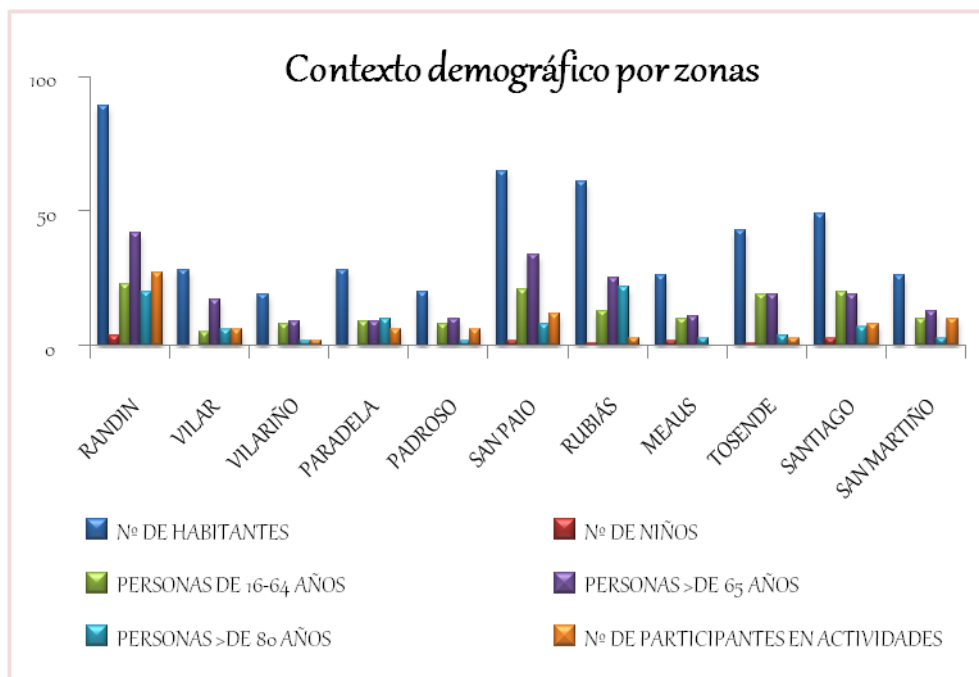


Figura 5. Contexto demográfico por zonas. Elaboración propia.

Observamos una realidad demográfica en la que los núcleos poblacionales no superan los 100 habitantes. Además la población infantil por núcleos es inferior a 5 miembros, llegando incluso en lugares como Vilar, Vilariño, Paradela, Padroso y San Martiño a carecer de población infantil. En todos ellos, los mayores de 65 años superan el 50% de la población del lugar, observando una mayor incidencia en Vilariño y Rubiás donde éstos superan el 75% del total de habitantes.

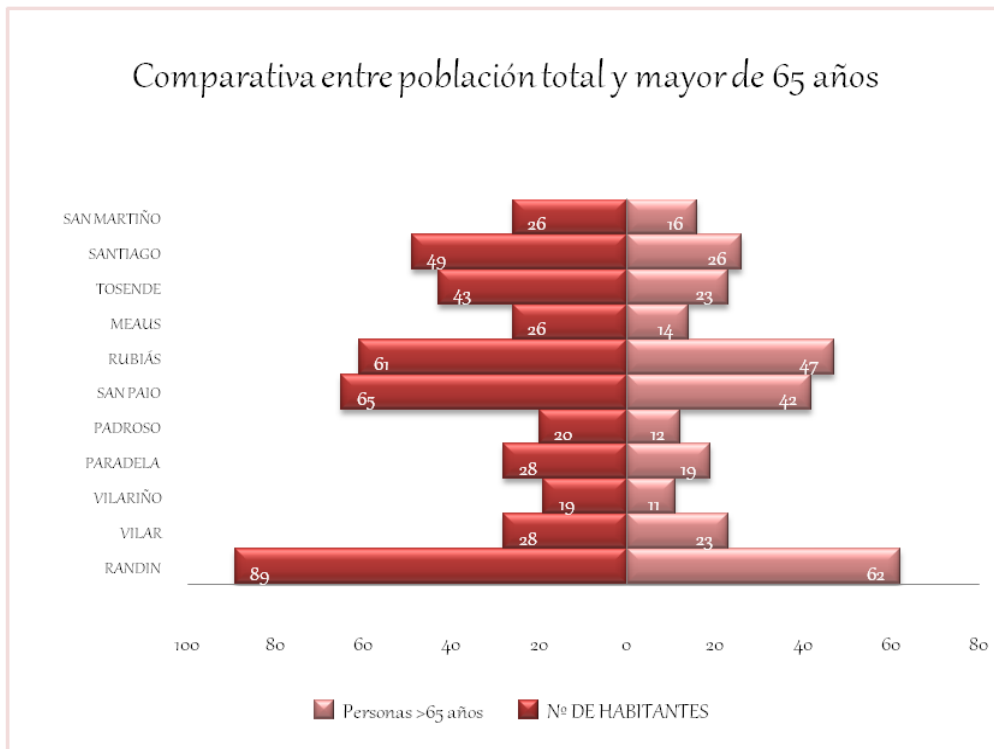


Figura 6. Comparativa entre población total y población > de 65 años. Elaboración propia

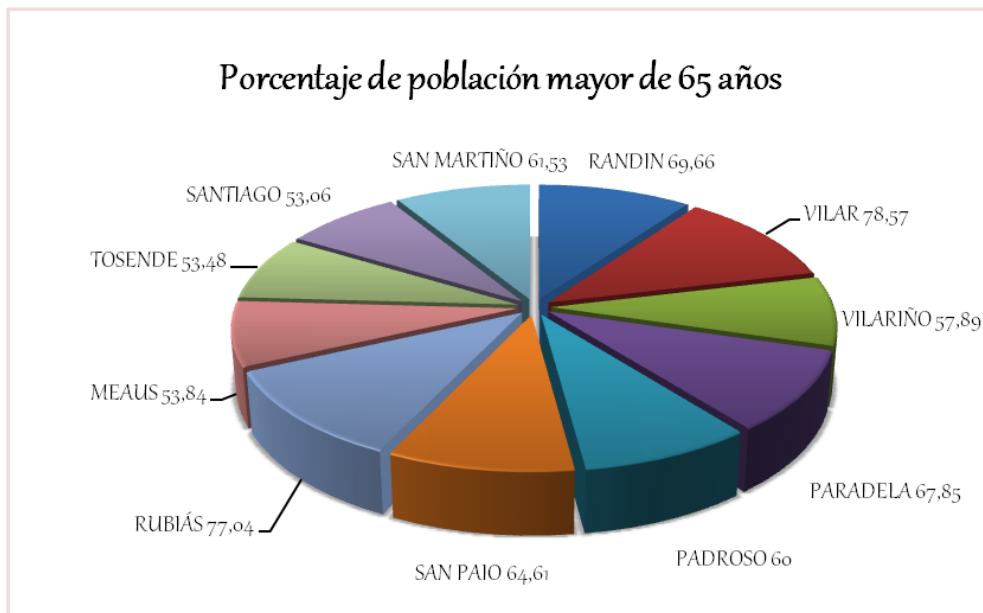


Figura 7. Porcentaje de población mayor de 65 años. Elaboración propia.

Los once pueblos cuentan con una población total residente en el territorio de 454 personas, donde los mayores de 65 años representan el 46% del total y la cuarta edad, mayores de 80 años, el 19% de la misma. Un 32% hace referencia a la población comprendida entre los 16 y los 65 años, la edad activa, y el 3% restante se corresponde con la población infantil.

Esta realidad poblacional señala las dificultades de supervivencia y sostenibilidad del territorio y el envejecimiento del mismo, erigiéndose como uno de los factores desencadenantes del porqué del presente estudio y proyecto. Las representaciones gráficas que se muestran a continuación, tanto a nivel absoluto como porcentual, son el reflejo de la realidad demográfica de los mismos que fundamenta nuestra hipótesis-acción:

101

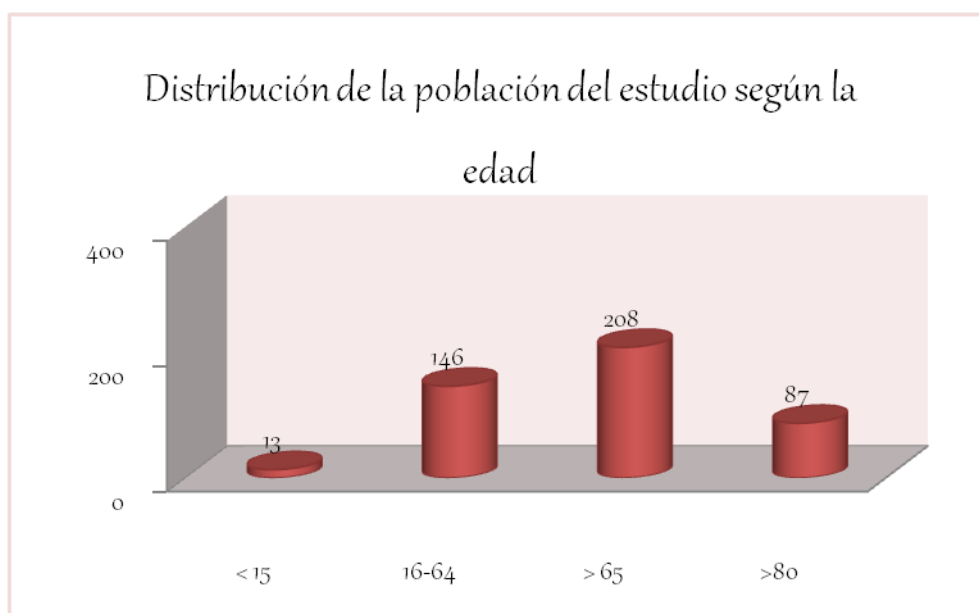


Figura 8. Distribución de la población del estudio según la edad. Elaboración propia.

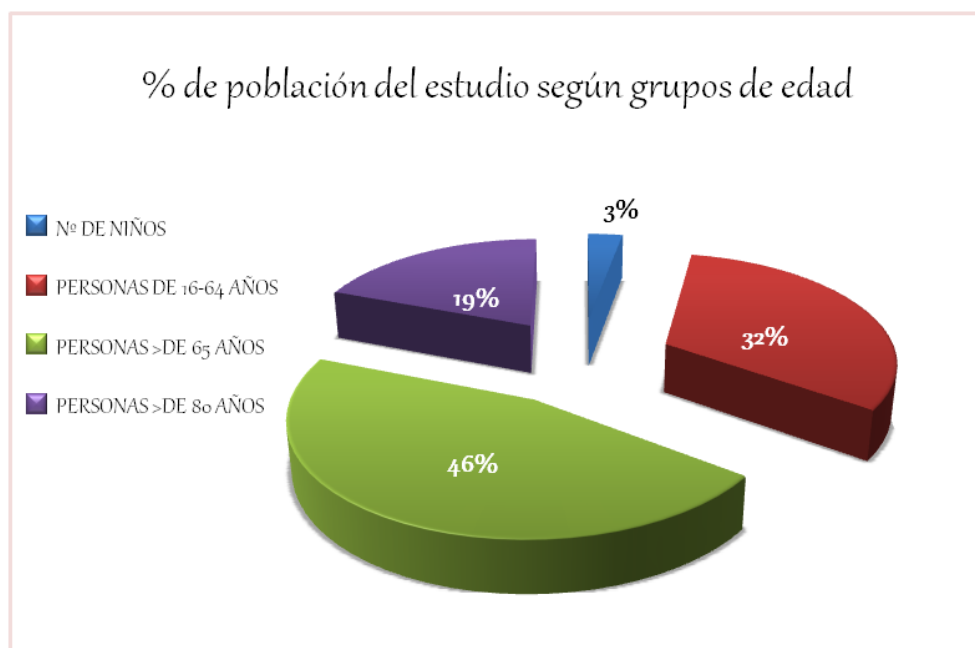


Figura 9. Porcentaje de participantes según grupos de edad. Elaboración propia.

En relación con los indicadores ya analizados a lo largo del presente estudio, es oportuno hablar del índice de dependencia global para los once territorios. Éste se sitúa en el 210,95 y el de dependencia senil lo hace en el 202,05. Con ello queremos expresar que en estos once pueblos, por cada 100 personas en edad activa hay 210 mayores de 65 y menores de 15 que dependen de los anteriores; a su vez por cada 100 personas de entre 16 y 64 años existen 202 mayores de 65 años.

102

Unido a este dato, aportamos el índice de vejez con un valor de 64,98<sup>2</sup>, de manera que por cada 100 habitantes 64 son mayores de 65 años. El índice de envejecimiento se presenta en cifras sobrecogedoras, significando un 269,2<sup>3</sup>, esto es, por cada 100 menores de 15 años habría 269

<sup>2</sup> Índice de vejez: Población >65 años/población total \*100.

<sup>3</sup> Índice de envejecimiento: Población >65 años/población <16\*100

adultos mayores de 65. Ambos índices, conducen a una realidad poblacional sin apenas relevo generacional para la subsistencia de la zona, a la vez que establece indicadores que manifiestan la necesidad de dotar al territorio de acciones y recursos que retrasen el abandono del mismo y ofrezcan opciones de mantenimiento y desarrollo de la calidad de vida para las personas mayores.



EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN



## EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

### Hipótesis de la acción

El modelo de intervención social a favor de las personas mayores a través de instituciones geriátricas no ha de ser el único, máxime si residen en el medio rural.

Puede, y debe, complementarse con un modelo de intervención comunitaria que alargue lo más posible las situaciones de autonomía y de independencia de nuestros mayores, por cuanto son situaciones saludables, con impactos individual y social positivos.

La dependencia y la morbilidad sí deben ser asistidas por el modelo residencial, y consideramos que siendo éste necesario, debe complementarse con un modelo de intervención social que adopte de manera flexible carteras de servicios sociales de apoyo y desarrollo personal, que fomenten la participación activa de la población, eviten el aislamiento y la soledad, promuevan las redes de apoyo informal, y favorezcan la fijación de la población en el medio rural, a través del empleo.

## Objetivos del proyecto de intervención

### General

Promover un modelo social complementario al modelo residencial para la atención a las personas mayores y muy mayores que residen en el medio rural, a la vez que realista respecto del proceso de envejecimiento, enfatizando la importancia de la prevención primaria, el acercamiento intergeneracional y un papel más activo, comprometido y solidario de todas las personas que viven en el mismo medio, subrayando a la vez las alternativas de empleo y fijación poblacional.

### Específicos

- ☞ Mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores que residen en el medio rural.
- ☞ Potenciar la interrelación de las diferentes generaciones.
- ☞ Fomentar espacios y situaciones de intercambio de experiencias, conocimientos y una sensibilidad hacia el patrimonio inmaterial, desde actuaciones innovadoras.
- ☞ Contribuir al intercambio de experiencias e ideas para beneficio de la población.
- ☞ Lograr la autoestima personal de las personas mayores haciendo partícipes a otros colectivos de su experiencia y habilidades.
- ☞ Conservar el vigor físico e intelectual de las personas mayores a través de la elaboración y puesta en marcha de actividades.

- ❧ Demostrar la eficacia y la eficiencia de la atención en su propio territorio a las personas mayores, en comparación a otro tipos de atención en instituciones.
- ❧ Demostrar un mayor índice de satisfacción en los mayores que envejecen en su propio pueblo, en su hogar, que los que lo hacen en una institución, siempre que estén atendidos por personas que se preocupan de ellos, como pueden serlo profesionales de su misma zona, que lo hagan adecuadamente.

## Localización

Los participantes en el Estudio y en las Actividades de Envejecimiento Activo residen en once pueblos que administrativamente se distribuyen de la siguiente manera:

- ❧ Ayuntamiento de Calvos de Randín: Randín, Vilar, Vilariño, Padroso y Paradela.
- ❧ Ayuntamiento de Baltar: San Paio, Rubiás, Santiago, Meaus, San Martiño y Tosende.

La naturaleza grupal de las actividades desarrolladas, así como la configuración del propio territorio, ésta en mayor medida, han determinado la estructura metodológica y los recursos precisos para que el proyecto prosperase.

En la siguiente tabla se recogen las distancias entre los diferentes lugares en los que residen los participantes en el estudio, lo cual ayuda a comprender la necesidad de un servicio de transporte.

DISTANCIAS KILOMÉTRICAS ENTRE LAS LOCALIDADES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO												
		Ayuntamiento de Baltar						Ayuntamiento de Calvos de Randín				
		San Paio	Rubiás	Santiago	Meaus	San Martiño	Tosende	Randín	Vilar	Vilariño	Padroso	Paradela
Baltar	San Paio		4	2,5	4,5	3	3	8	11	14	16	10
	Rubiás	4		1,7	3,5	7	5	4	8	10	13	6,5
	Santiago	2,5	1,7		2,5	5,5	3,5	5,5	9	12	14	8
	Meaus	4,5	3,5	2,5		7,5	1,6	7,5	11	14	16	10
	San Martiño	3	7	5,5	7,5		6,5	11	15	17	19	13
	Tosende	3	5	3,5	1,6	6,5		9	12	15	17	11
Calvos de Randín	Randín	8	4	5,5	7,5	11	9		4	6,5	9,5	3
	Vilar	11	8	9	11	15	12	4		2,5	13	6,5
	Vilariño	14	10	12	14	17	15	6,5	2,5		16	9,5
	Padroso	16	13	14	16	19	17	9,5	13	16		8,5
	Paradela	10	6,5	8	10	13	11	3	6,5	9,5	8,5	

Tabla 19. Distancias kilométricas entre las localidades participantes en el estudio. Elaboración propia.

## Participantes

El número de participantes totales en el estudio ha sido de 83 personas mayores de 65 años, y 8 conformaron un Grupo Control del Estudio, sobre una población diana total de 295. Las primeras asistían a los diferentes talleres, participando en uno, dos y tres, según su deseo. El grupo control no realizó ninguna actividad, ni participó en ningún taller, sino que fueron utilizados en el experimento a fin de brindar una observación que pudiese cotejarse con la conducta del grupo experimental, que es el que se queríamos estudiar, a fin de valorar su mejora por participar en las actividades de envejecimiento activo. Queremos señalar también que al inicio de las actividades el número de personas inscritas fue de 102 personas, pero se produjo el efecto de muerte experimental en 19 beneficiarios, quedando finalmente el grupo de observación conformado por 83 personas.

111

Presentamos a continuación el porcentaje de participación de los mayores de 65 años en las actividades <sup>4</sup> implementadas, para posteriormente ofrecer una representación gráfica comparativa por pueblos y de manera general, por edad y sexo:

---

<sup>4</sup> Calculado a partir de: Participantes de las actividades/nº de personas >65 años \*100.

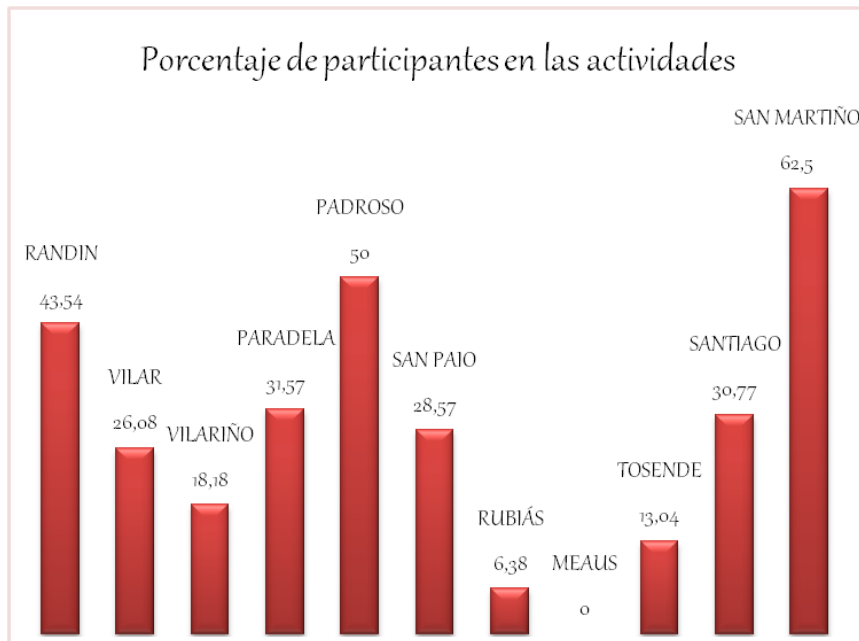


Figura 10. Porcentaje de participantes en las actividades, según localidad de residencia. Elaboración propia

El promedio de participación estimado en las actividades ha sido del 28,24%.

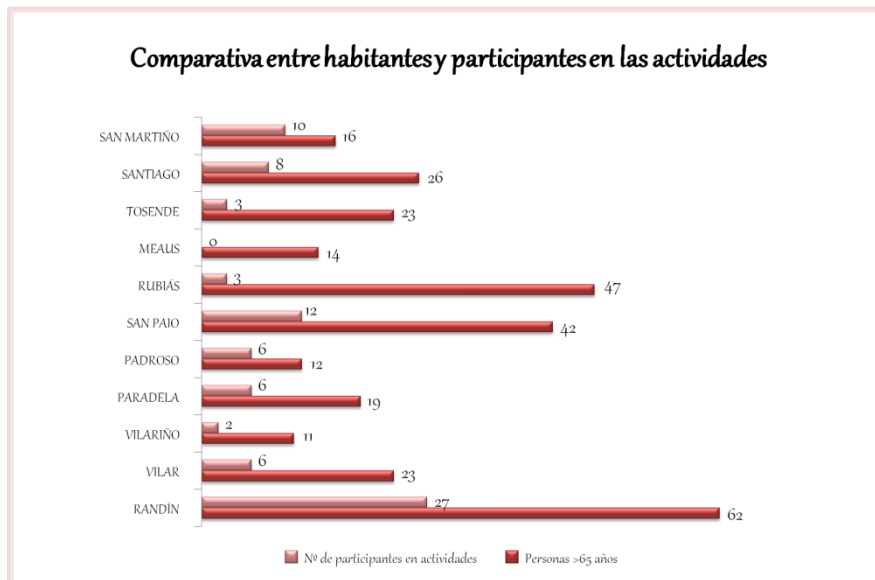


Figura 11. Comparativa entre población > de 65 años y población participante en el estudio. Elaboración propia

Del número total de participantes en las actividades, 18 han sido hombres y 65 mujeres mayores de 65 años, de manera que se aprecia una mayor participación de las segundas en un 56%.

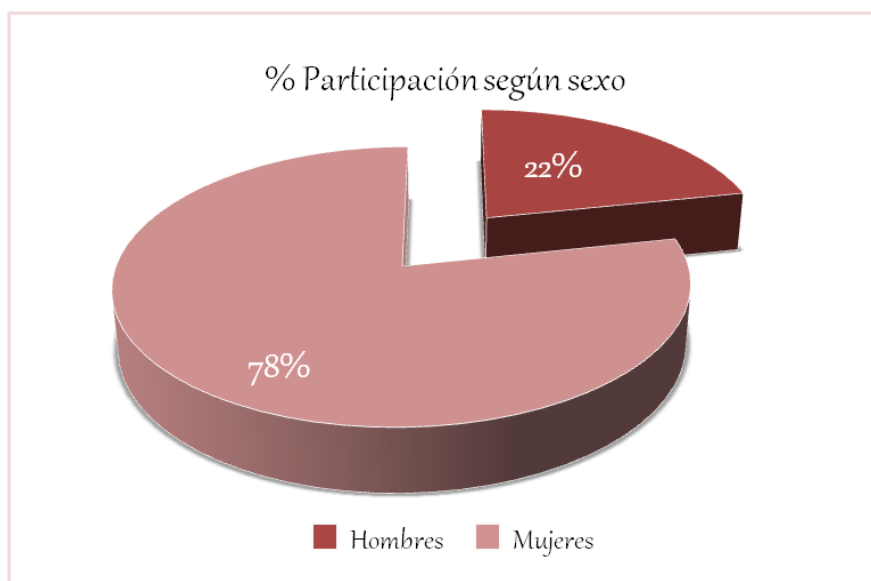


Figura 12. Porcentaje de participantes según sexo. Elaboración propia.

## Temporalización

Las acciones realizadas se temporalizan en dos vertientes. En primer orden, las derivadas de las actividades precisas para la realización del Estudio sobre el Envejecimiento Rural, y, en segundo lugar, las relativas a las actividades implementadas para favorecer el envejecimiento activo en los participantes. La fase de investigación comienza en enero de 2011 y finaliza en diciembre del mismo año con la obtención de los resultados que se presentan en el epígrafe correspondiente.

Como se puede observar en el cronograma expuesto y su leyenda, a lo largo de los doce meses de 2011 se desarrollaron diferentes acciones relacionadas con la planificación, diseño e implementación de las actividades relativas a la investigación a fin de poder obtener la valoración científica de los procesos de mejora.

ENERO							FEBRERO							MARZO							ABRIL						
L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D
					1	2																		1	2	3	
3	4	5	6	7	8	9		1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6	4	5	6	7	8	9	10
10	11	12	13	14	15	16	7	8	9	10	11	12	13	7	8	9	10	11	12	13	11	12	13	14	15	16	17
17	18	19	20	21	22	23	14	15	16	17	18	19	20	14	15	16	17	18	19	20	18	19	20	21	22	23	24
24	25	26	27	28	29	30	21	22	23	24	25	26	27	21	22	23	24	25	26	27	25	26	27	28	29	30	
31							28							28	29	30	31										
MAYO							JUNIO							JULIO							AGOSTO						
L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D
						1			1	2	3	4	5						1	2	3	4	5	6	7		
2	3	4	5	6	7	8	6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14
9	10	11	12	13	14	15	13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21
16	17	18	19	20	21	22	20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28
23	24	25	26	27	28	29	27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31	29	30	31				
30	31																										
SEPTIEMBRE							OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE						
L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D
			1	2	3	4						1	2		1	2	3	4	5	6				1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11	3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25	17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30			24	25	26	27	28	29	30	28	29	30				26	27	28	29	30	31		

	Planificación de instrumentos de investigación: selección de instrumentos de aplicación, de indicadores, de grupo control y muestra
	Reuniones de Coordinación y seguimiento del programa : Dña. Ramona Rubio Herrera, monitoras del programa, equipo técnico de Cáritas
	Trabajo de planificación en el Territorio, selección de núcleos de población diana, medios y materiales
	Realización de la primera pasación de los instrumentos de medición a los participantes del estudio y al grupo control
	Codificación e introducción en la base de datos de SPSS de los resultados 1º y 2º pasación de instrumentos
	Realización de la 2º pasación de los instrumentos de medición a los participantes y al grupo control

### Temporalización de las Actividades de Envejecimiento Activo

Las actividades orientadas a favorecer el Envejecimiento Activo se han desarrollado de marzo de 2011 a diciembre de 2011. El horario de las mismas ha tenido lugar de Lunes a Sábado de 16:00 a 18.00 horas.

Las Actividades realizadas se localizaron en concreto, en los siguientes lugares, con apoyo en las infraestructuras existentes:

1. La Antigua Escuela Unitaria convertida en el Local Social de Randín.
2. La Antigua Capilla convertida en el Local Social de San Paio.
3. La Antigua Escuela Unitaria, actualmente Local Social de San Martiño.
4. La Antigua Escuela Unitaria, que es hoy el Local Social de Rubiás.

115

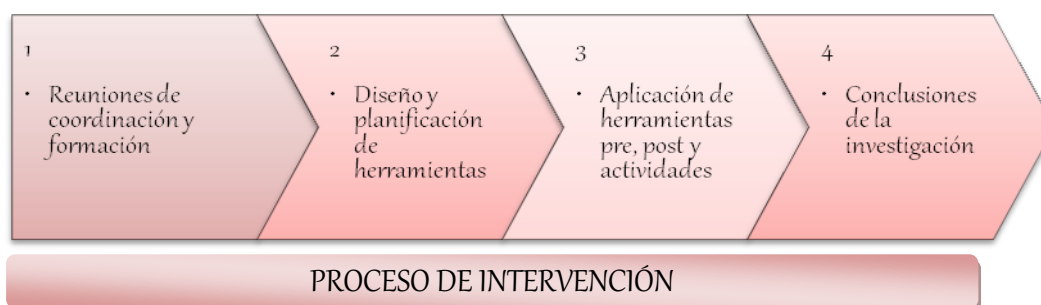
A continuación presentamos el calendario de actividades en los cuatro locales sociales: Taller de Memoria, Taller de Manualidades y Taller de Gimnasia, así como las actividades de ocio llevadas a cabo desde el Programa.

1. Escuela de Randín						
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
16-17	Gimnasia	Manualidades	Gimnasia	Memoria	Manualidades	Memoria
17-18	Gimnasia	Manualidades	Gimnasia	Memoria	Manualidades	Memoria

<b>2 y 3. Local Social San Paio y Rubiás</b>					
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
16 a 17:30	Memoria	Gimnasia		Memoria	Memoria
17:30 a 19	Gimnasia	Manualidades			
<b>4. Escuela San Martiño</b>					
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
16-17		Memoria			Memoria
17-18	Manualidades		Manualidades		
<b>Actividades de Ocio comunes</b>					
✓ Excursión a <i>Romaría Raigame</i> -Vilanova dos Infantes, Celanova –Ourense y Visita cultural a Allariz, 17 de Maio 2011.					
✓ Romería de Verano en Rubiás, 30 julio 2011.					

## Proceso de la intervención

La primera premisa que se ha seguido para la consecución del objetivo general de este estudio ha sido ajustar el método de trabajo, que se centró en el proceso de intervención representado en el siguiente esquema:



## 1º. Las reuniones de planificación, coordinación, seguimiento y formación.

En el mes de enero de 2011 se llevan a cabo diversas reuniones de planificación y discusión con base en el trabajo desarrollado a lo largo del 2010. El trabajo del año anterior había girado en torno a la formación de 35 mujeres en edad activa en materia de atención sociosanitaria; de ellas saldrá el equipo de monitoras que gestionarán las acciones de envejecimiento activo. En estas primeras reuniones, además del balance anterior, se establecen las sesiones de visita al territorio, se elige a las monitoras participantes encargadas del desarrollo de las actividades en el mismo y las posibilidades de dinamización de la zona. Se seleccionaron los núcleos de población diana, se articuló la dinamización de los participantes y la implicación de los mismos en el proyecto, el servicio de transporte, dada la dispersión territorial, y la organización de los locales donde tendrán lugar las diferentes actividades y el acondicionamiento de los mismos, así como del material preciso para el desarrollo de las mismas.

El Gabinete de Calidad de Vida y la Cátedra de Gerontología de la Universidad de Granada diseña las herramientas científicas que se van a utilizar, los indicadores, el tamaño de la muestra y la elección de un grupo-control, así como todo el tratamiento de la información social, su explotación estadística a través de la aplicación informática SPSS, el tratamiento de las actividades y su seguimiento mensual.

A lo largo del año se establecen reuniones mensuales en el territorio para resolver las incidencias que se presentan y realizar el seguimiento de las acciones.

## **2º. Los encuentros de trabajo con la parte científica del Estudio**

Tienen lugar tres encuentros presenciales para planificar y diseñar la parte científica del Estudio.

En el **primero** de ellos se presenta el cuadernillo de instrumentos y la guía de aplicación de los mismos<sup>5</sup>, y se trabaja sobre ellos seleccionando los que se aplicarán para visibilizar aspectos relacionados con la situación sociodemográfica, el funcionamiento cognitivo, el optimismo y la calidad de vida.

En este primer encuentro se valora el sondeo realizado entre la población de las actividades que resultan más deseables. Se valora el cuadro de actividades a implantar en el territorio. También el número de personas susceptibles de ser atendidas.

---

<sup>5</sup> Ver Anexo.

Se difunde entre los agentes del territorio (Alcalde, Trabajadora Social, Médico) el Programa de Envejecimiento Activo y se solicita su colaboración.

El **segundo** encuentro, se centra en aspectos de supervisión del aprendizaje técnico para la pasación de herramientas de medición, con la finalidad de valorar correcta y científicamente los distintos grados de satisfacción de las personas participantes en el programa al inicio, en el intermedio y a la finalización del mismo. Las reuniones con las monitoras sirven también para evaluar la acogida y participación de las actividades puestas en funcionamiento por parte de la ciudadanía, y los aspectos cualitativos del desarrollo de las actividades. Se ajustan las posibles desviaciones producidas y se calendarizan los próximos momentos de evaluación.

El **tercero** se encamina al seguimiento de las actividades implementadas entorno al envejecimiento activo, a proporcionar las herramientas para la codificación de los test y el envío y tratamiento de los datos por parte de la Universidad de Granada. Se organiza un encuentro y visita a los diferentes talleres e intercambio de ideas con los beneficiarios para visualizar su grado de motivación de forma cualitativa.

Con respecto al trabajo con las monitoras, se plantea la posibilidad de dinamización del territorio y revitalización del mismo invitándolas a la reflexión en este aspecto y a encauzar las posibilidades de autoempleo y de recuperación patrimonial y cultural del territorio.

### 3º. Evaluación Pre y Post Test

Esta fase se lleva a cabo en dos periodos, el primero al inicio de las actividades y el segundo al final de las mismas.

Se realiza la pasación a una muestra de 78 participantes en las actividades y a 8 personas residentes en el territorio como grupo control que no acuden a las mismas y que se encuentran entre los parámetros de edad establecidos en el estudio.

Se les aplican 4 instrumentos, uno de ellos solo al inicio, al ser de contenido sociodemográfico<sup>6</sup>, los otros tres al inicio de la actividad y al final de la misma.

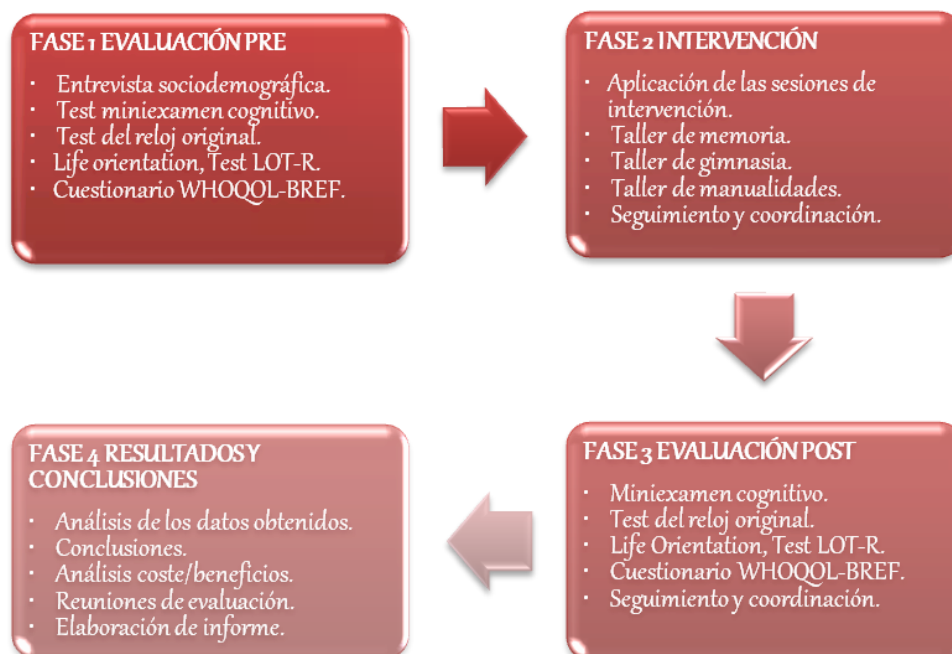
Posteriormente y en cada una de los períodos de evaluación se realiza el tratamiento y codificación de los mismos a través del SPSS y el envío de los mismos al Gabinete de Calidad de Vida y la Cátedra de Gerontología Social de la Universidad de Granada para su posterior análisis y extracción de las conclusiones del estudio.

120

---

<sup>6</sup> Ver Anexo.

#### 4.º. Procedimiento de la intervención



Las actividades de envejecimiento activo realizadas durante el 2011 se han centrado en torno a los siguientes contenidos:

#### Taller de Memoria

Dirigido a favorecer el mantenimiento y estímulo cognitivo ha englobado las siguientes áreas de trabajo:

- Memoria sensorial (visual, auditiva, táctil).
- Memoria explícita:
  - ✓ A corto plazo.
  - ✓ A largo plazo: Episódica (hechos recientes y remotos) y Semántica (conocimientos aprendidos).
- Memoria implícita.

Los contenidos de las actividades realizadas han sido: cálculo, atención, razonamiento, orientación espacial, orientación temporal, factores lingüísticos, ejercicios relacionados con la memoria sensorial, funciones ejecutivas (seriación, planificación, categorización), PowerPoint adaptados (fotos de lugares conocidos, fotos de los propios participantes, ejercicios también adaptados), y de hábitos saludables:

### **☞ Orientación espacio- temporal**

La orientación temporal se ha trabajado con ejercicios relacionados con fechas y festividades importantes, etc. En orientación espacial se llevaron a cabo tareas de dibujar planos de lugares conocidos, con mapas de geografía. Verbalmente el alumno describe como llegar a ciertos lugares.

122

### **☞ Ejercicios de lenguaje**

Fluidez, narración,... Se han realizado en su totalidad siempre escritos a través de la descripción de fotos o escenas. Para la potenciación del lenguaje realizaron ejercicios de sinónimos y antónimos, palabras incompletas o desordenadas, refranes incompletos, crucigramas,.. etc.

### **☞ -Memoria a largo plazo y corto plazo**

Para la estimulación de la memoria a largo plazo se realizaron ejercicios de recuerdo de fechas históricas, autobiográficos, esto es, redacciones de acontecimientos importantes en la vida de los alumnos participantes,...; otros han estado centrados en la rememoración de

personajes históricos importantes mediante la presentación de fotos, etc.

### ☞ Ejercicios de cálculo mental

Comprendieron la realización de actividades de localización de secuencias de números, uso de las cuatro reglas básicas,...

### ☞ Ejercicios de atención

Fundamentalmente ejercicios de gesticulación, ejercicios de atención visual,

atención

auditiva, de

razonamiento

verbal,...

En términos  
generales se  
desarrollaron

tareas impresas, a

través de imágenes y proyección de videos, uso de PowerPoint con fotos del territorio de elaboración propia. Para la estimulación de la memoria táctil se usaron diversos objetos y también colores combinados con tareas de atención visual.





124

### **Taller de Manualidades**

---

Ha estado orientado a favorecer el mantenimiento y potenciación de las habilidades y destrezas manuales, y la participación social. En este taller se han desarrollado actividades dirigidas a la realización de objetos que fomenten la creatividad, la decoración y el trabajo práctico, siendo igualmente importante el factor “encuentro grupal”. Las manualidades elaboradas han sido escogidas por los propios participantes en el taller y ha implicado la formación continua de las monitoras.

Se han realizado:

### ☞ Flores: rosas, margaritas, dalias:

Con materiales utilizados: pasta de porcelana fría, acuarela: verde, rojo, naranja; óleo: amarillo, rojo, blanco; barniz, alambre, cinta verde tape, oro líquido, pasta ferro (para pintar jarrones y botellas en las cuales se montarlas flores).

### ☞ Collares, pendientes y pulseras:

Realizados utilizando los siguientes materiales: pasta de diferentes colores, barniz francés, hilo de collar, goma de pulsera, enganches de pendientes, rocalla de diferentes colores y tamaño, macarrones de diferentes colores.

### ☞ Decoración de botellas:

Utilizando materiales como óleo de diferentes colores, glitter de diferentes colores, barniz cerámico.





### **Taller de Gimnasia**

---

Este taller estuvo dirigido a mejorar el bienestar de los participantes en general, y de forma particular la salud física y psicológica general, potenciando la movilidad y autonomía, y reduciendo el riesgo de enfermedades.

El taller comienza diariamente con ejercicios de calentamiento reforzando la zona con la que se va a trabajar, y con estiramientos, para a continuación empezar de lleno con la actividad elegida para cada sesión, y finalizar reduciendo la intensidad y nuevamente realizando estiramientos.

La estructura de trabajo se establece conforme a ciclos de 7 días que finalizados, se inician nuevamente:

### ☞ Coreografía de aerobio

Permite ejercitar la mente dado a que precisan recordar los pasos, favorece la coordinación y el equilibrio, la agilidad física.



### ☞ Gimnasia de mantenimiento

A través de un circuito de ejercicios, se fortalece la musculatura y las articulaciones y se previenen posibles lesiones, así mismo se facilita la eliminación de la grasa corporal y el mantenimiento del peso.

### ☞ Ejercicios con mancuernas, acompañado de movimientos

Favorece el fortalecimiento de los brazos, hombros y muñecas.

### ☞ Ejercicios en la colchoneta y estiramientos

Se llevan a cabo ejercicios para el fortalecimiento de piernas, favoreciendo así el riego sanguíneo; el abdomen y el suelo pélvico se fortalecen; la columna vertebral se corrige y se alivia de tensión. La realización de estiramientos permite que obtengan mayor elasticidad y aprenden a relajarse con la realización de una correcta respiración.

### ☞ Coreografía utilizando un palo, pelotas de gimnasia

Sirve de apoyo para la realización de ejercicios de piernas y equilibrar ejercicios de brazos. Las actividades con pelota



permiten trabajar la lateralidad, la fortaleza de dedos, manos y muñecas y obtener mayor destreza.

### ☞ Ejercicios de exterior y juegos

Actividades como el “juego de la silla”, filas para pases de pelota, partidos de fútbol o baloncesto, “pillar por parejas”.



128

### ☞ Ejercicios utilizando sillas

Para trabajar piernas, espalda y corrección de malas posturas.

La dinámica de trabajo en todos ellos se centra, primero en la preparación y acomodación del aula por parte de las monitoras, recepción y diálogo con los beneficiarios, realización de las actividades, y limpieza y mantenimiento por parte de los participantes del aula. Hemos de destacar

la participación e implicación de los beneficiarios en el diseño de las actividades y en las sugerencias en cuanto al desarrollo de las mismas y opciones de futuro al respecto.

### **Valoración de las Actividades por parte de las monitoras**

---

Este apartado trata de exponer la valoración cualitativa de las monitoras participantes en el Estudio, sus reflexiones, su experiencia tras un año de formación y como residentes en el territorio, así como sus sensaciones como parte integrantes del proyecto y agentes dinamizadores en cada uno de los Talleres.

Se presentan, por tanto a continuación, algunas opiniones literales extraídas de las memorias cualitativas mensuales de trabajo con respecto al desarrollo de cada uno de los talleres.

129

#### **Valoración de Laura Garrido y Palmira González, monitoras del Taller de Manualidades**

*“El mayor objetivo que llevamos planteándonos desde un principio es intentar sacar a la gente de su monotonía diaria, ¿cómo la sacamos? Impartiendo diferentes talleres ya sea de manualidades como es nuestro caso, como el de gimnasia y memoria, tres talleres fundamentales que ayudan a las personas de diferentes maneras.*”

*Socialización entre pueblos, la convivencia diaria, buscarles un motivo por el cual digan y piensen, me toca ir a manualidades, ¡me voy arreglar!*

*Es muy importante ya que en estos nueve meses han aprendido a apreciar lo que otras personas les pueden aportar.*

*Pero así como nuestros alumnos han sido beneficiados nosotras las monitoras también, hemos aprendido lo bonito que es poder ayudar a otras personas con nuestros conocimientos.”(Junio, 2011).*

*“La verdad es que nunca pensamos que este bonito proyecto nos llenara tanto, y encontrarnos cada día con un gran recibimiento nos deja sin palabras, esto nos ha unido aun más” (Noviembre, 2011).*

130

### **Valoración de Ana Lama, monitora del Taller de Manualidades**

*“Al inicio del curso los alumnos sentían miedo porque creían que hacían todo mal, pero con el transcurso del tiempo se dieron cuenta de eran capaces de hacer eso y mucho más. Con lo cual cada día acudían con más ganas de aprender cosas nuevas. Su rostro lo refleja todo, entusiasmo, carisma, alegría, y muchas emociones de convivencia.”(Junio, 2011).*

*“He observado avances en lo que respecta a la integración, motivación y grado de autoestima”(Noviembre, 2011).*

### Valoración de M<sup>a</sup> Soledad Fernandez, monitora del Taller de Gimnasia

*“La verdad es que estoy muy contenta de cómo está respondiendo la gente, les veo que vienen con muchas ganas y se marchan con una sonrisa en la cara. Noto como algunas personas se van abriendo cada día más, los primeros días parecían tímidos y reservados, pero según pasan los días van perdiendo esa timidez y el sentido de la vergüenza. Tengo un caso concreto de una señora con problemas de depresión ... sus hijas me han comentado que esto le está ayudando.*

*Además de hacer clases de gimnasia o de aeróbic siempre hay un rato para hacer algo divertido ya sea en pareja o en grupo. La respuesta por su parte es muy buena ya sea con el baile, con juegos o dándose un masajito, sus caras y sus risas me lo dicen todo”*(Abril, 2011)

*“Mi valoración es muy positiva, observo que vienen con muchas ganas ya que no suelen faltar y cuando faltan es por causas ajenas a su voluntad.*

*En cuanto al futuro la gente me dice que les encantaría que esto continuara y que estarían dispuestos a pagar sino fuera mucho. Les he preguntado qué es lo que les gustaría que hubiera en el pueblo y una parte decía que un lugar donde poder bailar y otros sin embargo querían juntarse para cantar. Además estarían dispuestos a echar una mano como voluntarios en lo que nos hiciera falta”* (Junio y Julio 2011)

### Valoración de Ana Vazquez , monitora del Taller de Memoria:

*“Al iniciar la actividad había un grupo bastante numeroso de participantes apuntados al taller de memoria. El primer día, o primera sesión, la he dedicado un poco a la presentación y a explicar, dando unas breves pinceladas, el concepto y los tipos de memoria; también charlamos sobre qué íbamos a trabajar en el taller y cómo íbamos a hacerlo.*

*Durante el primer mes (a pesar de que algunos de los participantes se dieron de baja o, simplemente, no asistieron al taller) me he topado con una serie de dificultades que me impedían impartir el taller de memoria con cierta normalidad. Enumero algunas de ellas:*

- *Personas con graves problemas de audición.*
- *Personas con mucha dificultad de comprensión.*
- *Personas con un nivel académico mínimo.*
- *Algún que otro participante con problemas de alfabetización.*
- *Alguna persona que sabe leer pero con dificultades de escritura.*

*Como he mencionado al principio, alguno/as de los beneficiario/as del programa de actividades que se habían inscrito en este taller y que habían asistido el primer día dejaron de hacerlo; creo entender que entre las causas de abandono está el analfabetismo, aunque no lo hubieran expresado así, particularidad esta que no le impide la participación en los otros dos talleres ofertados pero sí se lo impide en el que nos ocupa. Una de estas personas, con dificultades de alfabetización, acudió a mí en busca de*

*ayuda y consejo; esta señora lee con dificultades pero no sabe escribir; me cuenta que sólo sabe firmar. Se muestra triste y avergonzada por ello. Estuve conversando con ella largo y tendido y, finalmente, conseguí animarla para que asistiera igualmente al taller, que seguro buscaríamos fórmulas alternativas para que pudiera participar; le expliqué que algunos ejercicios de memoria, como la visual, sí los podría realizar y, cuando no, trabajaría con ella otro tipo de habilidades como la lectoescritura (para ello me hice con unos cuadernillos típicos de escritura y cálculo que ella trabaja mientras el resto del grupo realiza algún ejercicio escrito que no es capaz de resolver).*

*Ambos grupos son bastante heterogéneos lo que implica que a la hora de trabajar me tengo que valer de todos los recursos disponibles, sobre todo, la pizarra sin la cual sería muy complicado, por no decir imposible, llevar adelante el taller por lo que respecta a muchos de los participantes. En realidad, muchas de las personas lo que necesitan es una atención individual.*

*Aunque parezca que sólo relato dificultades, que las hay, tengo que decir también que a nivel personal me ha resultado y me sigue resultando muy gratificante comprobar cómo se esfuerzan, como se ríen y como trabajan; hay que pensar que la mayoría de esta gente no ha vuelto a usar un lápiz desde que dejaron la escuela (aproximadamente entre los 8 y los 14 años de edad).*

*Si bien al inicio su estado físico era de nerviosismo ante las actividades que tenían que hacer e, incluso, de vergüenza al no ser capaces de resolver algún ejercicio, ahora observo que acuden mucho más relajadas al taller.*



*Otra cuestión, la asistencia. Es bastante regular si bien faltan de vez en cuando por los motivos que sea; también es verdad que cuando no acuden al taller al día siguiente justifican su falta sin que yo se lo haya pedido nunca.*

*En conclusión, mantenemos dos grupos bastante numerosos de participantes; en el primer grupo asisten regularmente unas nueve personas y en el segundo, trece; debido al bajo nivel de los grupos, en algunos casos atención casi individualizada, considero que el número de los mismos me permite mantener un ritmo de trabajo bajo pero normalizado.*

*No creo que hayamos conseguido aún ningún tipo de gran avance en la memoria pero sí en la autoestima de los participantes, en la confianza en su capacidad de superación y en que pasen un rato agradable que,*

*desde mi humilde punto de vista, ya son logros bastante significativos”*  
(Abril, 2011)

*“Al comenzar esta andadura nos hemos encontrado con personas totalmente desmotivadas y con un grado de autoestima muy bajo. Con el paso de los meses y unas cuantas sesiones de memoria (considero que no son muchas para obtener realmente una mejoría) se puede decir que, en general, los beneficiarios/as de la actividad han experimentado un cambio en algunos puntos:*

*1. La motivación: en este punto si se ha notado un cambio bastante importante; están bastante motivados tanto por el trabajo que realizan como por la interacción interpersonal que se da entre ellos.*

*2. Autoestima: creo que ha mejorado al menos un poco su autoestima y su autoconcepto. Me baso en los comentarios que ellos hacen; al principio eran: “esto no es para nosotros”, “no sabemos”, “a estas alturas de la vida, no tenemos nada que hacer”, etc. y, ahora, ya no hacen este tipo de afirmaciones intentando realizar cualquier ejercicio propuesto. Se muestran receptivos. Utilizo el verbo “creo” porque no he realizado ningún cuestionario de “satisfacción personal” que proporcionaría datos con mayor fiabilidad que mis propias impresiones o percepciones.*

*3. Memoria: conseguir resultados en memoria es un camino bastante largo; en este tiempo, hemos trabajado la misma desde todas sus perspectivas y lo único que puedo decir es que hemos mejorado bastante el*

*ritmo en el aula y hay una gran diferencia a la hora de realizar los diferentes ejercicios desde el inicio del curso hasta ahora.*

*4. Funcionamiento del taller y propuestas de mejora: la actividad está funcionando bien, las personas que asisten al mismo los hacen motivadas, se concentran durante la hora que dura la sesión e, incluso, al finalizar comentan que se les ha pasado muy rápido la hora; esto es un buen indicador. Y, por último, en lo referente a las propuestas de mejora, todo en la vida es susceptible de mejora y supongo que los talleres también pero, como ya he dicho anteriormente, trabajamos los diferentes tipos de memoria y esto nos permite realizar ejercicios muy variados por lo que considero que deberíamos seguir en la misma línea durante un tiempo antes de introducir cambios en el taller que pudieran afectar al buen ritmo logrado hasta ahora.”(Evaluación de Resultados, Julio 2011).*

*“Mi valoración es muy positiva. (...)Hay que pensar que, a diferencia de otros talleres, muchas de las personas que asisten a memoria en Randín superan los ochenta años de edad y les supone bastante esfuerzo el realizar muchos de los ejercicios aunque sean de un nivel muy básico”. (Noviembre, 2011)*

#### ***Valoración de Florentina Fidalgo, monitora Taller de Memoria:***

*“En cuanto a las mejoras en los participantes, observamos que a medida que transcurre el curso, la evolución es favorable, se nota un cambio en la sociabilidad de los mismos, interactúan más y mejora su*

*estado de ánimo. Se nota en general que a medida que transcurre el curso son más participativos, están más cómodos y con ganas de trabajar y mejorar. En cuanto a la agilidad mental, en algunos se nota un resultado positivo, pero en la mayoría se trata de cambios insignificantes en la atención, capacidad verbal, etc”.*

*“Los talleres de memoria resultan a nivel personal muy gratificantes ya que se establece un vínculo entre la monitora y los alumnos. Aumenta la confianza a medida que transcurre el tiempo. Para la monitora es un estado de satisfacción ya que realiza unas tareas positivas para las personas mayores, y que además se ve compensado por los valores humanos que consigues.*

*En cuanto a los avances que se producen, aunque no son muy notables, si se observa que la asistencia al taller produce tranquilidad y bienestar lo que se traduce en pequeños avances.*

*En general, y como opinión personal, los talleres se vuelven imprescindibles para las personas de esta zona rural, porque se puede decir que son los únicos “revulsivos” con los que cuentan actualmente, socializan con los demás participantes, se mantienen ocupados,... todo esto hace que mejore su calidad de vida.*

*Hay diversos aspectos que convendría mejorar, esto es, evitar la formación de grupos en los talleres, tener en cuenta el grado de*

*competitividad entre los participantes, mejorar los recursos materiales para poder ofrecer actividades más variadas y completas.*

*En general, es necesaria la continuación de los talleres sobre todo para mejorar la calidad de vida de los mayores” (Noviembre, 2011)*

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN PRE-TEST



## RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN PRE- TEST

### Descripción de la muestra

En este proyecto de investigación los datos obtenidos de la muestra reflejan similares resultados a los estudios llevados a cabo a nivel nacional. Así, en ésta hay más mujeres que hombres (70.9% frente al 26.7 %); más de la mitad de los participantes están casados (70.2%) mientras que el 17.9% están viudos, el 10.7% solteros y el 1.2% separados o divorciados.

En cuanto a la edad, podemos observar que la media de edad es de 70.82 años (DT=6.35). Del total de los participantes, el 54.6 % tienen edades inferiores a los 69 años, mientras que el 45.3 % restantes tiene 70 ó más años.

141

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	
VARIABLE	%
Sexo	
Hombre	26.7
Mujer	70.9
Edad	
Media de edad: 70.82 años DT=6.35 años	
Grupos de edad	
Edades comprendidas entre 60 y 64 años	20.9
Edades comprendidas entre 65 y 69 años	31.4
Edades comprendidas entre 70 y 74 años	17.4
Edades comprendidas entre 75 y 79 años	19.8
Mayores de 80 años	8.1

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA (continuación)	
VARIABLE	%
<b>Estado civil</b>	
Casado/a	70.2
Viudo/a	17.9
Soltero/a	10.7
Separado/a o divorciado/a	1.2
<b>Convivencia</b>	
Vive solo/a	14.3
Vive en compañía de otras personas	84.5
<b>Nivel de estudios alcanzado</b>	
Analfabeto (no sabe leer y escribir)	1.2
Sin estudios primarios, pero sabe leer y escribir	25.0
Primarios incompletos	21.4
Primarios finalizados	52.4

Tabla 20. Descripción de la muestra. Elaboración propia.

Con respecto al nivel educativo, cabe subrayar que los participantes tienen un nivel de estudios bajo. La mayoría tienen estudios primarios (73.8%) no obstante, un 21.4% de ellos no han conseguido finalizarlos, un considerable porcentaje (25%) no han tenido educación formal, pero sabe leer y escribir, y el 1.2% son analfabetos.

La mayoría de los entrevistados viven acompañados por otras personas (85.5%) frente al 14.5% que viven solos. Para los que viven en compañía, lo más frecuente es que vivan con su esposo/a (64.3%) mientras que convivir con alguno de los progenitores es lo menos frecuente (2.4%).

El nivel de ingresos de los participantes de este estudio, no alcanza el nivel medio de ingresos de los mayores españoles; de media, los participantes del presente estudio tienen disponible 595 euros mensuales,

siendo el nivel de ingresos más alto de 1.500 euros. Por lo tanto, se trata de una muestra preponderantemente femenina, con un nivel socioeconómico bajo.

## Resultados sobre estilos de vida de la muestra

### Relaciones sociales

RELACIÓN CON FAMILIA, AMIGOS Y VECINOS						
	Hijos	Nietos	Hermanos	Otros familiares	Vecinos	Amigos
Número						
Ninguno	16.3 %	31.4%	20.9 %	8.1%	3.5%	17.1%
Menos de tres	65.5%	50%	51.1%	13.9%	27.1%	14.5%
Tres o mas	16.3%	18.6%	28.0%	79%	69.4%	68.4%
Satisfacción con la relación						
Algo satisfecho/a	1.2%	1.2%	2.3 %	8.2%	3.5 %	1.2%
Bastante satisfecho/a	5.9%	4.7%	18.6%	38.8%	41.2%	25.9%
Muy satisfecho/a	70.6%	57.6%	50.0%	38.8%	44.7%	50.6%
Frecuencia de contacto						
Menos de una vez al año	1.2%	2.3 %	3.5 %	2.3 %		2.3%
Una vez al año	3.5%	10.5%	8.1 %	12.8%		2.3%
Varias veces al año	20.9%	15.1%	16.3 %	26.7%		5.8%
Una vez al mes	1.2%	5.8%	7.0 %	9.3%	2.3%	2.3%
Varias veces al mes	10.5%	7.0%	10.5 %	9.3%	1.2%	5.8%
Una vez a la semana	23.3%	19.8%	4.7 %	8.1%		4.7%
Varias veces a la semana	5.8%	5.8%	7.0 %	4.7%	5.8%	7.0%
Diario	18.6%	3.5%	20.9 %	17.4%	86.0%	53.5%

Tabla 21. Relaciones sociales. Elaboración propia.

### Relación con los hijos

En esta muestra, el 83.7 % de los participantes tienen hijos. La gran mayoría tiene menos de 4 hijos (97.5 %) y solo el 3.5% indican tener 4 o 5 hijos, siendo lo más frecuente que tengan 2 hijos.

De los que tienen hijos, el 77.7% están satisfechos con la relación y solo el 2.4% indica no estar ni satisfecho ni insatisfecho.

Más de la mitad de los participantes (58.2%) ven a sus hijos varias veces al mes, mientras que el 40.6 % los ven una vez al mes o varias veces al año y solo un 1.2% ven a sus hijos menos de una vez al año.

### Relación con los nietos

La gran mayoría de los participantes tiene nietos (68.1% frente al 31.9%). Más de la mitad de los participantes tienen entre uno y tres nietos mientras el 18% tienen tres o más nietos. Por lo general, están satisfechos con la relación con sus nietos (57% están muy satisfechos; 4.7% satisfechos y 1.2% algo satisfechos). En cuanto a la frecuencia de contacto se puede observar que el 30.2% no ve a sus nietos nunca, el 27.9% los ve menos de una vez al mes, el 5.8 % una vez al mes y el 36% los ve varias veces al mes.

### Relación con los hermanos

El 79.1% de los participantes tiene hermanos; más de la mitad tiene entre uno y tres hermanos y el 28% tiene tres o más hermanos. La gran mayoría de los que tienen hermanos están satisfechos con la relación y solo

el 5,8% indican no estar satisfechos. Se puede ver que el 50% de los participantes tienen contacto mensual con sus hermanos (27.9% varias veces a la semana) y 29.1% ven a sus hermanos menos de una vez al mes.

### ☞ Relación con otros familiares

Un considerable porcentaje de los participantes tienen contacto con más de tres familiares (79%) y los ven una o varias veces al mes (39.5% varias veces al mes y 9.3% una vez al mes). La gran mayoría indica sentirse satisfecho con la relación con los demás familiares (93.3%) y muy pocos dicen no estar satisfechos (6.6%).

### ☞ Relación con los vecinos

El 69.7% de los participantes se relaciona con más de tres vecinos, siendo el contacto diario la frecuencia de contacto más habitual. Gran parte de los participantes están satisfechos con la relación con sus vecinos y solo el 2.45 % indican estar insatisfechos o evalúan la relación de forma neutral.

### ☞ Relación con los amigos

El 82,95% de los participantes indican tener amigos, de ellos el 68.4% tienen tres o más amigos y el 14.5% tienen entre uno y tres amigos. Más de la mitad de los participantes tiene contacto diario con sus amigos (53.5%), mientras que el 11.7% tienen contacto semanal, 8.1 % ven a sus amigos al menos una vez al mes y el 10.4% ven a sus amigos menos de una

vez al mes. La gran mayoría indica sentirse satisfechos con la relación con los amigos y un 2.3% indica no estar ni insatisfecho ni satisfecho con este tipo de relaciones.

Los participantes de este estudio indican tener contacto por término medio con 11 familiares y 8 vecinos y amigos. En total, la red social de las personas entrevistadas está compuesta por término medio de 19 personas y por lo general indican estar satisfechos con sus relaciones sociales.

## Realización de actividades

Con respecto a las actividades que realizan, podemos destacar que predominan las actividades domésticas. La mayoría de los participantes realizan tareas domésticas (79.1%), hacen sus compras (90.7%), cuidan un huerto (93%) o animales domésticos (83.7%) y realizan actividades al aire libre (84.9%). Un porcentaje más bajo, menos de la mitad, realiza algún arreglo no profesional en el entorno del hogar (43%)

En cuanto a las actividades de ocio hay que destacar que la gran mayoría realizan actividades de ocio relativamente pasivas y que no están organizadas formalmente; la gran mayoría ve la televisión (90%), un importante porcentaje escucha la radio (55.8%) o hace punto o croché (54.7%). Mientras tanto, el 97.7% no participa en programas diseñados para personas mayores, como por ejemplo los centros de día para personas mayores dependientes de ayuntamientos, el 94.2% no realiza actividades

creativas, el 97.7% no utiliza el ordenador para entretenerse y 57% no lee. Solo el 32.6% acude a eventos culturales como espectáculos o conciertos, y solo el 20.9% asisten a bailes.

No obstante hay que destacar que un considerable porcentaje de la muestra realiza alguna actividad física (50%), voluntariado (47.7%) o viaja (59.3%)

En cuanto a las actividades sociales, la mayoría visitan a sus familiares (93%) y se reúne con sus vecinos (96.5%). Mientras que un poco más de la mitad (52.3%) van al bar o a alguna cafetería. Un importante porcentaje va a la iglesia (87.2%)

Podemos observar que más de la mitad de los participantes están satisfechos/as con las actividades que realizan (66.3%), el 15.1% sintiéndose muy satisfechos/a con las actividades realizadas. Mientras tanto, el 15% indican no estar satisfechos con las actividades que realizan y el 18.6% nunca se ha planteado si está o no satisfecho/a o no podría decir si está o no satisfecho/ a con las actividades que realizan.

ACTIVIDADES QUE REALIZAN		
Tipo de actividad	Realiza (%)	No realiza (%)
<i>Actividades domésticas</i>	79.1	20.9
<i>Compras</i>	90.7	9.3
Pequeños arreglos no profesionales	43	57
<i>Cuidar un huerto/jardín</i>	93	7
<i>Cuidar animales domésticos</i>	83.7	16.3
Actividades de ocio		
<i>Ver televisión</i>	90.7	9.3
Escuchar la radio	55.8	44.2
Lee	43	57
Realiza punto, croché	54.7	45.3
<i>Participa en algún programa para mayores (tipo asociación, centro de día)</i>	2.3	97.7
<i>Actividades creativas (pintar, escribir poesía, tocar un instrumento, coro)</i>	5.8	94.2
Actividades culturales (conciertos, espectáculos)	32.6	67.4
<i>Asiste a bailes</i>	20.9	79.1
<i>Utiliza el ordenador para entretenerse</i>	2.3	97.7
Realiza alguna actividad física	50	50
Viajar	59.3	40.7
Actividad social		
<i>Visitar familiares</i>	93	7
<i>Reunirse con vecinos</i>	96.5	3.5
Ir al bar, a una cafetería	52.3	47.7
Actividad religiosa y de voluntariado		
<i>Ir a la iglesia</i>	87.2	12.8
Actividad de voluntariado	47.7	52.3

## Funcionamiento cognitivo

La puntuación media obtenida por los participantes en el Mini-examen Cognitivo es de 27.3 (DT=3.99), estando por encima del punto de corte para deterioro cognitivo (24 puntos) el 75.6% de los participantes.

En el Test del Reloj la puntuación media es de 5.52 (DT= 3.23). Menos de la mitad de los participantes obtienen una puntuación por encima del punto de corte para el posible deterioro cognitivo (6 puntos) mientras que el 54.7% obtienen una puntuación inferior a los 6 puntos necesarios para demostrar un funcionamiento cognitivo sin deterioro.

## Expectativas generales ante la vida y calidad de vida

149

### Optimismo

La puntuación media en optimismo es de 13.33 (DT= 3.77). Podemos observar que el 45.3% de los participantes obtienen un valor por debajo de los 13 puntos, el 32.6% puntúa entre los 13 y los 16 puntos y el 22% una puntuación superior a 16 puntos. Hay que tener en cuenta que no hay un punto de corte para optimismo, a mayor puntuación mayor optimismo.

### Calidad de vida

La gran mayoría de los participantes valoran su calidad de vida global de manera positiva (9.3% la califican como muy buena, el 23.3% como buena y el 54.7% la califica como normal). Al mismo tiempo el 9.3%

considera que tienen una mala calidad de vida y un 3,5% la califica como muy mala.

Con respecto a la evaluación global de la salud, el 70% de los participantes se declaran satisfechos y 30% insatisfechos.

En cuanto a las distintas dimensiones de calidad de vida podemos ver que en una escala de 0 a 20, los participantes de este estudio obtienen de media, puntuaciones más altas para la dimensión salud física (14 puntos) y la dimensión relaciones sociales (15). Las puntuaciones más bajas se obtienen en la dimensión salud psicológica y entorno, ambas con una puntuación de 12.

Al comparar los datos obtenidos en calidad de vida en la presente investigación con la realizada por Fernández, García, Martínez, García-Portillo, Martínez y Bobes (2006) con personas mayores que viven en un medio rural, podemos observar que los participantes del presente estudio obtienen puntuaciones similares a las obtenidas por Fernández et al. (2006) a excepción de dos de las dimensiones: para la dimensión relaciones sociales la muestra de Ourense obtiene puntuaciones ligeramente superiores y para la dimensión entorno obtiene puntuaciones ligeramente inferiores.

CALIDAD DE VIDA	
Evaluación global de la calidad de vida	%
Muy mala	3.5
Mala	9.3
Normal	54.7
Muy buena	23.3
Buena	9.3
Satisfacción con el estado de salud a nivel global	%
Muy insatisfecho	5.8
Un poco insatisfecho	24.4
Normal	19.8
Bastante satisfecho	34.9
Muy satisfecho	15.1
DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA PUNTUACIÓN TRANSFORMADA ESCALA 0- 20	
Salud Física	14
Salud Psicológica	12
Relaciones sociales	15
Entorno	12

Tabla 22. Resultados obtenidos en el criterio de calidad de vida. Elaboración propia.

## Optimismo y calidad de vida

Se han categorizado las puntuaciones en optimismo en 3 grupos: por debajo de los 13 puntos hemos considerado que la puntuación en optimismo es baja, entre los 13 y los 16 puntos se ha considerado que la puntuación es moderada y por encima de los 16 puntos la puntuación es alta.

Se ha observado que el optimismo se relaciona con algunos aspectos de la calidad de vida tales como creer que la vida tiene sentido y sentirse satisfecho con uno mismo, de manera que aquellas personas que obtienen una puntuación baja en optimismo indican en mayor proporción que su vida no tiene sentido ( $F= 3.339$ ,  $p= 0.04$ ) y que no se sienten satisfechas consigo mismas ( $F= 8.861$ ,  $p= 0.00$ ) si los comparamos con los que muestran una puntuación media (Tukey  $p= 0.04$ ; Tukey  $p= 0.04$  respectivamente) y alta en optimismo (Tukey  $p= 0.001$  para sentirse satisfecho).

Puntuar bajo en optimismo también se asocia con una menor satisfacción con relaciones sociales ( $F= 5.593$ ,  $p= 0.005$ ).

Asimismo hay una diferencia en la percepción del medio ambiente en el que viven según la puntuación en optimismo. Al preguntarles a los participantes cómo de saludable es el ambiente en el que viven, se ha observado una percepción más positiva entre las personas con

puntuaciones moderadas o altas en optimismo ( $F= 9.390$ ,  $p= 0.00$ , Tukey  $p= 0.08$ ;  $p= 0.00$ ).

Una puntuación baja en optimismo también se asocia con una peor valoración del nivel económico ( $F= 6.583$ ,  $p= 0.002$ ). La diferencia en la valoración del nivel de ingresos se encuentran específicamente entre los participantes que obtiene una puntuación baja en optimismo y los que puntúan moderado o alto ( $p= 0.02$ ;  $p= 0.005$ ) siendo los menos optimistas los que peor valoran su nivel de ingresos, mientras que no hay diferencias entre los que puntúan moderado o alto en optimismo.

Los menos optimistas también parecen sentirse menos satisfechos con el acceso que tienen los servicios sanitarios ( $F= 5.073$ ,  $p= 0.008$ ). Los que obtienen una puntuación baja están menos satisfechos con el acceso que tienen a los servicios sanitarios que los que obtienen una puntuación alta (Tukey  $p= 0.006$ ).



RESULTADOS DERIVADOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN



## RESULTADOS DERIVADOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN (APLICACIÓN POST)

En esta segunda parte del estudio se ha considerado también al grupo control, es decir, aquellas personas que han cumplimentado los cuestionarios pero luego no asistieron al programa de intervención.

### Funcionamiento cognitivo

Tras la aplicación de un programa de intervención se observan diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas antes y después de la intervención, tanto en el Mini-examen Cognitivo como en el Test del Reloj ( $t(63) = -7.432, p = 0.000$ ;  $t(62) = -3.974, p = 0.000$ ). Se puede ver una mejora en el funcionamiento cognitivo general de la muestra, cuya puntuación media en el Mini-examen Cognitivo antes de la intervención era de  $27.23 \pm 3.91$  puntos y después de la intervención de  $30.50 \pm 3.54$  puntos, lo mismo ocurre con la puntuación obtenida en el Test del Reloj, que mejora tras la aplicación del programa de intervención pasando de  $5.59 \pm 3.22$  puntos de media antes de la intervención a  $7.17 \pm 2.76$  puntos de media después.

Si se realiza el mismo análisis en el grupo control, que no ha recibido ningún tipo de intervención, no se observan estas diferencias, las puntuaciones medias son similares en la primera y segunda medición.

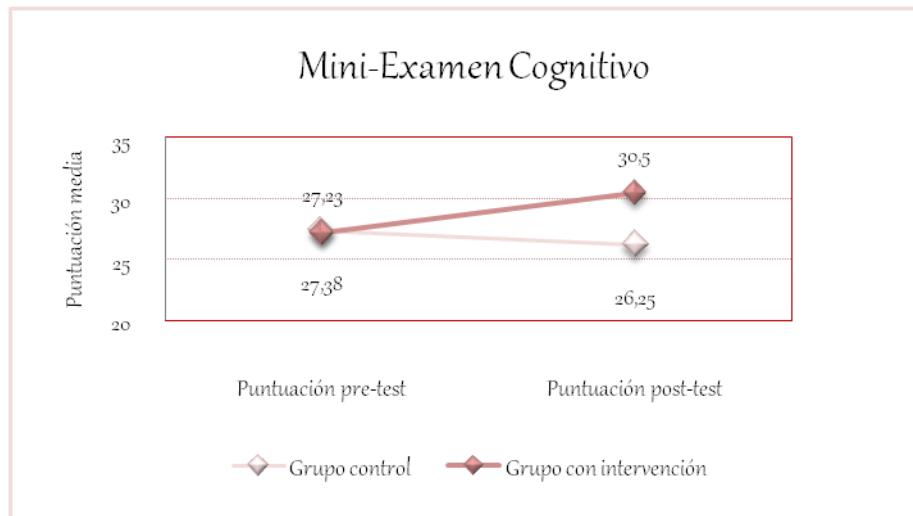


Figura 13. Puntuación media del Mini-Examen Cognitivo. Elaboración propia.

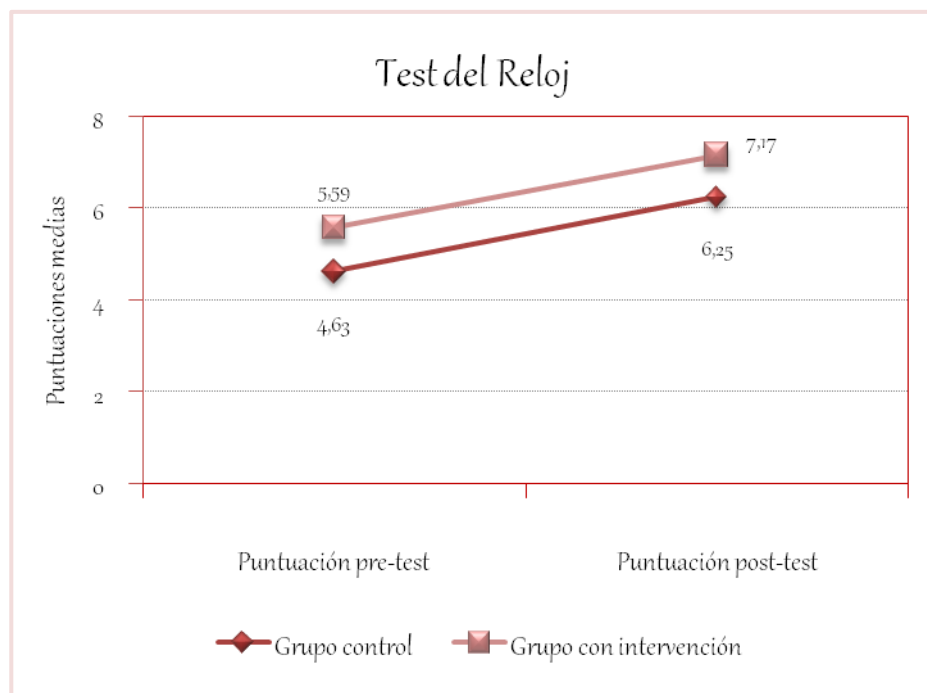


Figura 14. Puntuación media Test del Reloj. Elaboración propia.

Se ha observado una correlación positiva entre el funcionamiento cognitivo (medido a través del Mini-Examen Cognitivo) y la salud psicológica de los participantes de la muestra una vez finalizado el programa ( $R= 0.331, p=0.008$ ). Sin embargo, no puede decirse lo mismo en

relación al optimismo, donde la correlación con funcionamiento cognitivo es nula ( $R = -0.002$ ).

## Calidad de vida

No se observan diferencias tras la aplicación del programa de intervención ni en la calidad de vida global ni en las dimensiones que la componen.

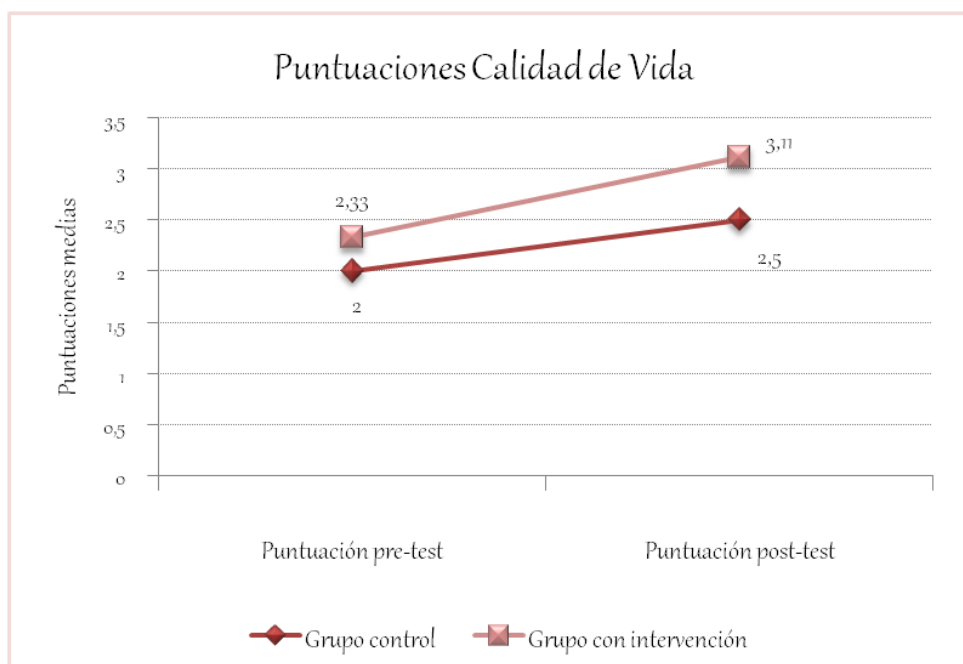


Figura 15. Puntuaciones en el criterio de Calidad de Vida. Elaboración propia.

Si analizamos cada pregunta del cuestionario sobre Calidad de Vida de manera independiente, observamos diferencias significativas en la pregunta 14 "¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?" ( $t(63) = -4.277, p = 0.000$ ). Hay un incremento en la puntuación media, que pasa de 2.33 ( $DT = 1.26$ ) antes de la intervención a 3.11 ( $DT = 1.05$ ) una vez finalizado el programa de intervención aplicado. Esta diferencia no

se observa en el grupo control, tampoco en la calidad de vida global ni en las dimensiones que la componen.

## Optimismo y calidad de vida

Se ha encontrado que existe una correlación positiva entre la puntuación en optimismo y la puntuación en calidad de vida global antes de realizar el programa de intervención ( $R= 0.233$ ,  $p= 0.031$ ), sin embargo, esta correlación no se mantiene tras la intervención, desapareciendo la relación entre las variables.

También existe una correlación positiva de optimismo con la dimensión entorno de la calidad de vida, tanto antes ( $R= 0.270$ ,  $p= 0.012$ ) como después de la aplicación del programa ( $R= 0.355$ ,  $p= 0.002$ ), aunque esta correlación no es fuerte.

Si clasificamos las puntuaciones obtenidas por los participantes en tres niveles: bajo (puntuación menor de 13 puntos), medio (entre 13 y 16 puntos) y alto (más de 16 puntos), observamos que existen diferencias en calidad de vida en función del nivel de optimismo. En concreto existen diferencias en las puntuaciones en las dimensiones de la calidad de vida: entorno, salud física y salud psicológica. La puntuación en la dimensión entorno de la calidad de vida antes de la intervención es más baja en aquellos participantes que tienen un nivel de optimismo bajo, en concreto  $23.75 \pm 0.74$  puntos frente a los  $26.75 \pm 1.36$  puntos de los que tienen un nivel de optimismo alto ( $F(85)= 5.652$ ,  $p= 0.005$ ). Ocurre lo mismo si

tenemos en cuenta las puntuaciones en calidad de vida después de la intervención, los participantes poco optimistas puntúan más bajo en la dimensión entorno que los más optimistas ( $F(71) = 4.338, p = 0.017$ ).

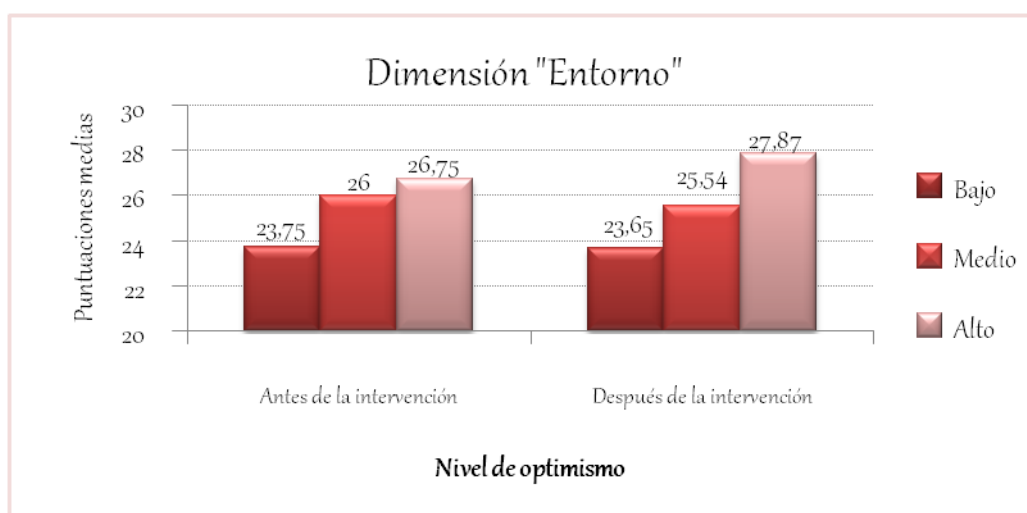


Figura 16. Nivel de optimismo en la dimensión Entorno. Elaboración propia.

Este mismo efecto ocurre en la dimensión salud física antes de la aplicación del programa, donde se observa una puntuación menor entre aquellas personas con un nivel de optimismo bajo ( $23.72 \pm 0.76$ ) y un nivel medio ( $26.17 \pm 0.64$ ) ( $F(85) = 5.790, p = 0.004$ ) si las comparamos con los niveles altos de optimismo.

Por último, también haciendo esta clasificación por niveles de optimismo se hallan diferencias en la salud psicológica antes y después del programa. Antes del programa la puntuación en salud psicológica de los participantes con un nivel bajo de optimismo es de 20.19 (DT= 0.65) mientras que con un nivel medio de optimismo es de 23.21 puntos (DT= 0.54) ( $F(85) = 6.035, p = 0.004$ ). Después del programa observamos algo parecido, la puntuación en salud psicológica es menor en aquellos

participantes con un nivel de optimismo bajo ( $19.97 \pm 0.65$ ) con respecto a los que tienen un nivel de optimismo alto ( $23.50 \pm 1.02$ ) ( $F(71) = 5.693$ ,  $P = 0.005$ ).

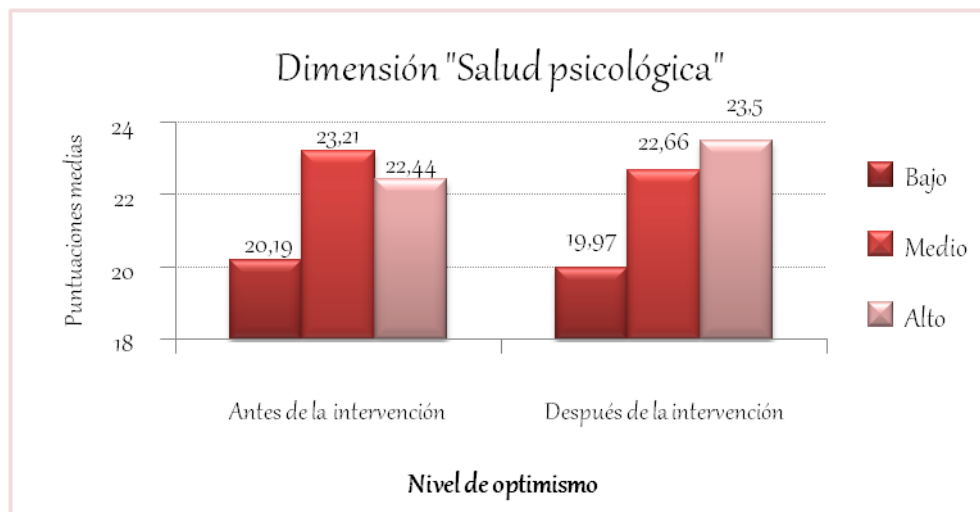


Figura 17. Nivel de optimismo en la dimensión Salud Psicológica

Si clasificamos la puntuación en optimismo como alta (más de 16 puntos) o baja (menos de 16 puntos) observamos diferencias significativas en la calidad de vida global de los participantes ( $t(84) = -2.144$ ,  $p = 0.035$ ). Las personas con bajo optimismo tienen puntuaciones más bajas en calidad de vida global ( $3.15 \pm 0.86$ ) que los más optimistas ( $3.63 \pm 0.89$ ).

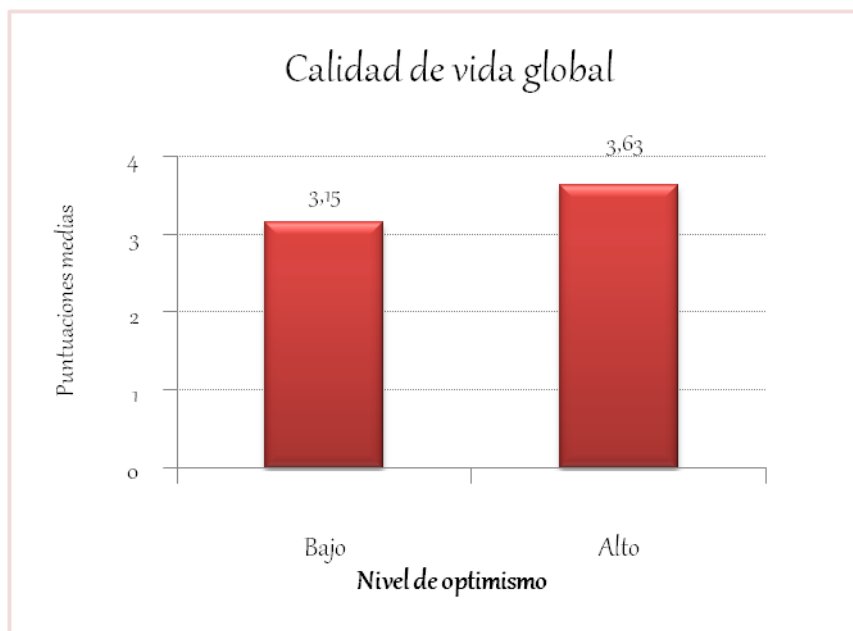


Figura 18. Nivel de optimismo en la dimensión Calidad de Vida Global. Elaboración propia.

## Discusión

Entendemos que la percepción de mejores oportunidades de ocio manifestada por los participantes tras la intervención podría relacionarse con la motivación y expectativas previas de los participantes. Es probable que dichas motivaciones y expectativas no se refiriesen a una mejora en su calidad de vida o en su salud física, sino más bien con realizar actividades de ocio y entretenimiento, sobre todo por el componente de socialización.

No se ha tenido en cuenta la concepción de los participantes sobre la calidad de vida, puede ocurrir que su definición no se ajuste a la que usa la escala.

Queremos reseñar que los niveles de optimismo, de pensamiento positivo, en esta población son bajos, lo cual podría haber influido en su

percepción de la calidad de vida, pues tengamos en cuenta que lo que analizamos como calidad de vida es en realidad lo que ellos opinan de la misma.

Parece claro que es importante implementar talleres de estimulación cognitiva, pues como se ha visto tienen un claro efecto positivo. También resultan primordiales los talleres de manualidades y actividad física que se han desarrollado, porque a pesar de que parece que la calidad de vida no mejora con ellos, hay que tener en cuenta que en este estudio se ha medido la percepción subjetiva de esa calidad de vida y que, aunque con los talleres indudablemente se ha mejorado de manera objetiva la calidad de vida de estas personas, requerirían que se les preparase para ser capaces de valorar esa realidad. Sus niveles bajos de optimismo les impiden superar la visión pesimista de su entorno y de sí mismos. No basta con mejorar la realidad, si el sujeto no es capaz de verla, el efecto de las intervenciones será pequeño.

En esta línea y junto a estos talleres, sin duda necesarios para promocionar el envejecimiento activo y para potenciar estilos de vida saludables que actuarán como hábitos protectores para el envejecimiento, es imprescindible también introducir talleres enfocados a la autoestima, al control de emociones negativas, a la promoción del optimismo, al conocimiento de sí mismo y estrategias de afrontamiento. Éste último es un taller importante que consideramos ha de realizarse a futuro. Detectamos que posiblemente trabajando más esa área los resultados de calidad de

vida hubieran sido mucho más elevados. Es importante que el sujeto entienda el envejecimiento como una experiencia positiva, como una oportunidad de nuevos aprendizajes, de participación, de estrategias para potenciar la autonomía personal, ese es el gran reto que queda en esta población, a la que se le ha ofrecido una importante oportunidad de desarrollo y mejora de su calidad de vida, a través de este primer paso sin precedentes en esta comunidad.







## ANÁLISIS DE COSTES

### Enfoque del proceso

El informe de costes se ha realizado a partir de la base de datos elaborada con la información suministrada por el Área de Administración del operador principal de este Proyecto.

La referencia temporal es el año 2011, en concreto de Marzo a Diciembre ambos inclusive, teniendo en cuenta el período de inactividad del mes de agosto.

La recogida de información se ha realizado a partir de una ficha base que comprende dos bloques:

#### Valoración de costes

- ☞ Información sobre costes de vivienda.
- ☞ Información sobre costes de consumo personal.
- ☞ Información sobre costes de servicios proporcionados.
- ☞ Información sobre costes operativos y costes de personal.

#### Beneficios

- ☞ Beneficios para la Administración.
- ☞ Beneficios para el territorio.

## Valoración de costes

### Costes personales de mantenimiento

En este primer punto vamos a aportar, en base a la información facilitada por los participantes del Programa, los gastos medios mensuales de su vida cotidiana, en las condiciones actuales, suponiendo como único apoyo a su proceso de envejecimiento un tiempo limitado de “ayuda a domicilio”. Para ello hemos establecido varios supuestos en los que pretendemos reflejar las distintas variables.

Siguiendo a Wright, K., (1987b) los principales componentes de los costes a la hora de comparar las diversas formas de atender a las personas mayores son los siguientes: Coste de vivienda, Coste de consumo personal y Coste de servicios proporcionado.

170

### Coste de vivienda

Para calcular este coste vamos a utilizar lo que se llama en economía el “coste de oportunidad”, es decir cuál es el valor del uso alternativo de los recursos que se han invertido.

En el caso de que una persona viva sola o acompañada en una vivienda que es propiedad suya, habría que incluir como coste de vivir solo el “coste de oportunidad” del uso de la casa. Este coste se puede aproximar por el precio de mercado del alquiler de la casa.

Teniendo en cuenta el territorio objeto de este trabajo que incluye dos Ayuntamientos de la provincia de Ourense tales como Calvos de

Randín y Baltar; la metodología utilizada para obtener un “coste de oportunidad” lo más aproximado posible ha sido realizar un sondeo para conocer el precio de mercado de los inmuebles alquilados.

Los resultados obtenidos han sido que en el Ayuntamiento de Randín tan solo hay una casa alquilada con una renta de 150,00 euros mensuales. En referencia al Concello de Baltar existen cinco casas en régimen de alquiler cuyo precio oscila entre los 200 y 300 euros mensuales.

Tomaremos como punto de referencia el resultado obtenido por media ponderada y cuyo **importe es de 216,00 euros mes.**

### **Coste de consumo personal**

En este apartado vamos a incluir los gastos que una persona hace en comida, energía, ropa, transporte... es decir, gastos ordinarios. Ourense es la provincia con las pensiones más bajas de España. De acuerdo con las informaciones obtenidas en el territorio objeto de estudio se presentan tres supuestos con ingresos distintos.

Para nuestro trabajo y después de ver los resultados utilizaremos como coste de gasto **un importe medio de 295,00 €.**

SUPUESTOS DE CONSUMO PERSONAL EN RELACIÓN A INGRESOS			
	Ingreso: 520 €/mes	Ingreso: 500 €/mes	Ingreso: 380 €/mes
Alimentación	150,00 €	200,00 €	100,00 €
Ropa y calzado	20,00 €	8,00 €	10,00 €
Luz	30,00 €	7,00 €	30,00 €
Agua			
Calefacción	130,00 €		33,00 €
Teléfono		30,00 €	
Transporte	60,00 €	50,00 €	20,00 €
Varios			7,00 €
TOTAL	390,00 €	295,00 €	200,00 €

Tabla 23. Supuestos de consumo personal en relación a los ingresos. Elaboración propia.

### Coste de servicios proporcionados

En ocasiones una persona recibe ayuda de los Servicios Sociales para la realización de diversas actividades de la vida cotidiana en su domicilio, lo cual no quiere decir que tenga una catalogación de dependiente.

De acuerdo con el art. 19 del borrador de Decreto por el que se define la cartera de Servicios Sociales y se determina el sistema de ayudas de las personas usuarias y la financiación de su costes, los ejemplos obtenidos de las personas participantes en el proyecto no participarían en el coste de los servicios asistenciales que reciban en el domicilio. Sin embargo y con la finalidad de que se puedan equiparar costes y beneficios, vamos a utilizar el módulo que establece el borrador de Decreto como referencia para el cálculo de la participación de las personas beneficiarias

en los costes de dichos servicios que no es otro que el IPREM, cuyo importe se establece en 532,51 euros.

Por ello y según información obtenida de los Servicios Sociales de base del territorio, una persona beneficiaria de un servicio de Ayuda a domicilio debe pagar por un servicio de dos horas a la semana la cantidad 2,40 euros. El importe del coste de este servicio en la mensualidad del usuario **es de 9,60 euros.**

COSTES GENERALES SUPUESTO Nº 1 – Con alquiler	
Consumo personal	295,00 €
Alquiler de vivienda	216,00 €
Servicios proporcionados	9,60 €
<b>TOTAL</b>	<b>520,60 €</b>

Tabla 24. Costes generales. Supuesto 1 (con alquiler). Elaboración propia.

COSTE PERSONALES SUPUESTO Nº 2 – Sin alquiler	
Consumo personal	295,00 €
Servicios proporcionados	9,60 €
<b>TOTAL</b>	<b>304,60 €</b>

Tabla 25. Costes generales. Supuesto 2 (sin alquiler). Elaboración propia.

La situación más general en el caso de los participantes del Programa es la contemplada en el supuesto nº 2, es decir aquellos que tienen la vivienda en propiedad. En cuanto a los servicios proporcionados no todos los participantes utilizan este servicio, pero dada la poca relevancia en el coste se ha determinado el generalizarlo.

## Programa de Envejecimiento Activo

A continuación vamos a dejar constancia de los costes que ha supuesto el Programa de Envejecimiento Activo durante un período de nueve meses, en el que se ha dado cobertura a 83 personas. Para ello se ha activado un servicio de bus para el traslado de los participantes a los locales comunitarios donde se han desarrollado las actividades, las cuales han sido dirigidas por 9 monitoras. Una vez obtenidos los distintos costes del Programa, los mismos se sumarán a los costes personales con la finalidad de obtener una primera valoración en comparación con otras formas de atención a las personas mayores.

### Costes de gestión: operativos y de personal

174

En este bloque se incluyen los siguientes conceptos: Costes operativos (Acondicionamiento de locales, Limpieza, Comunicaciones, Suministros, Transporte, Gastos de desplazamiento) y Costes de personal (Monitora Gimnasia de Mantenimiento, Monitora Manualidades, Monitora de Memoria, Coordinadora/Formación.).

RESUMEN DE COSTES DEL PROGRAMA	
Costes operativos	33.366,54 €
Costes de personal	33.232,54 €
<b>TOTAL COSTES</b>	<b>66.599,08 €</b>

Tabla 26. Resumen de costes del Programa. Elaboración propia.

## Resultados obtenidos. Estructura de costes

ESTRUCTURA DE COSTES OPERATIVOS					
COSTES OPERATIVOS (*)	TOTAL €	% s/total	€/Mes	€/Día	€/Asistente
Acondicionamiento de locales	3.341,98	5,02%	371,33	18,57	0,56
Limpieza	522,44	0,78%	58,05	2,90	0,04
Comunicaciones	143,54	0,22%	15,95	0,80	0,009
Suministros	4.436,62	6,66%	493,00	24,65	0,30
Transporte	21.735,00	32,64%	2.415,00	120,75	1,45
Gastos de desplazamiento	3.186,96	4,79%	354,10	17,70	0,21
<b>TOTAL</b>	<b>33.366,54</b>	<b>50,11%</b>	<b>3.707,39</b>	<b>185,37</b>	<b>2,57</b>

Tabla 27. Estructura de costes operativos. (\*) Personas participantes 83. Elaboración propia

ESTRUCTURA DE COSTES DE PERSONAL DOCENTE							
COSTES DE PERSONAL(*)	TOTAL €	% s/total	€/Mes	Horas mes	€/Hora	Asist.	€/Asistente
Gimnasia (3)	11.590,90	17,40%	1.287,88	20	64,40	61	1,06
Manualidades (4)	11.166,98	16,77%	1.240,78	44	28,20	24	1,18
Memoria (2)	7.434,66	11,16%	826,07	32	25,81	52	0,50
<b>TOTAL</b>	<b>30.192,54</b>	<b>45,33%</b>	<b>3.354,73</b>	<b>96</b>	<b>118,41</b>	<b>137</b>	<b>2,74</b>

Tabla 28. Estructura de costes de personal. Docente. (\*)Entre paréntesis el número de monitoras en cada una de las actividades. Elaboración propia

ESTRUCTURA DE COSTES DE PERSONAL (COORDINACIÓN/FORMACIÓN)								
COSTES DE PERSONAL(*)	TOTAL €	% s/total	€/Mes	Horas mes	€/Hora	Monit.	€/Monit.	€/Asistente
Coordinación/ Formación	3.040,00	4,56%	337,78	16	21,11	7	3,02	0,04

Tabla 29. Estructura de costes de personal (coordinación/formación). Elaboración propia.

Como se puede apreciar en las tablas presentadas hay una serie de costes fijos que son imputables a todos los participantes tales como los Costes Operativos de la tabla 27 y los Costes de Personal de la tabla 29. Estos costes hacen referencia a la coordinación del Programa así como a la formación continua recibida por las monitoras de las distintas actividades. En referencia a la tabla 28 se puede observar como en la columna de asistentes el número que acude a cada una de las actividades es diferente, y la suma total supera al número de personas participantes. De aquí se puede inferir que varios participantes han asistido a más de una actividad.

Con la finalidad de establecer un criterio uniforme y debido a la complejidad de la mecánica para imputar los costes del Programa a los participantes, vamos a considerar que todas las personas han asistido a las tres actividades.

Sumando los resultados obtenidos en las tablas 27, 28 y 29 de la columna de asistentes obtenemos que **El coste por asistente/día al Programa de Envejecimiento Activo es de 5,35 euros día por persona.**

### Resumen general de costes

Una vez hallados los costes de la actividad de Envejecimiento Activo, lo que haremos será añadirlos a los supuestos mencionados en el apartado de Costes Personales de Mantenimiento. La finalidad no es otra que valorar lo que le supondría a una persona mantenerse en el territorio disponiendo de un servicio de actividades de Envejecimiento Activo, en comparación con

lo que le costaría vivir en una residencia. En el caso de que el coste total de vida fuese superior a los ingresos, la participación en las actividades sería gratuita, en consonancia con el art. 19 del Decreto de Cartera de Servicios de la Secretaría Xeral de Política Social.

### **SUPUESTO Nº 1 – Con alquiler**

<b>COSTES GENERALES CON ASISTENCIA AL PROGRAMA</b>	
<b>SUPUESTO 1-CON ALQUILER</b>	
Consumo personal	295,00 €
Alquiler de vivienda	216,00 €
Servicios proporcionados	9,60 €
Asistencia a Programa Envejecimiento Activo	107,00 €
<b>TOTAL</b>	<b>627,60 €</b>

Tabla 30. Costes generales con asistencia al programa. Supuesto 1 con alquiler. Elaboración propia.

En este primer supuesto y al superar la pensión media establecida en el IPREM, la asistencia a las actividades tendría para este caso un carácter gratuito. Por ello los costes de mantenimiento personal quedarían en 520,60 €, quedándole una cantidad de libre disposición de 11,91 €

### **SUPUESTO Nº 2 – Sin alquiler**

<b>COSTES GENERALES CON ASISTENCIA AL PROGRAMA</b>	
<b>SUPUESTO 2-SIN ALQUILER</b>	
Consumo personal	295,00 €
Servicios proporcionados	9,60 €
Asistencia a Programa Envejecimiento Activo	107,00 €
<b>TOTAL</b>	<b>411,60 €</b>

Tabla 31. Costes generales con asistencia al programa. Supuesto 2 sin alquiler. Elaboración propia.

En este segundo caso que es el más general entre los participantes el gasto total no superaría el IPREM con lo cual tendría que asumir el coste de las actividades de Envejecimiento Activo, quedándole una cantidad de libre disposición de 120,91 €.

Como se podrá comprobar a continuación el coste que tendría que pagar una persona por residir en una residencia sería de 399,38 euros, resultante de aplicar el 75% sobre el importe del IPREM. Si establecemos comparaciones con los datos antes reflejados vamos a obtener un resultado a favor de permanecer en una residencia. Sin embargo hay una serie de beneficios intangibles que en las cifras no se pueden tener en cuenta porque son valores personales por los cuales, para poder mantenerlos y disfrutar de ellos, una persona mayor puede asumir un mayor coste económico. No obstante se debe tener en cuenta la capacidad de decisión del usuario, en un giro del discurso que se ha venido manteniendo hasta ahora en este tema, que no es otro que el de aplicar personas a servicios y no al contrario.

178

### Cartera de servicios de la administración

Con el fin de obtener un segundo parámetro de comparación, vamos a calcular los costes que le supondrían a una persona mayor mantenerse en el territorio, con una cartera de servicios variada y ofertada por la Administración, en base a sus precios. En estos supuestos no vamos a aplicar el precio total de la actividad a las personas mayores

participantes, sino que vamos a efectuar el esfuerzo económico del copago marcado por la Administración de acuerdo a las tablas establecidas en el Decreto de Servicios.

Los distintos paquetes van a ser aplicados a los 83 participantes del Programa de Envejecimiento Activo, durante un período de nueve meses.

Los paquetes de servicios propuestos son los siguientes:

1. Todos los participantes del Programa se encuentran ingresados en una residencia geriátrica.
2. Los participantes se encuentran residiendo en sus domicilios, con un Programa de Envejecimiento Activo, Teleasistencia y Ayuda en el Hogar.
3. Los participantes se encuentran residiendo en sus domicilios, con un Programa de Envejecimiento Activo, Teleasistencia, Ayuda en el Hogar y Comedor sobre ruedas.
4. Los participantes se encuentran residiendo en sus domicilios, con un Programa de Envejecimiento Activo, Teleasistencia, Ayuda en el Hogar, Comedor sobre ruedas y Fisioterapia.
5. Los participantes se encuentran residiendo en sus domicilios, con un Programa de Envejecimiento Activo, Teleasistencia, Ayuda en el Hogar, Comedor sobre ruedas, Fisioterapia y Lavandería.

La Carta de Servicios de la Consellería de Traballo e Benestar, Secretaría Xeral de Política Social establece unos precios para la Cartera de Servicios Comunes que serían aquellos que demandarían los participantes del Programa.

Tomando como referencia los módulos marcados y aplicándolos a la estructura de LOS PAQUETES DE SERVICIOS arriba enunciada tendríamos:

### Paquete nº 1

Todos los participantes del Programa se encuentran ingresados en una residencia geriátrica.

Si tenemos en cuenta que el precio medio de una plaza en residencia en la provincia de Ourense es de 1.300,00 euros, valorando que la persona mayor pagaría el 75% de su jubilación, que la vamos a equiparar al IPREM que está en 532,51 euros, el resultado sería:

180

Tipología	Coste soportado por el usuario 75% IPREM	Coste soportado por política social
Residencia privada concertada	<b>399,38€</b>	<b>900,62€</b>

Si las personas atendidas en el Programa DURANTE 9 MESES, que son 83, estuvieran en residencia, el coste para Política Social sería:

Tipología	Coste soportado por el usuario	Coste soportado por
	75% IPREM	política social
Residencia privada concertada (83 personas)	399,38 x 83 x 9	900,62 x 83 x 9
<b>TOTAL</b>	<b>298.336,86€</b>	<b>672.763,14€</b>

### Paquete nº 2

Los participantes se encuentran residiendo en sus domicilios, con un Programa de Envejecimiento Activo, Teleasistencia y Ayuda en el Hogar.

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Rehabilitación funcional	18,06 €/hora x 3 monitoras x 20 horas/mes x 9 meses	9.752,40 €
Estimulación cognitiva	24,42 €/horas x 2 monitoras x 32 horas/mes x 9 meses	14.065,92 €
Actividades de ocio y tiempo libre	22,62 €/hora x 4 monitoras x 44 horas/mes x 9 meses	35.830,08 €
<b>SUBTOTAL</b>		<b>59.648,40 €</b>
COPAGO DEL 10% sobre el coste del servicio		- 5.964,84 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>53.683,56 €</b>

181

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Teleasistencia	22,85 €/mes x 83 usuarios x 9 meses	17.068,95 €
COPAGO DEL 15% sobre el coste del servicio		- 2.560,34 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>14.508,60 €</b>

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Apoyo a las actividades básicas instrumentales de la vida diaria.	18,06 €/hora x 8 horas/mes x 83 usuarios x 9 meses	107.926,56 €
COPAGO DEL 10% sobre el coste del servicio		- 10.792,65 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>97.133,91 €</b>

### Paquete nº 3

Los participantes se encuentran residiendo en sus domicilios, con un Programa de Envejecimiento Activo, Teleasistencia, Ayuda en el Hogar y Comedor sobre ruedas.

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Rehabilitación funcional	18,06 €/hora x 3 monitoras x 20 horas/mes x 9 meses	9.752,40 €
Estimulación cognitiva	24,42 €/horas x 2 monitoras x 32 horas/mes x 9 meses	14.065,92 €
Actividades de ocio y tiempo libre	22,62 €/hora x 4 monitoras x 44 horas/mes x 9 meses	35.830,08 €
SUBTOTAL		59.648,40 €
COPAGO DEL 10% sobre el coste del servicio		- 5.964,84 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>53.683,56 €</b>

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Teleasistencia	22,85 €/mes x 83 usuarios x 9 meses	17.068,95 €
COPAGO DEL 15% sobre el coste del servicio		- 2.560,34 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>14.508,60 €</b>

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Apoyo a las actividades básicas instrumentales de la vida diaria.	18,06 €/hora x 8 horas/mes x 83 usuarios x 9 meses	107.926,56 €
COPAGO DEL 10% sobre el coste del servicio		- 10.792,65 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>97.133,91 €</b>

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Comedor sobre ruedas	7,00 x 2 comidas/día x 83 usuarios x 31 días x 9 meses	324.198,00 €
COPAGO DEL 10% sobre el coste del servicio		-32.419,80 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>291.778,00 €</b>

#### Paquete nº 4

Los participantes se encuentran residiendo en sus domicilios, con un Programa de Envejecimiento Activo, Teleasistencia, Ayuda en el Hogar, Comedor sobre ruedas y Fisioterapia.

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Rehabilitación funcional	18,06 €/h x 3 monitoras x 20 h/mes x 9 meses	9.752,40 €
Estimulación cognitiva	24,42 €/h x 2 monitoras x 32 h/mes x 9 meses	14.065,92 €
Actividades de ocio y tiempo libre	22,62 €/hora x 4 monitoras x 44 horas/mes x 9 meses	35.830,08 €
SUBTOTAL		59.648,40 €
COPAGO DEL 10% sobre el coste del servicio		- 5.964,84 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>53.683,56 €</b>

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Teleasistencia	22,85 €/mes x 83 usuarios x 9 meses	17.068,95 €
COPAGO DEL 15% sobre el coste del servicio		- 2.560,34 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>14.508,60 €</b>

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Apoyo a las actividades básicas instrumentales de la vida diaria.	18,06 €/hora x 8 horas/mes x 83 usuarios x 9 meses	107.926,56 €
COPAGO DEL 10% sobre el coste del servicio		- 10.792,65 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>97.133,91 €</b>

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Comedor sobre ruedas	7,00 x 2 comidas/día x 83 usuarios x 31 días x 9 meses	324.198,00 €
COPAGO DEL 10% sobre el coste del servicio		-32.419,80 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>291.778,00 €</b>

En el apartado referente al servicio de Fisioterapia debemos indicar que no es factible calcularlo para toda la población participante en el Programa. Por ello vamos a calcular este Servicio en el territorio apoyándonos en una hipótesis de permanencia del Servicio sin conocer la demanda.

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Fisioterapia	24,42€/horax2profesionales x 20 horas/mes x 9 meses	8.791,20 €
COPAGO DEL 10% sobre el coste del servicio		-879,12 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>7.912,08 €</b>

### Paquete nº 5

Los participantes se encuentran residiendo en sus domicilios, con un Programa de Envejecimiento Activo, Teleasistencia, Ayuda en el Hogar, Comedor sobre ruedas, Fisioterapia y Lavandería.

185

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Rehabilitación funcional	18,06 €/h x 3 monitoras x 20 h/mes x 9 meses	9.752,40 €
Estimulación cognitiva	24,42 €/h x 2 monitoras x 32 h/mes x 9 meses	14.065,92 €
Actividades de ocio y tiempo libre	22,62 €/hora x 4 monitoras x 44 horas/mes x 9 meses	35.830,08 €
<b>SUBTOTAL</b>		<b>59.648,40 €</b>
COPAGO DEL 10% sobre el coste del servicio		- 5.964,84 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>53.683,56 €</b>

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Teleasistencia	22,85 €/mes x 83 usuarios x 9 meses	17.068,95 €
COPAGO DEL 15% sobre el coste del servicio		- 2.560,34 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>14.508,60 €</b>

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Apoyo a las actividades básicas instrumentales de la vida diaria.	18,06 €/hora x 8 horas/mes x 83 usuarios x 9 meses	107.926,56 €
COPAGO DEL 10% sobre el coste del servicio		- 10.792,65 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>97.133,91 €</b>

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Comedor sobre ruedas	7,00 x 2 comidas/día x 83 usuarios x 31 días x 9 meses	324.198,00 €
COPAGO DEL 10% sobre el coste del servicio		-32.419,80 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>291.778,00 €</b>

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Fisioterapia	24,42€/horax2profesionales x 20 horas/mes x 9 meses	8.791,20 €
COPAGO DEL 10% sobre el coste del servicio		-879,12 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>7.912,08 €</b>

Tipo de actividad	Estructura de coste	Resultado
Lavandería a domicilio	5€/semana x 36 semanas x 83 usuarios	14.940 €
COPAGO DEL 10% sobre el coste del servicio		-1.494 €
<b>TOTAL FINAL A CARGO DE POLÍTICA SOCIAL</b>		<b>13.446 €</b>

## Resumen de costes en los Supuestos planteados y comparativa con el Supuesto nº 1

COSTE DE RESIDENCIA PRIVADA CONCERTADA PARA 83 PERSONAS	
Tipología	Coste
Coste soportado por el usuario 75% IPREM	$399,38 \times 83 \times 9 = 298.336,86€$
Coste soportado por política social	$900,62 \times 83 \times 9 = 672.763,14€$

COSTES EN LOS DISTINTOS SUPUESTOS Y COMPARATIVA CON EL SUPUESTO Nº1				
Estructura del coste de copago (en Euros)	Paquete nº2	Paquete nº3	Paquete nº4	Paquete nº5
Programa de envejecimiento activo 10%	5.964,84	5.964,84	5.964,84	5.964,84
Teleasistencia 15%	2.560,34	2.560,34	2.560,34	2.560,34
Apoyo actividades básicas de la vida diaria	10.792,65	10.792,65	10.792,65	10.792,65
Comedor en casa		32.419,80	32.419,80	32.419,80
Fisioterapia			879,12	879,12
Lavandería a domicilio				1.494,00
TOTAL	19.317,83	51.737,63	52.616,75	54.110,75
Estructura del coste de política social (en Euros)	Paquete nº2	Paquete nº3	Paquete nº4	Paquete nº5
Programa de envejecimiento activo 10%	53.683,56	53.683,56	53.683,56	53.683,56
Teleasistencia 15%	14.508,60	14.508,60	14.508,60	14.508,60
Apoyo actividades básicas de la vida diaria	97.133,91	97.133,91	97.133,91	97.133,91
Comedor en casa		291.778,00	291.778,00	291.778,00
Fisioterapia			7.912,08	7.912,08
Lavandería a domicilio				14.940,00
TOTAL	165.326,07	457.104,07	465.016,15	479.956,15

Tabla 32. Resumen de costes en los distintos supuestos y comparativa con Supuesto 1. Elaboración propia

## Resumen final de costes

COSTE MENSUAL POR PERSONA, SEGÚN LOS SUPUESTOS PLANTEADOS		
Servicio	Supuesto (*) €	Política Social(*) €
Servicio en Residencia Concertada	<b>Paquete nº 1 usuario = 399,38</b>	Política Social: 900,62
Envejecimiento Activo Teleasistencia Apoyo actividades básicas	<b>Paquete nº 2 usuario = 25,86</b>	Política Social: 221,32
Envejecimiento Activo Teleasistencia Apoyo actividades básicas Comedor en casa	<b>Paquete nº 3 usuario = 69,26</b>	Política Social: 611,92
Envejecimiento Activo Teleasistencia Apoyo actividades básicas Comedor en casa Fisioterapia	<b>Paquete nº 4 usuario = 70,44</b>	Política Social: 622,51
Envejecimiento Activo Teleasistencia Apoyo actividades básicas Comedor en casa Fisioterapia Lavandería a domicilio	<b>Paquete nº 5 usuario = 72,43</b>	Política Social: 642,51

Tabla 33. Resumen de coste mensual por persona según los supuestos planteados. Elaboración propia

Aplicando los Costes de Mantenimiento Personal en el territorio y sumándole los precios de cada uno de los paquetes que le correspondería

pagar a cada usuario en concepto de copago, el resultado sería el siguiente para una persona viviendo en el territorio y dotándola de servicios, con lo cual desaparecería del supuesto inicial los Servicios proporcionados cuyo importe es de 9,60€ porque los tendría en todos los paquetes:

### Supuesto Nº 1 – Con alquiler

Consumo personal €	Alquiler de vivienda €	Paquete			
		Nº 2 €	Nº 3 €	Nº 4 €	Nº 5 €
295,00	216,00	25,86	69,26	70,44	72,43
TOTAL		<b>546,46</b>	<b>589,86</b>	<b>591,04</b>	<b>593,03</b>

Se insiste que este supuesto es con alquiler de vivienda, con lo cual no sería factible que pudiera disfrutar de los Paquetes de Servicios, al superar en todos los casos el importe del IPREM.

Otra posibilidad que se podría establecer para este caso es que recibiera los servicios de manera gratuita, al menos aquellos más imprescindibles.

La tercera posibilidad se establece como aquella alejada del territorio y de carácter residencial.

### Supuesto Nº 2 – Sin alquiler

Consumo personal €	Paquete			
	Nº 2 €	Nº 3 €	Nº 4 €	Nº 5 €
295,00	25,86	69,26	70,44	72,43
TOTAL	<b>320,86</b>	<b>364,26</b>	<b>365,44</b>	<b>367,43</b>

Este supuesto es el más general en el grupo de personas mayores con las que hemos trabajado el Programa de Envejecimiento Activo. En todos los paquetes y siempre teniendo en cuenta lo declarado en referencia a los gastos de Consumo Personal, es mucho más económico para ellos acudir una solución de copago en el territorio con un máximo de servicios (paquete nº 5) que pagar la parte correspondiente en una residencia geriátrica.

Con referencia a la Administración se aprecia que el ahorro por mantener a una persona en su domicilio con todos los servicios posibles (paquete nº 5) que le faciliten calidad de vida, entendiendo este concepto no sólo por la cantidad de medios de que dispone la persona, sino por sentirse psicológicamente bien tratada es 258,11 € por persona mes. Si esta cantidad la ponemos en el contexto de referencia, tendríamos que tener en cuenta que hay que multiplicarla por las 83 personas participantes en el Programa de Envejecimiento Activo y por los nueve meses de duración, el

importe que la Administración se ahorraría con relación a tener a todas estas personas en una residencia sería de 192.808,17 euros.

ANÁLISIS DE BENEFICIOS



## ANÁLISIS DE BENEFICIOS

### Valoración de beneficios

**Querer** es tener motivación suficiente para acometer un proyecto innovador. **Poder** es tener capacidad para desarrollarlo y vías que lo posibiliten. **Saber** es tener conocimientos, métodos y técnicas para poner en funcionamiento un proyecto innovador. **Reconocimiento** es que se le otorgue valor social positivo a un proyecto innovador.

Dada la situación actual y, sobre todo, teniendo en cuenta las perspectivas que existen sobre la evolución futura, es importante conseguir una buena distribución de los recursos, de manera que se extraiga todo el posible beneficio al presupuesto del que se dispone.

Para una mayor aseveración de lo enunciado anteriormente y con la finalidad de que se vea la importancia de esto, utilizaremos un dato referido a este estudio. Se estima que atender a una persona mayor, por término medio, en una residencia es un 58,25% más caro que ayudarle a que se mantenga en su domicilio con los consiguientes beneficios para el territorio.

Analizado el mundo de los costes, hemos podido observar que estos son muy sencillos de plasmar porque estamos hablando de números

puestos sobre un papel y comparados entre sí a través de determinadas operaciones con esos números. Pero a la hora de hablar de beneficios la cuestión se complica un poco más. Evidentemente hay beneficios que también son visibles de forma clara y concisa, máxime si los comparamos con los costes; en este caso estaríamos hablando del beneficio neto.

Hay otros beneficios que son más difíciles de evaluar, y que para ver su resultado necesitan que se les aplique el factor tiempo, estos son los beneficios intangibles. Son aquellos efectos que un programa produce sobre las personas y que no es posible tocarlos pero que se pueden medir por el beneficio social que generan en un grupo, en un contexto, en una población.

196

Se debe señalar que el planteamiento aquí expuesto no pretende ser categórico en el sentido de tener que elegir una u otra forma de atención a las personas mayores. Hablamos de combinación de alternativas y no de elegir una u otra, esto es, tomar las decisiones en términos marginales y no en términos absolutos.

Para entender lo que se quiere decir bastará con poner un ejemplo: si comparamos tres formas alternativas de atender a una persona mayor (por los servicios sociales en su domicilio, por cuidadores informales, y en residencia) no se trata de elegir una u otra, sino, más bien, se trata de

decidir para qué tipo de persona mayor es mejor estar en una residencia o estar atendido en su casa por los servicios sociales. Se trata de, utilizando términos económicos, de “maximizar el beneficio marginal social del lugar y maximizar el beneficio para la persona mayor igualando el coste marginal social” (Mooney, 1978, p 11).

Estamos de acuerdo en que no es solo ver la persona y su contexto porque hay otra serie de variables que influyen tanto en los beneficios como en los costes de atención; en este caso, nos referimos al grado de dependencia que tiene la persona mayor. Si una persona tiene un grado de dependencia alto, facilitándole la atención adecuada, su nivel de beneficio será también alto porque aumenta su grado de satisfacción personal; sin embargo los costes también serán altos porque su recurso será una residencia. Si por el contrario una persona tiene un grado de dependencia bajo, su deseo será ser atendido en su domicilio por cuidadores informales. En este caso su nivel de beneficio será alto, su grado de satisfacción personal está a la misma altura que el beneficio, pero sin embargo el coste de atención con apoyo de los servicios sociales será bajo.

Los estudios sobre estos temas nos indican que el grado de dependencia es el motor de todo el proceso que motiva la eficacia y la eficiencia de un programa de estas características. A medida que aumenta el grado de dependencia, bien la familia o los servicios sociales no pueden

dar respuesta a las necesidades de la persona mayor, con lo cual los beneficios se estancan y al final debe ingresar en una residencia donde se desenvolverá con mayor comodidad que en casa.

Hay varios aspectos que durante el proceso de trabajo han ido apareciendo y que conducen a la reflexión de que, además de hacer un análisis de contexto de forma continua hay que hacer PROSPECTIVA, es decir tener visión de futuro. Para ello es necesario que sean estructuras de intervención cuya misión esté enfocada a las personas; estas entidades son aquellas que tienen necesidad de cambio porque lo sienten.

Entidades, organizaciones que tengan un carácter de INTERVENCIÓN MUY FLEXIBLE; con la suficiente capacidad de detectar las necesidades de las personas mayores, y en función de ellas, ir variando su oferta de servicios. Debemos desterrar el estándar que obliga a las personas mayores a beneficiarse de unos servicios que se les proporcionan. La otra filosofía de estar enfocados a las personas pasa por potenciar la línea de trabajo de asignar servicios a personas; esto es más efectivo y rentable desde el punto de vista social y financiero.

Hasta este momento y por motivos expositivos y de claridad, se han planteado las distintas alternativas de forma cerrada y aplicándola a toda la población sobre la que se ha trabajado en el estudio. Este planteamiento

aporta la sensación de que damos respuestas automáticas por lo cerrado de los Paquetes de Servicios; sin embargo a la hora de ponerlo en práctica debemos tener como eje principal de la intervención la FLEXIBILIDAD.

Ser flexibles en este caso significa comprender que las personas mayores cambian con el tiempo. Ser flexibles significa que los Paquetes de Servicios arriba mencionados deben estar abiertos. Ser flexibles en definitiva, significa estar adaptados a las necesidades de las personas y las circunstancias domésticas que las personas mayores tengan necesidad de cubrir.

Otra cuestión a tener muy en cuenta es la opinión de las personas mayores a las que se les pueden aplicar los distintos paquetes aquí propuestos. Es muy importante la información que se les facilite a los usuarios para que la toma de decisiones sea eficaz, eficiente y efectiva ya que de lo contrario nos podemos encontrar con situaciones no deseadas porque no se ha informado convenientemente al usuario. Es importante conocer el punto de vista de las personas mayores e incorporar sus opiniones para que ellos sean los actores de su propio proceso. En la medida que esto sea efectivo, téngase en cuenta que se está proponiendo un sistema de copago, los grados de responsabilidad en el uso de los recursos aumentarán, con lo cual estaremos generando conciencia social y no sólo conciencia de derechos.

Lo anterior no resta protagonismo a los profesionales en la toma de decisiones, sino que su juicio se ve reforzado porque está construido en torno al consenso. Lo contrario sería continuar con la misma dinámica antes enunciada, asignar clientes a servicios. Para que se entienda lo anterior, el ejemplo sería el de una persona mayor que está en una residencia, no porque tenga problemas para valerse por sí misma, sino porque está sola y busca compañía.

Hasta ahora sólo ha existido una posibilidad, la residencia. En lugares muy alejados de los centros de decisión se podía ofrecer como mucho un servicio de ayuda a domicilio, pero debemos pensar que personas iguales pueden necesitar atenciones y servicios distintos. Con este sistema se puede elegir una combinación de servicios que maximice el bienestar de la persona mayor, el mayor beneficio para la administración y el menor coste para las arcas públicas, y por ende para el bolsillo del ciudadano.

La finalidad de este programa ha sido demostrar que centrándonos en la persona, manteniéndola, mientras sea posible, en el lugar donde ha vivido siempre y rodeado de las personas con las que ha convivido, se pueden obtener distintos tipos de beneficios que redundan en todos los actores implicados. A no ser que la propia persona lo pida o que no tengamos más remedio, debemos procurar mantener a las personas

mayores en sus casas, ya que es la alternativa preferida por ellos y la más barata.

En resumen, la necesidad de evaluar individualmente a las personas mayores para cubrir sus necesidades y la conveniencia de llevar a cabo la política de favorecer el cuidado en la comunidad, exige de organizaciones muy flexibles y enfocadas a las personas.

Centrándonos en los beneficios concretos que la Administración podría obtener de una transformación social de estas características citamos entre otros:

**Potenciación de la prevención y promoción de la salud.** Hasta el momento se ha trabajado con el problema, la única alternativa era la intervención residencial. Ahora pueden existir otras posibilidades generadoras de más calidad de vida y de actividad en los contextos.

**Nuevo enfoque de autonomía de promoción de la persona.** Es un factor de innovación importante, ya que permite una nueva forma de intervenir con las personas, desde la prevención tanto para la persona como para el contexto.

**Inversión privada en nuevos equipamientos.** La puesta en funcionamiento de programas de prevención requiere del diseño de estructuras polivalentes, abiertas a todo las personas mayores. Utilizar

como punto de partida aquellos lugares que de forma natural ya se usan para distintas actividades. Utilizar edificios infrautilizados rediseñándolos, transformándolos en espacios multiusos. Es una solución barata que procura elevados beneficios al no tener que invertir en grandes centros para personas mayores.

**Federación de ayuntamientos.** Un programa de estas características motiva la unión de sinergias para lograr unos beneficios que de otra forma no serían posibles. Las alianzas en el territorio hacen más fuertes a las instituciones y las ayudan a crecer en un futuro de manera compartida. Ser protagonistas de su propio destino a través de crear fundaciones entre administraciones locales, con la participación de entidades privadas, entidades financieras, asociaciones locales y demás colectivos existentes en el territorio, con la finalidad de implicarles en el interés colectivo de la zona.

202

**Consolidación de la conciencia social.** Donde todas las personas beneficiarias sean conscientes de que el mantenimiento de servicios requiere del apoyo de todos los ciudadanos a través de sus aportaciones y cuidado de los recursos.

**Fortalecimiento de la sociedad civil.** Considerando la participación social como una de las vías de fortalecer la comunidad. Como un elemento

práctico para promover buenas prácticas en los contextos rurales que orienten la planificación, la gestión y la intervención en el ámbito de líneas de intervención innovadoras.

**Retornos financieros.** La gestión de los presupuestos ajustados a necesidades y realidades de las personas mayores evita un sobredimensionamiento de las cuentas públicas. La generación de puestos de trabajo, el desarrollo de las potencialidades del territorio, el mantenimiento de espacios naturales en simbiosis con sus habitantes, la generación de emprendimiento, el mantenimiento de población en el territorio, la repercusión en la factura de gastos de medicamentos, la participación en la tributación local. Son algunos de los retornos financieros que las Administraciones pueden conseguir si se apuesta por proyectos innovadores dirigidos hacia las personas desde las personas.

203

Los beneficios que podría obtener el contexto con un Programa de Envejecimiento Activo serían:

**Mayor participación social.** En la gestión del territorio con la recuperación de lugares infrautilizados, colaborando en el mantenimiento de los recursos puestos al servicio de programas. Conjugando limitaciones y fortalezas e impulsando la participación como forma de acentuar las capacidades más que los déficits de las personas mayores.

**Recuperación de patrimonio intangible.** Potenciar las relaciones interpersonales consiguiendo dar uso a los lugares formales de encuentro. La historia compartida y los referentes comunes. El valor del apoyo/ayuda y el fomento del asociacionismo en clara sintonía con otras épocas que son la base de nuestra sociedad actual.

**Mantenimiento de la continuidad de las personas en la comunidad.** A través de este mecanismo se aseguran los lazos que vinculan los espacios temporales en la línea vital de una persona mayor. La pertenencia a un territorio, los lugares comunes, las rutinas conocidas por todos, vinculan territorio y personas asegurando la continuidad social y cultural en un marco de referencia imprescindible para la vida de las personas mayores.

204

**Desarrollo de microeconomías.** La puesta en práctica de programas que aseguren el mantenimiento de poblaciones en sus contextos de origen es la base primaria para la generación de pequeñas economías que permiten el sostenimiento de los grupos más jóvenes de población; evitando el fenómeno de la emigración a lugares en donde se cuestionarán su sentido de pertenencia. A su vez esta base puede ser el impulso de iniciativas de emprendimiento que den servicio a las personas mayores, procurando al mismo tiempo un efecto espiral que potencie otras actuaciones en el territorio dirigidas a desarrollar sectores improductivos pero con un alto contenido y valor añadido.

**Recuperación de la identidad.** En contraposición a la globalización, las intervenciones de programas innovadores afirman las diferencias mediante la definición de su propia identidad.

**Profesionalización de la intervención.** Aspecto muy importante por cuanto eleva el nivel de formación de las personas pertenecientes a la comunidad y que participan en el programa. Actuando como dinamizadores de las demandas y respuestas a las diferentes necesidades que plantea la comunidad y el contexto, así como neutralizando los efectos negativos del valor apoyo/ayuda.

Después de todos los resultados obtenidos, de haber comparado costes con beneficios las preguntas que debemos hacernos son: ¿Cuál es la mejor manera de atender a una persona mayor? ¿Cuál es la mejor manera de atender a una persona mayor cuando no tienen red social alguna?

Estas preguntas están enraizadas en la reflexión profunda que se debe hacer desde los Servicios Sociales, en lo referente al terreno de lo público, pero también estas preguntas deben hacérselas todas aquellas entidades que trabajan con personas mayores y también, desde el Tercer Sector de Acción Social.

Las respuestas debemos construirlas entre todos los actores participantes en los procesos de vida. Los contextos son cambiantes y no

podemos obviar el fenómeno de la recursividad. Trabajar con paradigmas antiguos nuevas situaciones sociales que van emergiendo, es encaminarse a lograr los mismos resultados erráticos que hasta el momento hemos obtenido.

Es necesario construir un nuevo paradigma y consecuentemente nuevas organizaciones; organizaciones que se dirijan a las personas y no a los rendimientos. Para ello deberemos considerar la gestión de los programas enfocados a los resultados; estructurando una oferta abierta, en donde los servicios estén asignados a las personas en función de sus necesidades compartidas con el saber profesional y no al revés.

Realizando prospectiva nos encontraremos en disposición de construir nosotros el futuro, de lo contrario estaremos a merced de los que lo construyen. Es fundamental como ya se ha dicho anteriormente crear entre todos un paradigma nuevo, retomar la planificación centrada en la persona; de esta manera podemos trabajar con resultados rentables socialmente. En todo ello, destaca la importancia que tiene en este discurso la prevención primaria, término absolutamente en desuso porque hasta el momento lo que hemos hecho ha sido atajar el problema; concepto que está latente en el porqué se interviene como estamos interviniendo.

Todavía estamos a tiempo de prever con antelación soluciones que se dan en muchos casos y que no son las más adecuadas para la necesidad del caso concreto. También suele suceder que cuando alguien se ocupa de ese caso, se adopte la solución más cara y menos adecuada, internar a una persona mayor en una residencia.

No es ni mucho menos irrelevante atender a una persona mayor en una residencia, pero si se le puede atender en su domicilio con una buena asistencia domiciliaria, el dinero de los contribuyentes y el bienestar de muchas personas se ponen en juego.

Estas cuestiones metodológicas nos van a ayudar a demostrar que el bienestar de una persona mayor también es factible con una buena red de atención en el territorio y con un considerable ahorro para el dinero del contribuyente.



CONCLUSIONES



## CONCLUSIONES

A la vista del trabajo elaborado y con los resultados expuestos estamos en condiciones de poder afirmar que en relación con el grado inicial de bienestar de las personas participantes, éste se ha incrementado tanto a nivel físico, como psicológico, y relacional.

Se ha demostrado a través de este proyecto que si las personas se organizan, se empoderan, pueden ser capaces de crear su propio destino, y pequeños espacios económicos que les ayude a vivir de modo independiente y autónomo a lo largo de su vida.

Se ha comprobado también un incremento de rendimiento económico para la Administración, o un menor coste, puesto en relación con un único modelo de intervención social en el territorio, el modelo residencial, con la posibilidad de generar otro modelo complementario, que si bien no choca frontalmente con el modelo residencial, si evidencia la necesidad de converger con aquel para lograr una mayor eficiencia social y económica.

Los retornos económicos a base de generación de empleo, son otra conclusión de este trabajo. Se ha generado consumo en el territorio, y por tanto exacción de tasas e impuestos, mantenimiento de lugares formales e

informales de encuentro, aprovechamiento de espacios naturales, y con ello una apuesta por la permanencia en el territorio.

Este trabajo nos ha puesto sobre la pista de que un territorio rural con todas las características tan negativas de su contexto, todavía puede ofrecer alternativas per se, si se organiza y se apoya la iniciativa ciudadana, y se genera el interés de las administraciones por esta solución innovadora.

La implementación de las acciones de este proyecto también ha conllevado a una reflexión profunda sobre la estructura de los servicios sociales, ya que en la actualidad, hemos evidenciado que no se adaptan ni al contexto ni a las personas, ni a las nuevas necesidades de la población. Un ejemplo radica en que en la zona hay sólo una trabajadora social.

212

Convenimos en que esta estructura actual ha de ser enfocada hacia los servicios sociosanitarios, dotados de equipos multidisciplinares, que den cabida a la participación de personas jóvenes y adultas del territorio. Bien es cierto que el servicio de ayuda en el domicilio puede verse como un primer intento de flexibilización y adaptación de los servicios de bienestar social.

Este proyecto, a su vez, ha motivado la conciencia de ciudadanía, puesto que ha probado que los ciudadanos asumen un copago si el servicio del que disfrutan es de calidad y cercano; sobre todo si son servicios

adaptados a sus necesidades, puesto que lo que observamos es que no desean que sus necesidades se tengan que adaptar a los recursos y servicios.

Como entidad operadora de este proyecto, Cáritas también ha asumido que éste es el auténtico modo de recuperar la animación de la comunidad. Hemos detectado la clara necesidad de orientarse todavía más a las personas, o con más intensidad. La disposición de Cáritas, a la vista de los resultados expuestos a lo largo de este trabajo, ha de ser la de generar más base social, haciendo más partícipes a los beneficiarios de sus acciones, lo que generará el perfeccionamiento de su intervención, enfatizando el respeto y el reconocimiento de la idiosincrasia de los pueblos y las personas. Se ha demostrado a lo largo de estos 12 meses que ésta es una cuestión pendiente: recuperar los derechos de ciudadanía de las personas que viven en sitios aislados.







## ANEXOS

### Glosario de términos

**Coste de oportunidad.** El valor del uso alternativo de los recursos que se han invertido. El precio de mercado sería el coste de oportunidad que valdría un determinado servicio que no está valorado. En el caso de que una persona viva en una casa que es propiedad suya; habría que incluir como coste el precio de mercado del alquiler de la casa.

**Densidad de población.** Es el cociente entre la población de un territorio y su extensión superficial.

**Envejecimiento demográfico (o envejecimiento de la población).** Fenómeno referido al proceso de transformación de la estructura por edad de una población, donde la población mayor de 65 años aumenta, tanto en términos absolutos como relativos, en detrimento de la población joven, consecuencia del incremento de efectivos de personas mayores como de la disminución de otros grupos de edad.

**Esperanza de vida al nacer.** Es el número medio de años vividos por una generación de nacidos bajo unas condiciones de mortalidad dadas.

**Esperanza de vida a los 65 años.** Promedio de años que le queda por vivir a una persona que llega con vida a los 65 años, en el caso de que las condiciones de mortalidad se mantengan constantes.

**Índice de dependencia global.** Relación entre los grupos de población potencialmente dependientes (población menor de 15 años y población mayor de 64) y el grupo de población potencialmente activa (población entre 15 y 65 años).

**Índice de dependencia senil.** Relación entre la población mayor (población mayor de 64 años) y la población en edad potencialmente activa (población entre 15 y 64 años).

**Índice de dependencia juvenil.** Relación entre la población joven (población menor de 15 años) y la población en edad potencialmente activa (población entre 15 y 64 años).

**Índice de envejecimiento.** Relación entre la población mayor de 64 años y la población menor de 20 años.

**Índice de recambio de la población en edad activa.** Relación entre la población entre 60 y 64 años y la población entre 15 y 19 años. Mide la capacidad de una población para sustituir a los individuos.

**Índice de sobreenvjecimiento.** Relación entre la población mayor de 84 años y la población mayor de 64 años.

**Índice de vejez.** Número de mayores de 65 y más años por cada 100 habitantes

**Prevención Primaria.** Reducción de factores que favorecen la aparición de otra serie de problemas que colocan a las personas en situación de riesgo. Se trabaja actuando sobre poblaciones, empleando como herramienta determinadas técnicas sociales.

**Prospectiva.** Conjunto colectivo de pensamientos, intereses, sentimientos y sensaciones que proyectan, a partir de una metodología, una imagen estructurada para la construcción de un futuro compartido.

**Recursividad.** Fenómeno consistente en una relación de retroacción entre elementos interconectados de forma que la causa es el efecto y el efecto es la causa.

**Tasa bruta de natalidad.** Número de nacimientos por cada 1.000 habitantes.

**Tasa bruta de mortalidad.** Número de defunciones por cada 1.000 habitantes.

**DT.** Desviación típica. Es una medida de la dispersión de los datos. Siempre se indica en relación al valor medio de una puntuación, se anota como DT o como  $\pm$ . Lo que indica este dato es la media de variación de las puntuaciones obtenidas por los sujetos con respecto a la puntuación media de la variable.

**F.** Es el nombre del estadístico usado en la prueba ANOVA de un factor. Se emplea en comparaciones de 3 o más grupos. Es un valor que calculan los programas estadísticos y con el que se puede decidir si las diferencias en las puntuaciones entre esos 3 o más grupos son estadísticamente significativas. Sin embargo, este estadístico indica las diferencias de manera global, sin determinar entre qué grupos existen esas diferencias, por lo que deben usarse después pruebas post-hoc. Debe indicarse siempre acompañado del valor p.

**P.** Es el nivel de significación de la prueba realizada. Se interpreta para decidir si las diferencias obtenidas son estadísticamente significativas o no, en general, si su valor es inferior a 0.05 puede decirse que las diferencias obtenidas en las puntuaciones son significativas.

**R.** es el nombre que adquiere el coeficiente de correlación de Pearson. Es un valor que oscila entre -1 y 1 e indica si las variables analizadas están relacionadas entre sí. Si el valor de r es positivo las variables están

relacionadas directamente (al aumentar una aumenta la otra y viceversa), si el valor es negativo están relacionadas inversamente (al aumentar una disminuye la otra y viceversa). Si el valor obtenido supera el 0.5 en positivo o negativo la correlación es fuerte, por debajo es débil. Una correlación de 0 indica que las variables no están relacionadas.

**T.** Es el nombre del estadístico usado en la prueba t-student. Se emplea en comparaciones de 2 grupos. Es un valor que calculan los programas estadísticos y con el que se puede decidir si las diferencias en las puntuaciones son estadísticamente significativas. Debe indicarse siempre acompañado del valor p.

**Tukey.** Es una prueba estadística post-hoc. Se usa después de realizar pruebas para comparar 3 o más grupos (como el ANOVA) y nos indica entre qué pares de grupos hay diferencias.

## Guía de aplicación de los instrumentos de evaluación

En cualquier programa de intervención se trata de evaluar la efectividad de dicha intervención. Para ello es necesario aplicar una serie de pruebas que permitan valorar la mejora o los beneficios del programa de intervención aplicado. En el caso de este proyecto se han utilizado una serie de pruebas que por sus características son las más adecuadas. Una entrevista estructurada que permitirá recoger los datos socio - demográficos y otros aspectos relativos a las circunstancias de los/as participantes, una escala que mide optimismo, una serie de instrumentos que miden la función cognitiva y una escala multidimensional que mide calidad de vida. Para una correcta aplicación de los instrumentos es necesario que los entrevistadores lean la presente guía de aplicación de instrumentos. A continuación se presenta cada instrumento y se explica detalladamente la forma en la que se tiene que aplicar y corregir.

## Entrevista estructurada

---

### Descripción de la entrevista

Se trata de una entrevista elaborada para este programa, se recogen datos sobre la edad, sexo, nivel de estudios, nivel de ingresos, convivencia, etc. A continuación se presentarán las preguntas de entrevista junto con la forma de realizar cada pregunta.

**1. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA** - en este primer apartado se recoge información socio demográfica.

**1.1. Pueblo en el que reside:** - Preguntar en que pueblo reside el/la participante y apuntar en el espacio que corresponde.

**1.2. Edad:** - Preguntar al/a la participante cuántos años cumplió en su último cumpleaños y apuntar en el espacio correspondiente

**1.3. Sexo:**  Hombre  Mujer - Marcar la opción que corresponde en cada caso

**1.4. Estado Civil** - Preguntar cuál es su estado civil actual, a las personas mayores les resulta más fácil si se le pregunta “¿Está usted casado/a?” Cuando le indica su estado civil se marca con una cruz la opción correspondiente entre las siguientes: Soltero/a, Casado/a, Viudo/a, Separado/a - Divorciado/a.

### 1.5. Ocupación principal en la edad activa (antes de los 65 años o 60):

Se le pregunta al/a la participante qué profesión tenía cuando era más joven y se apunta en el espacio correspondiente; es posible que la persona siga trabajando porque se habrá dedicado al trabajo en el campo en este caso se apunta ha trabajado en el campo y sigue trabajando.

**1.6. Nivel de estudios** - Se le pregunta si ha realizado algún tipo de estudios si indica que no, se le pregunta si sabe leer y escribir y en función de la respuesta se marca la opción correspondiente en las opciones de más abajo En el caso en el que indican que tienen estudios preguntar qué nivel ha alcanzado y marcar la opción correspondiente. Si no sabe indicar el nivel de estudios según esta clasificación se le puede preguntar hasta qué edad fue a la escuela anotándose la respuesta en el último espacio:

224

- Analfabeto (no lee y no escribe).
- Sin estudios pero sabe leer y escribir.
- Primarios Incompletos
- Primarios finalizados
- Secundarios incompletos
- Secundarios finalizados - Bachillerato elemental

- Formación Profesional I
- Bachiller superior
- Formación profesional II
- Universitarios
- Otros estudios no reglados: \_\_\_\_\_
- No sabe indicar fue a la escuela hasta los\_años

**1.7. ¿Cuáles fueron los ingresos mensuales totales en el último mes? –**

En esta pregunta se es posible que no quieran contestar, se le da la opción de no contestar

- No contesta  \_\_\_\_\_

**1.8. Convivencia** – Se le pregunta si vive solo/a, si indica que vive acompañado/a preguntarle con quien convive y se marca con una cruz la opción en función de la respuesta.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Solo/a         | <input type="checkbox"/> Pareja         |
| <input type="checkbox"/> Hijos          | <input type="checkbox"/> Padres         |
| <input type="checkbox"/> Pareja e hijos | <input type="checkbox"/> Otro familiar: |
| <input type="checkbox"/> Amigo/a        | <input type="checkbox"/> Otros          |

**1.9. Persona con los que tiene contacto actualmente (escribir número de personas)** – En este apartado se quiere averiguar la red social de la que dispone el/la participantes se le pregunta si tiene hijos, nietos, hermanos, otros familiares y amigos y si tiene contacto con alguno de sus vecinos. En cada caso se le pregunta ¿Cuántos hijos, nietos, hermanos, otros familiares, y amigos tiene? También se le pregunta en cada caso con qué frecuencia les ve y se apunta en la tabla en el apartado de frecuencia. Asimismo se le pregunta, por lo general cómo de satisfecho/a se encuentra con la relación que tiene con sus hijos, nietos, hermanos, los demás familiares, amigos y vecinos y se apunta para cada grupo la satisfacción general en cada apartado. Debajo de la tabla se presentan las opciones de respuesta para frecuencia de contacto y satisfacción.

226

	Hijos	Nietos	Hermanos	Otros Familiares	Vecinos	Amigos
Número						
Frecuencia						
Satisfacción						

Frecuencia: 0 – no procede no tiene, 1- nunca, 2 – menos de una vez al año, 3- una vez al año, 4 – varias veces al año, 5 – una vez al mes, 6 – algunas veces al mes, 7 - una vez en semana, 8 – varias veces a la semana, 9 - diario

Satisfacción: 0- muy insatisfecho, 1- bastante insatisfecho, 2- algo insatisfecho, 3- ni insatisfecho ni satisfecho, 4- algo satisfecho, 5 – bastante satisfecho, 6 – muy satisfecho

**1.10. Actividades que realiza** – aquí sería interesante que los del pueblo indicaran que tipo de actividades son habituales para los mayores de esa región. Se le pregunta cuáles de las siguientes actividades suele realizar y se marcan con una cruz las opciones mencionadas. Si menciona alguna otra actividad que no aparece en la lista se anota en la última opción  
Otra\_\_\_\_\_

¿Practica alguna forma de ejercicio físico? No Sí (preguntar cuál)

- Domésticas (limpiar, cocinar, lavar la ropa)
- Pequeños arreglos de la casa no profesionales (como arreglar una cerradura, pintar, etc.)
- Comprar
- Ir al bar, a una cafetería
- Ir a la iglesia
- Actividades al aire libre (como por ejemplo recoger setas)

- Cuidar de animales domésticos (gallinas, cerdos, vaca, etc.)*
- Jardinería y cuidado de huertos*
- Reunirse con vecinos*
- Leer*
- Ver televisión*
- Oír la radio*
- Asistencia a programas para mayores (aulas de mayores, centros de día, etc.).*

*Actividades de voluntariado social (como visitar a enfermos)*

228

*Bailes*

*Actividades creativas (pintar, escribir, teatro, coro, etc.)*

*Hacer manualidades (como croché, hacer bufandas)*

*Asistir a espectáculos.*

*Usar el ordenador*

*Viajes.*

*Visitar a familiares que viven en otro domicilio*

Otra, ¿Cual? \_\_\_\_\_

1.11 *¿Cómo de satisfecho/a se siente con la manera en la que pasa el tiempo?*

No sé, nunca me lo he planteado

Muy insatisfecho/a

Bastante insatisfecho/a

Algo insatisfecho/a

Ni insatisfecho/a ni satisfecha

Algo satisfecho/a

Bastante satisfecho/a

Muy satisfecho/a

## Life Orientation Test LOT-R

---

### Descripción

El «**Life Orientation Test**» (LOT) fue desarrollado por Scheier y Carver en 1985 para medir optimismo disposicional. Para Scheier y Carver el optimismo es un rasgo que se refiere a las expectativas favorables generalizadas que tiene la persona acerca de lo que le sucede en la vida. En 1994 los autores revisaron la primera versión de la escala dando lugar al **LOT-R**. El **LOT-R** está compuesto por 10 ítems en **escala Likert de 5 puntos**. De los **10 ítems** 6 pretenden medir la dimensión de optimismo disposicional y los otros 4 ítems son «de relleno» y sirven para hacer menos evidente el contenido del test. De los 6 ítems de contenido (que miden optimismo), 3 están redactados en sentido positivo (dirección optimismo) y 3 en sentido negativo (dirección pesimismo). Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro realizaron la adaptación española del **LOT-R** en 1998.

230

### Instrucciones para la aplicación:

Se le indica al/a la participante que se le van a leer una serie de preguntas, a continuación se le leen las siguientes instrucciones:

“A continuación le presentamos una serie de frases que hacen referencia a cómo la gente considera su vida en general. Después de leerle

cada una de estas frases dígame su opinión. Indíqueme si está de acuerdo o en desacuerdo. No hay respuestas correctas o incorrectas: sólo queremos conocer su opinión. Conteste este inventario de acuerdo con sus propios sentimientos, no en función de cómo cree que “la mayoría de la gente” lo haría. En concreto, utilice la siguiente escala de valoración:

0= Estoy totalmente en desacuerdo

1= Estoy en desacuerdo

2= No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo

3= Estoy de acuerdo

4= Estoy totalmente de acuerdo.”

231

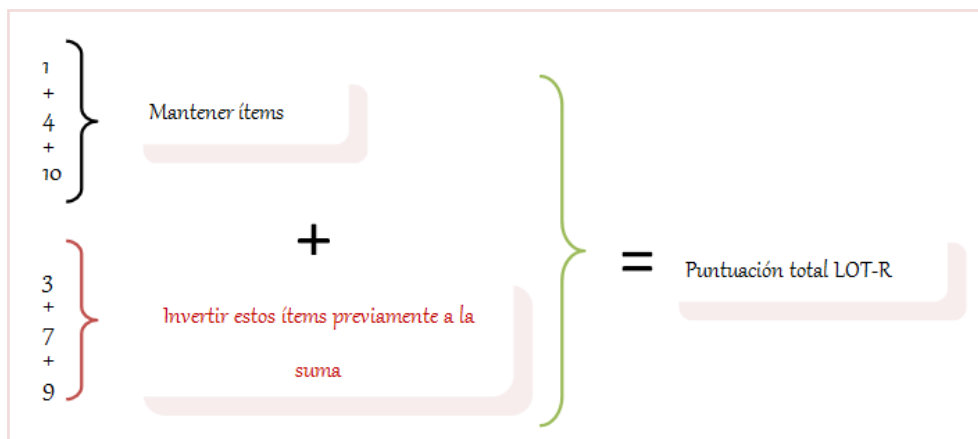
Si al/a la participante le cuesta trabajo entender las opciones de respuesta a la hora de decidir se le puede preguntar si está de acuerdo, si es ese su caso, si contesta afirmativamente se le pregunta si está de acuerdo (para la opción estoy de acuerdo) o muy de acuerdo (para la opción totalmente de acuerdo). En el caso de que la respuesta sea negativa se le pregunta si está en desacuerdo o muy en desacuerdo (para la opción totalmente en desacuerdo). Para cada pregunta el/la entrevistadora marca con una cruz la opción correspondiente en la tabla.

Al finalizar el cuestionario es importante revisar que se hayan

contestado todas las preguntas.

### Instrucciones para obtener la puntuación:

De los 10 ítems que conforman este instrumento **sólo 6** se deben considerar. Los ítem **2,5, 6 y 8** son **ÍTEM DE RELLENO Y NO SE SUMAN**. Por lo tanto, para obtener la puntuación en optimismo hay que sumar los ítems: **1, 3, 4, 7, 9 y 10**. Pero antes de sumar estos ítems hay que invertir la puntuación en los ítems **3,7 y 9**.



### Cuestionario WHOQOL-BREF

#### Descripción:

**Cuestionario WHOQOL-BREF** es la versión abreviada de la escala elaborada por la **OMS** para evaluación de la **calidad vida** (World Health Organization Quality of Life). El instrumento proporciona una alternativa óptima al Whoqol-100, permitiendo una forma rápida de puntuar los

perfiles de las diferentes dimensiones. Está compuesto por **26 preguntas**, una pregunta por cada una de las facetas contenidas en el WHOQOL- 100 y dos preguntas generales sobre calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene **cinco opciones** de respuesta ordinales tipo **Likert**, y todos producen un perfil de cuatro dimensiones o dominios: **salud física, salud psicológica, relaciones sociales** y **medio ambiente**. Los dominios físico y psicológico incluyeron, respectivamente los dominios, nivel de independencia y espiritualidad de la versión completa original. El cuestionario debe ser auto - administrado, aunque puede ser entrevistado en situaciones especiales (por ejemplo cuando el nivel educativo y/o los problemas de salud no lo permiten).

233

### **Instrucciones para la aplicación**

Se le indica al/a la participante que se le van a leer una serie de preguntas, a continuación se le leen las instrucciones en voz alta y pasada tal como aparecen en el cuestionario

“Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres

y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.”

**A continuación se le leen las opciones de respuesta: Muy mal, poco, lo normal, bastante bien, muy bien**

Se le leen las preguntas 1 y 2 y después de leer en voz alta y pausada cada pregunta se le dan las opciones de respuesta y se marca la opción elegida en el cuadernillo de instrumentos de evaluación; si la persona no se acuerda de la pregunta se le repite. Después de la pregunta 1 y 2, que son preguntas más globales sobre calidad de vida y salud, se le leen las instrucciones que aparecen antes de las preguntas 3:

“Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas.”

Se le leen las preguntas desde la 3 hasta la 9 y después de leer en voz alta y pausada cada pregunta se le dan las opciones de respuesta y se marca la opción elegida en el cuadernillo de instrumentos de evaluación; si la persona no se acuerda de la pregunta se le repite la pregunta y las opciones de respuesta. Después de la pregunta 9, se le leen las instrucciones que aparecen antes de la pregunta 10:

“Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.”

Se le leen las preguntas desde la 10 hasta la 15 y después de leer en voz alta y pausada cada pregunta se le dan las opciones de respuesta y se marca la opción elegida en el cuadernillo de instrumentos de evaluación; si la persona no se acuerda de la pregunta se le repite la pregunta y las opciones de respuesta. Después de la pregunta 15, se le leen las instrucciones que aparecen antes de las pregunta 16:

“Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.”

235

Se le leen las preguntas desde la 10 hasta la 15 y después de leer en voz alta y pausada cada pregunta se le dan las opciones de respuesta y se marca la opción elegida en el cuadernillo de instrumentos de evaluación; si la persona no se acuerda de la pregunta se le repite la pregunta y las opciones de respuesta. Después de la pregunta 25, se le leen las instrucciones que aparecen antes de las pregunta 26:

“La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos

semanas”.

Hay que tener cuidado con las opciones de respuesta que son ligeramente diferente en función del grupo de preguntas, aunque la escala sea de 1 a 5.

Desde la pregunta 1 hasta la 9 las opciones de respuesta son:

- 1- Muy mal.
- 2- Poco.
- 3- Lo normal.
- 4- Bastante bien.
- 5- Muy bien.

236

Desde la pregunta 10 hasta la pregunta 15 las opciones de respuesta son:

- 1- Nada
- 2- Un poco
- 3- Moderado
- 4- Bastante
- 5- Totalmente.

Desde la pregunta 16 hasta la pregunta 25 las opciones de respuesta son:

- 1- Muy insatisfecho/a.
- 2- Poco.
- 3- Lo normal.
- 4- Bastante satisfecho/a.
- 5- Muy satisfecho/a.

Para la pregunta 26 las opciones de respuesta son:

- 1- Nunca.
- 2- Raramente.
- 3- Medianamente.
- 4- Frecuentemente.
- 5- Siempre.

Al finalizar el cuestionario es importante revisar que se hayan contestado todas las preguntas.

## **Instrucciones para obtener la puntuación**

Cada pregunta tiene cinco posibles respuestas que se puntúan de 1 a 5. Se obtienen seis resultados:

1º **Calidad de vida global.** Pregunta 1

2º **Salud General.** Pregunta 2

3º **Salud Física.** Preguntas: 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18.

4º **Salud Psicológica.** Preguntas: 5, 6, 7, 11, 19, 26.

5º **Relaciones sociales.** Preguntas: 20, 21, 22.

6º **Entorno.** Preguntas: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25.

238

1º Los valores de las preguntas 3, 4 y 26 hay que recodificarlos previamente de la siguiente manera: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2) y 5=1.

Se suman los valores en cada dimensión. El resultado de la suma de las respuestas en cada dimensión se transforma a una escala de 4 a 20, y posteriormente a otra de 0 a 100, a efectos de comparación con el WHOQOL-100. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor calidad de vida.

*Transformación de la suma de valores en cada dimensión, a una escala de 4-20 yo-100*

DOMAIN 1		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
7	4	0
8	5	6
9	5	6
10	6	13
11	6	13
12	7	19
13	7	19
14	8	25
15	9	31
16	9	31
17	10	38
18	10	38
19	11	44
20	11	44
21	12	50
22	13	56
23	13	56
24	14	63
25	14	63
26	15	69
27	15	69
28	16	75
29	17	81
30	17	81
31	18	88
32	18	88
33	19	94
34	19	94
35	20	100

DOMAIN 2		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
6	4	0
7	5	6
8	5	6
9	6	13
10	7	19
11	7	19
12	8	25
13	9	31
14	9	31
15	10	38
16	11	44
17	11	44
18	12	50
19	13	56
20	13	56
21	14	63
22	12	60
23	13	69
24	16	75
25	17	81
26	17	81
27	18	88
28	19	94
29	19	94
30	20	100
33	19	94
34	17	81
35	18	88
36	18	88
37	19	94
38	19	94
39	20	100
40	20	100

DOMAIN 3		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
3	4	0
4	5	6
5	7	19
6	8	25
7	9	31
8	11	44
9	12	50
10	13	56
11	15	69
12	16	75
13	17	81
14	19	94
15	20	100

DOMAIN 4		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
8	4	0
9	5	6
10	5	6
11	6	13
12	6	13
13	7	19
14	7	19
15	8	25
16	8	25
17	9	31
18	9	31
19	10	38
20	10	38
21	11	44
22	11	44
23	12	50
24	12	50
25	13	56
26	13	56
27	14	63
28	14	63
29	15	69
30	15	69
31	16	75
32	16	75
33	17	81
34	17	81
35	18	88
36	18	88
37	19	94
38	19	94
39	20	100
40	20	100

## Mini Examen Cognitivo MEC

---

### Descripción

El MEC es la versión adaptada y validada en España por Lobo en 1979 del MMSE (*Mini-Mental State Examination*) creado por Folstein 1975. Se trata de un test de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Los ítems están agrupados en 5 apartados: orientación, memoria inmediata, concentración y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción.

### Instrucciones para la aplicación

Invitar al entrevistado a colaborar. No corregir nunca al paciente, aunque se equivoque.

240

En el área de orientación y dentro de la subsección de “ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO”, se hacen al paciente preguntas como: “¿Cuál es la fecha?” para comprobar su grado de orientación. En las preguntas de orientación se hacen las preguntas y se anota la respuesta que ha dado la persona. Cuando se llega al apartado de fijación se le dice: “Ahora, por favor le voy a pedir que repita estas tres palabras: **Peseta - Caballo – Manzana**”. Hay que repetir claramente cada palabra en un segundo. Hacer hincapié en que las recuerde, ya que más tarde se le volverán a preguntar. Asegurarse de que el paciente repite las tres palabras

correctamente, hasta que las aprenda. Están permitidos 6 intentos para que las repita correctamente.

Para la primera prueba del apartado de cálculo, se van sustrayendo de 3 en 3. Se le dice "Si tiene 30 pesetas y me da tres, ¿cuántas le quedan?", y seguir pero sin repetir la cifra que dé el paciente. Para la segunda prueba se le pide que "Repita estos tres números: 5 - 9 - 2". Repetir los dígitos 5-9-2 lentamente: 1 segundo cada uno, hasta que los aprenda. Luego se le pide que las diga al revés 2 - 9 - 5.

Para la prueba de memoria se le pregunta: "¿Se acuerda usted de las tres palabras que le he dicho antes?". Es importante dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar sin ayudarlo.

241

Para las pruebas de lenguaje, en la primera se le muestra un bolígrafo o un lápiz y se le pregunta "¿Qué es esto?" y se anota la contestación. Para la segunda prueba se le muestra un reloj y se le pregunta "¿Y esto?" y se anota la contestación. Para la tercera prueba de lenguaje y construcción se le lee la siguiente frase: "EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS". Es importante leer la frase poco a poco y correctamente articulada.

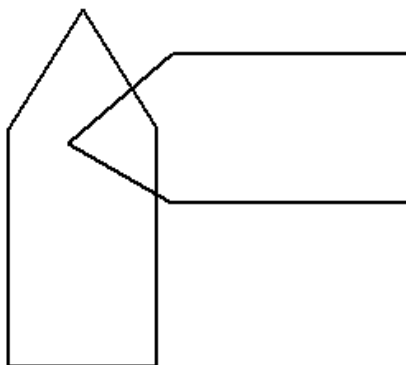
Para la prueba de semejanzas se le dice "Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?" ¿Qué son el rojo y el verde? Y se anota la

contestación. Luego se le pregunta: “¿Y el perro y el gato?” Y se anota la contestación. A continuación se le da la siguiente instrucción: “Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa”.

La siguiente prueba es una prueba de lectura, se le dice: “Lea esto y haga lo que dice:”. Si utiliza gafas habitualmente le pediremos que se las ponga. Es mejor que la frase esté escrita en grande en una hoja aparte (que viene al final del instrumento después de la figura, se utilizará tanto en la evaluación pre como en la evaluación post).

A continuación le pedimos que escriba una frase. Hay que advertir al sujeto que no se considerará correcta si escribe su nombre. Si es necesario se le puede poner un ejemplo, pero insistiendo en que ha de escribir alguna cosa diferente.

Y por último le pedimos que copie la figura que viene en la última página del instrumento:



### **Instrucciones para obtener la puntuación**

Para contabilizar los puntos correctos de cada uno de los ítems del MEC es importante tener en cuenta lo siguiente:

**Orientación:** no se permite la Comunidad Autónoma respectiva como respuesta correcta para la provincia ni para nación o país (excepto en las comunidades históricas).

**Fijación:** Se le da tantos puntos como palabras repita correctamente al primer intento.

**Concentración y cálculo:** Para la primera prueba se dará un punto por cada resta correcta desde 30:  $27 - 27 - 24 - 21 - 18 - 15$ . Para la segunda prueba se le da 1 punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.

**Memoria:** Se da un punto por cada palabra recordada sin tener en cuenta el orden.

**Lenguaje y construcción:** Se da un punto por cada nombre correcto. Se le da un punto si dice lápiz/bolígrafo y otro punto si dice reloj. Se le da un punto si repite la misma frase que ha de citarse una sola vez.

**Semejanzas:** en la semejanza perro-gato las respuestas correctas son animales o animales de "x" características y en la semejanza rojo - verde la

respuesta correcta es colores.

**Órdenes verbales:** Se le da un punto y ha cogido el papel con la mano derecha, otro punto por doblarlo por la mitad y otro punto por ponerlo en la mesa. Si el paciente coge el papel con la mano izquierda, se valorará como error, si lo dobla más de dos veces es otro error.

***Lectura, escritura y dibujo:***

***Lectura:*** Un punto por cada parte de la orden correctamente realizada. Un punto si lee, interpreta y ejecuta la orden escrita ("cierre los ojos").

***Frase:*** Para puntuar la frase el evaluado/a debe construir una frase con sujeto, verbo y complemento. No se valora la caligrafía ni la ortografía. Si cumple todas estas condiciones se le da un punto.

***Figura:*** Para puntuar la copia cada pentágono ha de tener exactamente 5 lados y 5 ángulos y debe entrelazarse en dos puntos de contacto. Si cumple todas estas condiciones se le da un punto.

## Test del Reloj

---

### Descripción

Se trata de un instrumento muy sencillo y breve de evaluación del funcionamiento cognitivo. Mediante esta prueba se evalúa el análisis visual, la percepción, la ejecución motora, la atención, el lenguaje y la comprensión, y el conocimiento numérico. Fue creado por Goodglass y Kaplan en 1972. En 1986, Shulman et al. lo aplicaban por primera vez como test de cribaje de la función cognitiva en ancianos y, posteriormente fue utilizado para evaluar la gravedad de la demencia, con el establecimiento de criterios de realización y puntaje específicos (Shulman 1993). Hay una versión adaptada por Cacho, García, Arcaya, Gay, Guerrero y Vicente en 1996. En la versión española el test tiene 2 fases, primero el dibujo del reloj y posteriormente la copia.

245

### Instrucciones para la aplicación

Se le pide al evaluado/a que dibuje un reloj: se le dan las siguientes instrucciones: "Dibuje una esfera y ponga todos los números de las horas en ella. Ahora ponga las agujas marcando las 11:10". Una vez realizado el dibujo original del reloj se pasa a la segunda parte del test, la copia del reloj, se le dan las siguientes instrucciones: "Ahora copie este reloj, por favor". Es importante motivar al/a la evaluado/a a que intente hacerlo lo mejor posible.

## **Instrucciones para la obtención de la puntuación**

Aunque hay varios sistemas de corrección del test, en la versión española se utiliza un sistema de puntuación cuantitativa. Se evalúan tres aspectos: el dibujo de la esfera del reloj, la presencia de números y su orden y la presencia de las agujas. Para la evaluación del dibujo de la esfera la puntuación máxima es de 2 puntos. Para la evaluación de la presencia de los números la puntuación máxima es de 4 puntos y para la presencia de las agujas la puntuación máxima es también de 4 puntos. La puntuación máxima total es de **10 puntos**. Se evalúa primero el dibujo original y luego la copia.

### **Sistema de puntuación cuantitativa del Test del Reloj (Camacho et. Al, 1996)**

246

#### **Valoración de la esfera (máximo 2 puntos)**

**2 puntos: dibujo normal**

**1 punto: incompleto o algún distorsión significativa**

**0 puntos: ausencia o dibujo totalmente distorsionado.**

#### **Valoración de presencia y secuencia de los números (máximo 4 puntos)**

**4 puntos: todos los números presentes y en el orden correcto**

**3 puntos: todos los números presentes pero con error significativo en**

### *la localización espacial*

*2 puntos:*

*- Omisión o adición de algún número pero sin grandes distorsiones en los números restantes.*

*- Números colocados en sentido antihorario.*

*- Todos los números presentes pero con grandes distorsiones*

*espaciales*

*1 punto: ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial.*

*0 puntos: ausencia o escasa representación de números.*

247

*Presencia y localización de las agujas (máximo 4 puntos)*

*4 puntos: las agujas están en posición correcta y con las adecuadas proporciones de tamaño.*

*3 puntos: pequeños errores en la localización de las agujas o falta de diferenciación en el tamaño de las mismas.*

*2 puntos: gran distorsión en la localización de las agujas*

*1 punto: presencia de una aguja o pobre representación de las dos*

*0 puntos: ausencia de agujas o perseveración en el dibujo.*

Empejamiento  
Activo

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUMAN, H. (1996). *Motricidad y envejecimiento*; Revista Española de Educación Física y Deportes, Vol. 4. Nº 4.

BEDMAR, M. Y MONTERO, I. (coord.) (2003). *La educación intergeneracional: nuevo ámbito educativo*. Madrid: Dykinson.

BRONFENBRENNER, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano. Cognición y desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

CASTILLO ARREDONDO, S. y CABRERIZO DIAGO, J. (2003). *Evaluación de Programas de Intervención Socioeducativa. Agentes y ámbitos*. Madrid: Prentice Hall.

COURTIER, D. Y otros. (1990). *Tercera edad, Actividades Físicas y Recreación*. Madrid: Gymnos.

DE CASTRO, A. (1990). *La tercera edad tiempo de ocio y cultura*. Madrid: Narcea y Ministerio de Asuntos Sociales.

DELORS, J. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana UNESCO.

FAURE, E. (1972). *Aprender a ser*. Madrid: Alianza.

FERNÁNDEZ DE TROCÓNIZ, M<sup>a</sup> I, MONTORIO CERRATO, I, DÍAZ VEIGA, P. (1998). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda*. Madrid: IMSERSO.

FRANCIA, A. y MATA, SÁIZ, J. (2002). *Dinámicas y técnicas de grupos*. Madrid: CCS.

GÓMEZ REDONDO, R (2006). *El envejecimiento de la población: aspectos demográficos*. Madrid: Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, UNED. Departamento de Sociología III (Tendencias Sociales). Investigación financiada por MICINN (SEJ 2006-10972).

IMSERSO. Recuperado el día 1 de diciembre de 2011 de: [http://www.inserso.es/inserso\\_01/envejecimiento\\_activo/cercadeti/index.htm](http://www.inserso.es/inserso_01/envejecimiento_activo/cercadeti/index.htm).

INSTITUTO GALEGO DE ESTADÍSTICA. Recuperado los días 13 y 14 de diciembre de 2011 de: [http://www.ige.eu/web/mostrar\\_actividade\\_estadistica](http://www.ige.eu/web/mostrar_actividade_estadistica).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Recuperado los días 13 y 14 de diciembre de 2011 de: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/codmun&file=inebase>

JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (2003). *Envejecimiento activo y participación*. Memorias y Ponencias. II Congreso de Personas Mayores de Castilla y León.

MARTINEZ RODRÍGUEZ, S. (2002). *Educación de personas mayores*. Madrid: UNED.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (1999). *Guía de programas de Personas Mayores*. Madrid: Secretaría General de Asuntos Sociales.

PUYOL ANTOLIN, R. (1997). *Dinámica de la población en España. Cambios demográficos en el último cuarto del siglo XX*. Madrid: Síntesis.

ROCHBERG-HALTON, E. (1984). *Object relations, role models, and cultivation on the self*. *Environment and behavior*, 16.

RUBIO HERRERA R. y otros (1999): *La escala "este", un indicador objetivo de soledad en la tercera edad*. *Geriatrika*. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología. 9/1999, Octubre. Vol. 15, año XV, pag.26-36

RUBIO HERRERA, R. (1981). *Dios y la energía psíquica*. Granada: Publicaciones Universidad de Granada.

RUBIO HERRERA, R. (2004). *La soledad en las personas mayores españolas*. Madrid: Inmsersomayores.csic.es

RUBIO HERRERA, R. Y Aleixandre Rico. M. (2001). *Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre estar solo y sentirse solo*. Volumen 11, nº.1. Enero-Marzo 2001. Revista Multidisciplinar de Gerontología. Nexus

RUBIO HERRERA, R. (2007). *La problemática de la soledad en los mayores*. Infad. Revista de Psicología, XIX, nº. 2, 2007

RUBIO HERRERA, R. (2009). *Variables relacionadas con los estilos de vida y su influencia en las actitudes frente al envejecimiento*. Revista Psicológica Herediana. Universidad Peruana, Cayetano Heredia. Lima. Perú. Volumen 2, nº. 1 Enero-Junio 2007.

SCHALOCK, R. L. y VERDUGO, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual de los profesionales de la educación. Salud y técnicas sociales*. Madrid: Alianza Editorial.

SENIORS ESPAÑOLES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA (2001). *Los mayores activos*. Madrid: Obra Social Caja Madrid.

YUSTE ROSEL NAZARIO (1998) 14, 2 *Los objetos personales favoritos en la adultez y senectud. Una aproximación empírica*. Revista Anales de Psicología.

AGRADECIMIENTOS



## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar nuestro reconocimiento a todas las personas mayores y muy mayores residentes en los 11 pueblos de Calvos de Randín y Baltar, por su participación en las actividades, su alegría, buen humor, y atenciones.

Al término de este trabajo queremos expresar nuestra gratitud a la Fundación Barrié por el apoyo no sólo económico, sino de sincero aliento, que ha hecho posible el proyecto y ha creído en todo momento en su potencialidad.

Gracias también a la Doctora Doña Ramona Rubio Herrera, que conciliando sus obligaciones en Granada nos ha ayudado a hacer realidad este proyecto desde la otra punta de España, y nos ha enseñado que se puede llegar a las etapas finales de la vida en las mejores condiciones posibles desde los puntos de vista funcional, mental y social.

Por su fe, y tenaz apoyo en el territorio, por su voluntad, sus ideales, y logros, nuestro agradecimiento a Don Miguel Blanco Grande, párroco del Valle del Salas.

Gracias también a las monitoras, Ana Lama, Ana Vázquez, Concepción Fidalgo, Florentina Fidalgo, Laura Garrido, Marga Ansias, Mercedes Méndez, Palmira González, Rosario Campos, y Soledad

*Fernández, artífices de la puesta en marcha de las actividades de envejecimiento activo.*

*Por su excelencia y formación profesional, por su inspiración y motivación, este proyecto le debe mucho a Don Ignacio Javier Bedoya Batres, que hasta el final del presente trabajo ha proporcionado un decisivo esfuerzo y apoyo. Gracias.*

*Y a todo el equipo de Cáritas Diocesana de Ourense, por haber dado fuerzas para la superación de dificultades, y haber disfrutado tanto o más las alegrías cuando llegaron.*



*Si logramos construir el futuro de manera compartida alcanzaremos niveles de trascendencia y desarrollo personal y social, superiores al promedio.*

