

ESTUDIOS DE I+D+I

Número 18

Activando el envejecimiento activo

Autor: Pérez Salanova, Mercè
Filiación: Univ. Autónoma de Barcelona
Contacto:
Convocatoria: 2002 y 2003

Para citar este documento:

PÉREZ SALANOVA, Mercè (2003). "Activando el envejecimiento activo". Madrid, IMERSO, *Estudios I+D+I*, nº 18. [Fecha de publicación: 06/05/2005].
<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-18.pdf>>

Resumen

Investiga las percepciones de las personas mayores y de los profesionales sobre el paradigma del Envejecimiento Activo (según lo plantea la OMS en el documento “Envejecimiento activo: un marco político”) para determinar cómo valoran dicho paradigma y la perspectiva de participación que plantean; e identificar qué pautas pueden facilitar su implantación.

Se empleó como metodología básica los Grupos de Discusión. Los participantes fueron, por un lado, profesionales con experiencia en los campos especificados, y por otro, personas mayores frágiles institucionalizadas, usuarias de servicios de apoyo, o pertenecientes a algún tipo de asociación. Se diseñaron 8 grupos (cuatro de profesionales y cuatro de personas mayores), ante las necesidades de la investigación se creó un grupo más de trabajadoras familiares y auxiliares de enfermería.

Todos los grupos de discusión valoraron de forma positiva el documento; sin embargo se observaron diferencias en cuanto a la perspectiva personas mayores autónomas-personas mayores frágiles, la amplitud o restricción de los entornos percibidos, o la preparación asociada al logro de un Envejecimiento Activo.

**Activando el Envejecimiento Activo
E-161 ENACTI
I+D+I 2003**

INFORME DE RESULTADOS

**Mercè Pérez Salanova
Universitat Autònoma de Barcelona**

Índice

1. Planteamiento general	3
2. Delimitación del objeto de estudio y objetivos	9
3. Metodología	11
4. Resultados	
1. ¿Cómo se posicionan los participantes de los Gd en relación a las formulaciones de Envejecimiento Activo?	22
2. Percepciones sobre la realidad actual	28
3. Implantación del Paradigma	36
5. Conclusiones	79
6. Bibliografía	83

1. Planteamiento general

Las transformaciones y los avances de la sociedad han permitido que las personas aumenten su esperanza de vida. Las preguntas, los temas, los problemas o las valoraciones que se formulan a partir del incremento de los años de vida son muy variadas y proceden de posiciones diversas: profesionales, políticos, investigadores, empresarios, líderes de opinión. Por su parte las personas mayores también plantean interrogantes y valoraciones, lo hacen en relación a la esfera familiar, como también lo hacen personas de otras edades y en relación a la esfera colectiva.

¿ Ello significa que el envejecimiento está integrado en nuestra sociedad?. Si atendemos a los contenidos del Plan de Acción Internacional aprobado en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid el año 2002, la respuesta es negativa. A pesar de los avances experimentados desde la anterior Asamblea Mundial celebrada en 1982 - avances referidos a los países desarrollados - la integración del envejecimiento es un tema pendiente. Por ello se formula en dicho Plan como uno de los ejes centrales en las acciones a desarrollar.

La integración del envejecimiento, o dicho de otra manera, la adaptación de las sociedades al envejecimiento de la población, no se circunscribe a la implantación de programas o medidas dirigidas a las personas mayores, ni tampoco a medidas destinadas a incrementar la natalidad facilitando que las personas tengan, si lo desean, un mayor número de hijos. La integración del envejecimiento en nuestras sociedades requiere, como punto de partida, admitir que vivimos en sociedades envejecidas globalmente, y a la vez situarnos en una perspectiva que incorpore el curso de la vida y las generaciones.

Asimismo pensar en términos de sociedades envejecidas permite ampliar la perspectiva incluyendo el conjunto de etapas vitales. Si la noción envejecimiento de la población remite fundamentalmente a los extremos de la pirámide demográfica, pensar en sociedades envejecidas facilita el recorrido por el curso vital de las personas que conviven en la sociedad. En este sentido nociones como madurez de masas o vejez de masas (Pérez Díaz, 2003), que definen el acceso de la mayoría de la población a etapas vitales que anteriormente sólo vivía una parte, permiten apreciar la perspectiva de las generaciones. Dicha perspectiva que hace hincapié en la evolución experimentada respecto la expectativa de vida ayuda a contextualizar el envejecimiento.

Mientras que la vejez como etapa vital no es una cuestión nueva, si lo es la vejez de masas como también lo es el envejecimiento de la población. Se trata de fenómenos para cuya comprensión es necesario conjugarlos con la noción de cambio: se originan a partir de cambios, tienen lugar en contextos cambiantes y son generadores de cambios, de ahí la complejidad en su comprensión como en las formas de enfrentarlos (Pérez Salanova, 2002).

En nuestras sociedades envejecidas confluyen cambios de tipo muy diverso. La transformación de las estructuras y dinámicas familiares, de la posición de la mujer,

como de las relaciones entre mujeres y hombres, de la organización del trabajo o de los medios para comunicarse son algunas de las modificaciones que permiten ilustrar el contexto cambiante en el que las personas envejecen.

Por otra parte, en las sociedades envejecidas emergen nuevos contenidos para las diferentes etapas vitales, se perfilan nuevos significados. El retraso en la emancipación de los jóvenes produce nuevos contenidos en la etapa inicial de la adultez del mismo modo que las jubilaciones anticipadas lo hacen en relación a la de adultez superior confiriéndole un contenido de “vejez prematura”, o generando una positivación de la vejez a través de su “rejuvenecimiento” (IMSERSO, 2002). Los nuevos significados no son homogéneos para todas las personas que tienen la misma edad cronológica, mientras que ésta es compartida, la variedad caracteriza las situaciones de las personas y la manera como enfrentan cada etapa, también la etapa de la vejez. Para las personas mayores se amplían los contenidos de esa etapa vital en ámbitos y esferas diversas.

¿En la actualidad las personas mayores cómo perciben la vejez?. Los resultados de la investigación dirigida por Santamarina (IMSERSO, 2002) ponen de manifiesto la evolución y diversidad, pero también se pone de manifiesto un corte. Es el corte que se establece entre las imágenes relativas a las personas mayores cuando éstas llevan una vida independiente y las imágenes que se perciben cuando las discapacidades condicionan la vida cotidiana. Dicho corte marca una frontera entre las denominaciones de ambos períodos: el primero es el envejecimiento, el segundo es la vejez. En el primer período se reconoce la variedad de las capacidades y contribuciones, mientras que en el segundo prevalece la homogeneidad, y desaparecen las aportaciones, las fortalezas. Sobre el primero se pueden proyectar valores positivos mientras que sobre el segundo se proyectan temores; ese periodo es percibido como una situación en la que las aspiraciones, los deseos y la capacidad de decidir no continúan formando parte de la vida.

Ese corte se evidenció también en los resultados de la investigación “Las asociaciones de personas mayores como constructores de nuevos enfoques del envejecimiento” - realizada en el marco de la convocatoria I+D / Envejecimiento 2002 -.

A la vejez y al envejecimiento de la población se le ha aplicado, y se le aplica con frecuencia, un enfoque en el que se subrayan las dificultades que genera actualmente para el desarrollo así como las que puede generar en el futuro. La Organización Mundial de la Salud en el documento “Envejecimiento Activo: un marco político” plantea un enfoque distinto en el que el envejecimiento se conjuga positivamente con el desarrollo social.

La OMS plantea un enfoque en el que identifica los desafíos que han de enfrentar las sociedades para integrar el envejecimiento y formula una serie de premisas para avanzar en esa dirección. La forja de un nuevo paradigma se establece como el desafío principal que enmarca el conjunto de retos. Se trata de “instaurar un nuevo paradigma que considere a las personas mayores participantes activas de una sociedad que integra el envejecimiento y que considere a dichas personas

contribuyentes activos y beneficiarios del desarrollo”. A la vez se hace hincapié en el reconocimiento de las contribuciones de las personas mayores que están enfermas, son frágiles y vulnerables, y en la defensa de sus derechos de asistencia y seguridad.

En sus formulaciones la OMS traza un enfoque en el que se entrecruza la perspectiva del curso de la vida con la de las personas que ahora son mayores, y en el que se incluyen tanto los sectores que tenemos en cuenta habitualmente –el sistema sanitario y los servicios sociales- como otros sectores cuya actuación es determinante al referirnos a la calidad de vida de las personas.

La noción participación es un eje central del paradigma Envejecimiento Activo. Por una parte la participación, conjuntamente con la salud y la seguridad es considerada uno de los pilares que enmarca el paradigma de Envejecimiento Activo, aplicando el carácter de principios básicos que estableció Naciones Unidas. Por otra, la participación es el significado que define el carácter activo de ese paradigma. Asimismo, la definición del paradigma se estructura en torno al componente participación.

Esa centralidad de la noción participación se corresponde con una variedad de contenidos y también de contextos en los que puede haber más o menos participación. La participación se concibe tanto para las personas mayores sin discapacidades como para las personas mayores frágiles.

A nuestro entender el paradigma propuesto por la OMS constituye un marco en el que los diferentes actores que enunciábamos al inicio – personas, mayores o no, profesionales, políticos, investigadores, empresarios, líderes de opinión- pueden encontrar un ángulo de encaje. Y por tanto una orientación para la acción.

Nuestro interés se centra en los profesionales y las personas mayores. Unos y otros son actores principales del terreno en los diversos escenarios de la vida cotidiana. Unos y otros actúan, a la vez que observan cómo se promueven o se inhiben las capacidades de las personas mayores con autonomía funcional plena o limitada. A nuestro entender resulta pertinente abordar ambas situaciones por dos motivos. El primer motivo es que ese abordaje es coherente con el enfoque formulado por la OMS. El segundo es que dicho abordaje puede facilitar la comprensión del corte que se produce entre una valoración incluyente o excluyente de la vejez, tal y como señalábamos al referirnos a los resultados de la investigación acerca de las percepciones sociales sobre las personas mayores.

El enfoque de EA vertebrado en torno a la participación ofrece un marco abierto a profesionales y personas mayores que les permite pluralizarla. Pluralizarla a través de contenidos diversos, de marcos variados y de personas en situaciones diversas. Esta pluralización es necesaria para favorecer que las capacidades de las personas puedan concretarse, visualizarse y valorarse.

En nuestro entorno no es habitual concebir la participación como un continuum, y por tanto, es difícil visualizarla en las situaciones de fragilidad. Un enfoque

participativo, orientado en una perspectiva de empowerment, de apoderamiento de las personas mayores sobre el control de sus vidas, conduce a reconocer las fortalezas de las personas, y también sus derechos a decidir, a ejercer su autonomía.

A menudo la participación de las personas mayores se asimila a la actividad en entidades específicas, en asociaciones específicas. Esa visión restringida de la participación deviene un obstáculo en dos direcciones: dificulta que las actuaciones y aportaciones de personas mayores en otro tipo de asociaciones sea visualizado como una contribución de personas mayores; y reduce la percepción de oportunidades de participación e implicación para otras personas mayores.

En el marco de las asociaciones de personas mayores, la participación suele vincularse con la actuación, con la actividad que realizan las personas mayores sin limitaciones en su autonomía funcional; en el imaginario colectivo las personas mayores frágiles no participan. Las asociaciones de personas mayores no han incorporado, hasta el momento, el proceso de fragilización de los socios y socias en su esquema de actividad. Esta característica se evidenció en los resultados de la investigación “Las asociaciones de personas mayores como actores en la construcción de nuevos enfoques del envejecimiento” mencionada anteriormente. Los responsables de las asociaciones compartían el interés por aumentar la cifra de personas mayores implicadas o de personas mayores asociadas, pero en ambos casos se trataba de personas saludables, activas, sin discapacidades.

Estas prácticas no son ajenas a la orientación que se aplica a los programas dirigidos a las personas mayores. Habitualmente dichos programas se organizan en dos segmentos, segmentos que se delimitan a partir de los niveles de autonomía funcional. Por una parte, las actuaciones de promoción, y por otra las de asistencia. Las iniciativas que incorporan la noción participación forman parte de las primeras, mientras que raramente aparecen en las segundas, es decir en las actuaciones dirigidas a las personas mayores frágiles.

Este conjunto de situaciones pone de manifiesto una tarea pendiente: la necesidad de avanzar en esquemas y prácticas que incorporen una perspectiva de la participación en la que las personas mayores frágiles tengan un lugar. No se trata de indiferenciar las situaciones, ni de obviar el impacto de las discapacidades, se trata de preguntarse ¿cómo podemos hacer para que las fortalezas de las personas mayores se reconozcan, también en las situaciones de fragilidad?.

La pluralización de la participación también concierne a los profesionales, y en primer término a lo que trabajan en el ámbito gerontológico.

Es evidente que la orientación de los programas que desarrolla una organización, pública o privada, no depende exclusivamente de los criterios que sustentan los profesionales que trabajan en ella. Ello no es óbice para que los profesionales se interroguen acerca de sus prácticas, y analicen si éstas incorporan un enfoque

participativo que estimule y refuerce las capacidades de las personas mayores. O por el contrario, si la actividad profesional se formula y se evalúa excluyendo esa perspectiva. Los efectos de una u otra orientación se traducen finalmente en prácticas profesionales que promueven la autonomía o favorecen la dependencia.



2. Delimitación del objeto de estudio y objetivos

Esta investigación se centra en las percepciones de las personas mayores y de los profesionales sobre el paradigma del Envejecimiento Activo formulado por la OMS con una doble finalidad: explorar cómo valoran dicho paradigma y la perspectiva de participación que plantean e identificar qué pautas pueden facilitar su implantación.

La elección de actores en ambos casos se basa en el interés por explorar cómo se visualiza el paradigma del envejecimiento activo desde marcos de trabajo variados, que se plasman en la selección de los profesionales, y en situaciones vitales diversas relativas a la autonomía y a la fragilidad. Entre las personas mayores con autonomía funcional se opta por personas implicadas en marcos asociativos, al considerarse que dicho aspecto es relevante. Asimismo, la incorporación de persona mayores frágiles incorpora otra dimensión, explorar la funcionalidad que ofrecen los grupos de discusión como marco de participación.

En la presente investigación nos formulamos dos grupos de preguntas. El primer grupo concierne al enfoque global planteado por la Organización Mundial de la Salud y el segundo se refiere a la participación.

En el primer grupo de preguntas nos planteamos interrogantes acerca del posicionamiento de los actores, personas mayores y profesionales. El enfoque del Envejecimiento Activo ¿se considera positivo?, ¿despierta interés?, ¿entre los temas que trata hay cuestiones que se consideran de mayor importancia, de mayor calado?, ¿se valora como una perspectiva que puede aplicarse en nuestro entorno?, y si es así ¿cuáles son los condicionantes a considerar?

En el segundo grupo de preguntas nos centramos en la participación desde la perspectiva de capacitación y nos planteamos cómo es percibida por los actores. ¿Qué componentes se identifican, y en qué contextos se sitúan?, ¿se advierten lógicas de capacitación y de discapacitación?, ¿cuáles son los condicionantes?, ¿qué actores se consideran?, ¿se formulan estrategias o actuaciones que plasman la perspectiva de capacitación?

A través de estas preguntas se abordan los objetivos de la investigación.

Objetivos

1. Analizar las percepciones de profesionales y de personas mayores sobre el paradigma de Envejecimiento Activo.
2. Explorar las premisas y los criterios que se consideran más relevantes del paradigma de Envejecimiento Activo.
3. Explorar como se percibe en la actualidad la perspectiva de capacitación formulada en el paradigma de Envejecimiento Activo.

4. Explorar los condicionantes, así como los criterios y estrategias que se identifican para promover el desarrollo del paradigma de Envejecimiento Activo.
5. Explorar la metodología de los grupos de discusión como modalidad de participación con personas mayores frágiles.



3. Metodología

En este capítulo se presenta el proceso de trabajo efectuado y la metodología utilizada para la realización de la investigación.

La investigación, de carácter cualitativo, ha empleado como metodología básica los Grupos de Discusión (GD), que constituyen un instrumento adecuado para explorar tanto las percepciones de los profesionales como las percepciones de las personas mayores.

El proceso de trabajo

El proceso de trabajo se ha organizado en tres fases:

- Fase 1: De organización
- Fase 2: De realización
- Fase 3: De análisis

En cada fase se detallan las actuaciones realizadas y los procedimientos empleados. Este proceso se ha llevado a cabo desde las coordenadas temporales determinadas por la de la convocatoria y el acuerdo de convenio, consecuentemente realización del proyecto se inicia el mes de septiembre y finaliza en diciembre de 2003.

Fase 1: De organización

1.1. Captación de los participantes

Para captar a los participantes de los GD se realizó una búsqueda a través de profesionales con experiencia en los campos especificados. A los profesionales se les informó de los objetivos y metodología, se les indicó los segmentos y las características complementarias para facilitar la búsqueda de los participantes.

1.2. Selección de los participantes

Del conjunto de personas sugeridas, se estableció la selección de acuerdo a los siguientes criterios:

Profesionales

- entornos asistenciales / no asistenciales,
- en marcos o dispositivos específicos de personas mayores / no específicos.

Personas mayores

- personas mayores frágiles que viven en marcos residenciales / personas mayores frágiles que utilizan servicios de apoyo y no viven en marcos residenciales.

- práctica asociativa en asociaciones de personas mayores – específicas – / práctica asociativa en asociaciones no específicas de personas mayores – inespecíficas –.

En todos los grupos de discusión se primó la diversidad de perfiles con el objetivo de disponer de la mayor variedad de experiencias posibles. Finalmente, se seleccionaron y convocaron 71 personas de las cuales asistieron 54. Cabe señalar que todas las personas que no pudieron asistir nos lo comunicaron exponiendo los motivos que les impidieron asistir.

1.3. Diseño y composición de los GD

Inicialmente se diseñaron 8 grupos de discusión, 4 compuestos por profesionales y 4 compuestos por personas mayores. La segmentación realizada y la composición es la siguiente:

Profesionales:

- Un primer grupo compuesto por profesionales que trabajan en el campo asistencial y en marcos o dispositivos específicos de personas mayores (GD1).

Los participantes en este GD son los siguientes: una auxiliar de geriatría de un centro residencial, una trabajadora social coordinadora de programas de atención social, una terapeuta ocupacional de un centro residencial, una fisioterapeuta de un centro residencial, una enfermera de una UFISS de geriatría, una médico de un centro residencial y un psicólogo de un centro de día.

En relación a la variable género: de un total de 7 participantes, 6 personas eran mujeres y 1 era hombre.

- Un segundo grupo compuesto por profesionales que no trabajan en el campo asistencial, y lo hacen, en distintos marcos, con personas mayores (GD2).

Los participantes en este GD son los siguientes: un abogado, un psicólogo responsable de programas de dinamización de asociaciones, una psicóloga coordinadora de programas de formación universitaria intergeneracional, un profesor de una escuela de adultos que trabaja habitualmente con personas mayores, una animadora socio-cultural en ámbitos asociativos, una bailarina especialista en expresión corporal que trabaja como monitora en programas de actividad física y un arquitecto especializado en el diseño de equipamientos gerontológicos.

En relación a la variable género: de un total de 7 participantes, 4 eran mujeres y 3 eran hombres.

- Un tercer grupo compuesto por profesionales que trabajan en el campo asistencial en marcos o dispositivos no específicos de personas mayores (GD3).

Los participantes en este GD son los siguientes: un psicólogo clínico, una enfermera de Atención Primaria de Salud, una enfermera del servicio de Atención al Usuario de un hospital de agudos, un médico de hospitalización a domicilio, una trabajadora social de Atención Social Primaria y un médico del servicio sanitario de urgencias.

En relación a la variable género: de un total de 6 participantes, 3 eran mujeres y 3 eran hombres.

- Un cuarto grupo de profesionales que no trabajaba en el campo asistencial ni con personas mayores (GD4).

Los participantes en este GD son los siguientes: un bombero que trabaja en programas de prevención, un arquitecto, una profesora que trabaja en programas de formación de maestros, un profesor de programas de alta dirección, y experto en la gestión de servicios públicos, una monitora de actividad física, una trabajadora de banca, un periodista.

En relación a la variable género: de un total de 7 participantes, 4 eran mujeres y 3 hombres.

Personas mayores:

- Un primer grupo formado por personas mayores que participan en el marco asociativo no específico para personas mayores (GD5).

Los participantes en este GD son los siguientes: un participante miembro de una entidad de tiempo libre, un participante miembro de una ONG para el desarrollo, un participante miembro de una ONG internacional, un participante miembro de una entidad dedicada a la difusión de las culturas, un participante de una asociación que promueve debates de carácter político – social, un participante voluntario de una importante ONG de atención social y una participante de una Asociación de Vecinos.

En relación a la variable género: de un total de 7 participantes, 2 eran mujeres y 5 eran hombres.

- Un segundo grupo formado por personas mayores frágiles que viven en su domicilio y necesitan ayudas para el desarrollo de su vida diaria (GD6).

Los participantes en este GD son los siguientes: dos personas mayores de 83 y 79 años que reciben atención en el domicilio y dos personas de 84 y 87 años que además de recibir atención en su casa asisten a un centro de día.

En relación a la variable género: todas las participantes eran mujeres.

- Un tercer grupo formado por personas mayores frágiles que viven en un centro residencial (GD7).

Los participantes en este GD son los siguientes: un hombre de 86 años que vive en una residencia pública de gran tamaño, 4 mujeres de 79, 89, 75 y 88 años que viven en una residencia privada, un hombre de 68 años que vive en una residencia pública y una mujer de 87 años que vive en una residencia pública de gran tamaño.

En relación a la variable género: de un total de 7 participantes, 5 eran mujeres y 2 eran hombres.

- Un cuarto grupo formado por personas mayores que participan en el marco asociativo específico para personas mayores (GD8).

Los participantes en este GD son los siguientes: un participante miembro de un Casal que también participa en una comisión de Distrito de personas mayores, una participante de un aula cultural para personas mayores, un participante del casal de personas mayores de su municipio, un participante de un casal de barrio, un participante de una asociación de voluntarios mayores que realizan actividades de formación autoorganizadas y un participante de una entidad cívica relacionada con las asociaciones de vecinos y que desarrolla actuaciones de carácter cívico.

En relación a la variable género: de un total de 6 participantes, 1 era mujer y 5 eran hombres.

Una vez realizados los 8 grupos de discusión se creyó necesaria la realización de un noveno grupo que permitiera explorar las percepciones de las personas que trabajan en entornos asistenciales en posiciones de primera línea con las personas mayores, con este fin se realizó un grupo en el que participaron exclusivamente trabajadoras familiares y auxiliares de enfermería (GD9).

Los participantes en este GD son los siguientes: una auxiliar de enfermería de un centro de día que combina plazas privadas y plazas concertadas, una auxiliar de enfermería de un centro hospitalario que trabaja en el servicio de medicina interna, una trabajadora familiar de una empresa privada de servicios de atención domiciliaria y una trabajadora familiar que trabaja en una cooperativa que presta servicios públicos y privados.

En relación a la variable género: todas las participantes eran mujeres.

1.4. Gestión de la convocatoria de los GD a las sesiones de discusión

Para convocar a los participantes primero se contactó telefónicamente para confirmar su interés y la posibilidad de asistir a la sesión, en caso afirmativo, y posteriormente se les envió por correo electrónico o correo ordinario la información necesaria para participar.

La información consistía en una invitación para asistir a la sesión cursada por la Dirección de Participación del Ayuntamiento de Barcelona, una nota informativa sobre la investigación cursada por la coordinadora del proyecto, y un resumen del documento de la OMS “Envejecimiento activo: un marco político”. Asimismo se facilitaba un contacto (nombre de una persona del equipo de investigación, teléfono y/o dirección de correo electrónico) para realizar consultas o comunicar cualquier contratiempo que pudiera surgir.

En el caso de los grupos formados por personas mayores frágiles se gestionó la convocatoria a través de profesionales que tenían contacto directo, así como el transporte (taxi) y una persona voluntaria de Cruz Roja para acompañar a los participantes en los desplazamientos.

1.5. Elaboración de los Documentos de trabajo para las sesiones

Inicialmente se analizó el documento “Envejecimiento activo: un marco político” publicado por la OMS para establecer criterios y seleccionar la información. Asimismo se consultaron páginas web y publicaciones sobre envejecimiento activo para analizar el tipo de información aportada. Se identificaron tres formas de organizar la información: como noticia, selección de algunas cuestiones o reproducción completa del documento.

Paralelamente se consultó la información disponible tanto a personas mayores como a profesionales. Para poder hacer la consulta con profesiones de otros países se tradujo y envió el borrador inicial del estudio en inglés (ver anexo 1). De las consultas realizadas se pudo advertir dos aspectos: el primero, que se desconocía el documento como tal aunque algunas nociones sí que se conocían, segundo, que la extensión del documento era percibida como una dificultad.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores y la composición de los grupos se optó por elaborar dos versiones del documento:

Versión A

Esta versión consta de un resumen y una lista de 20 ideas clave que identifican de forma sintética el documento.

Para la elaboración de este documento de trabajo se contó con la colaboración de la OMS que nos facilitó un resumen en inglés del documento “Envejecimiento activo: un marco político” elaborado por I. Hoskins. Al mismo tiempo el equipo de investigación también realizó un resumen del mismo documento y tradujo al castellano el documento facilitado por la OMS.

El Documento de trabajo resultante contiene a modo de resumen los elementos considerados más relevantes de ambos textos, más las 20 ideas clave antes mencionadas. La extensión total del documento resultante es de 8 páginas (ver anexo 2).

Esta versión fue utilizada para todos los grupos de profesionales y para los grupos de personas mayores miembros de asociaciones.

Versión B

Esta versión consta de: una breve presentación de la iniciativa de la OMOS; tres preguntas-respuesta sobre los conceptos básicos; y una breve explicación de 4 temas del documento, con una extensión total de 2,5 páginas (ver anexo 3).

Esta versión fue elaborada para los grupos de personas mayores frágiles con el objetivo de facilitar la comprensión y la participación en la sesión.

Tales documentos fueron elaborados con un doble objetivo: servir de base para las sesiones de los grupos de discusión con los participantes y difundir el concepto de envejecimiento activo entre los participantes y su entorno. Dado que se solicitaba a los participantes que antes de asistir a las sesiones leyeran y comentaran con su entorno profesional o asociativo el documento propuesto.

Fase 2: De realización

2.1. Realización de los GD

Los GD se realizaron los días siguientes:

- GD1 día 4 de noviembre de 2003
- GD2 día 5 de noviembre de 2003
- GD3 día 6 de noviembre de 2003
- GD4 día 11 de noviembre de 2003
- GD5 día 12 de noviembre de 2003
- GD6 día 13 de noviembre de 2003
- GD7 día 18 de noviembre de 2003
- GD8 día 19 de noviembre de 2003
- GD9 día 11 de diciembre de 2003

Las sesiones se realizaron en la sede de los Servicios Personas del Ayuntamiento de Barcelona (Avd. Diagonal 233).

La sala en la que se realizaron las sesiones disponía de buena iluminación, sin ruidos y era confortable. La sala era amplia con una mesa central y sillas alrededor en las que se podían sentar cómodamente todos los participantes. La sala disponía de servicios contiguos.

Las sesiones se registraron en grabación de video y audio. Fueron conducidas por la responsable del proyecto, la investigadora contratada en el marco del proyecto realizó la función de observador. Las sesiones tuvieron una duración de 2:30 horas cada una de ellas. Durante las sesiones no se produjo ninguna interferencia.

2.2. Guiones de discusión

Cada sesión se estructuró en dos partes. La primera parte tenía una finalidad introductoria, y la segunda, se centraba en los temas de discusión.

Dadas las características de los grupos se realizaron dos guiones de discusión:

Guión de discusión A

Este guión fue empleado para los GD profesionales y para los GD personas mayores participantes de una asociación.

El guión es el siguiente:

Primera parte: Presentación

- a. Agradecimiento.
- b. Presentación del equipo investigador (coordinadora y técnica de investigación).
- c. Presentación del proyecto de investigación, marco de la convocatoria del proyecto, características de la sesión y la finalidad de disponer de la grabación de la sesión.
- d. Información de las entidades colaboradoras: Ayuntamiento de Barcelona, Cruz Roja Española, Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- e. Objetivos de la investigación.
- f. Presentación de los participantes asistentes.

Segunda parte: Discusión

- a. Identificar cuáles son los dos o tres temas más importantes, positivos o de mayor interés.
- b. Relacionar el Documento – resumen con el entorno personal o profesional.
- c. Para la aplicación del enfoque de Envejecimiento Activo qué Ideas Clave son más importantes y necesarias. Priorización.
- d. Iniciativas que pueden facilitar la aplicación de las Ideas Clave seleccionadas.
- e. En relación a los aspectos comentados, a quién se tendría que convencer y que argumentos serían adecuados.

Tercera parte: Cierre de la sesión

- a. Compromiso de realizar una devolución a los participantes con los resultados de la investigación
- b. Información de los grupos participantes programados.

Guión de discusión B

Este guión fue empleado para los GD de personas mayores frágiles con el objetivo de facilitar la comprensión y la participación en la sesión.

El guión es el siguiente:

Primera parte: Presentación

(ver guión de discusión A)

Segunda parte: Discusión

- a. Explicación de un día cotidiano.
- b. Elementos que aportan calidad de vida.
- c. Opinar sobre:
 1. El concepto de Envejecimiento Activo de la OMS.
 2. Las personas mayores y su contribución a la sociedad.
 3. Implicación de las personas mayores en la planificación, la aplicación y la evaluación de servicios.
- d. Opinar sobre los servicios que utilizan o han utilizado. Mejoras que se pueden aplicar para que sean más satisfactorios.

Tercera parte: Cierre de la sesión

- a. Compromiso de realizar una devolución a los participantes con los resultados de la investigación
- b. Información de los grupos participantes programados.

2.3. Procedimientos

La presentación de los puntos de discusión se realizó de forma verbal, y algunas cuestiones además fueron facilitadas en soporte papel. Consecuentemente los participantes realizaron sus aportaciones de dos maneras: verbal y escrita. Algunas aportaciones verbales se recogieron en el papelógrafo.

2.4. Transcripción de los GD

Las transcripciones completas fueron realizadas por una empresa contratada.

2.5. Análisis y validación de los datos obtenidos

Se procedió a la lectura de las transcripciones y la identificación de patrones de respuesta por parte de cada miembro del equipo investigador, posteriormente se realizó la sistematización y categorización de los contenidos..

Fase 3: De análisis

La tercera fase consta de:

- Informe de investigación
- Memoria justificativa

4.Resultados

4.1. ¿Cómo se posicionan los participantes de los Gd en relación a las formulaciones de EA?

En este apartado se analiza cuál es el posicionamiento inicial de los participantes respecto al documento, así como las convergencias y divergencias entre grupos.

La presentación se estructura en los siguientes apartados:

- 1.1. La percepción del Paradigma.
- 1.2. Las ideas o enfoques que han suscitado mayor interés.

4.1.1. La percepción del Paradigma

La observación inicial es que existe consenso entre los grupos respecto a la Percepción del Paradigma. Todos ellos, sin diferencias, manifiestan un alto grado de acuerdo con la concepción de Envejecimiento Activo que presenta la OMS.

El documento enviado ha despertado el interés de los participantes; una muestra de ese interés es que todos ellos asistieron a la sesión de discusión con el documento subrayado y con anotaciones, a excepción de las personas mayores frágiles, aunque la mayoría de ellas comentaron y discutieron el documento con otras personas mayores y/ o con profesionales del centro residencial, del centro de día o de los servicios domiciliarios.

Los participantes describen el documento como:

- Positivo. Se cree necesario que se reflexione sobre el envejecimiento a todos los niveles y a todas las edades, y no solamente cuando una persona llega a la vejez. El documento ofrece esta visión transversal del envejecimiento.
- Actual y futuro. Aunque los participantes reconocen que se están llevando a cabo algunas actuaciones relacionadas con el envejecimiento activo, la opinión más extendida es que todavía estamos al principio de un largo camino. El cambio de paradigma es entendido como un cambio de mentalidad por ello se subraya que será un proceso lento, que supondrá la lucha por el cambio de algunas generaciones, y se beneficiaran de ello las personas mayores del futuro.
- De difícil aplicación: el arraigo y expansión del Paradigma se concibe en una perspectiva de proceso, es decir, su implantación no se visualiza de forma absoluta, completa en un momento determinado. En este sentido los GD no idealizan.
- Interesante y ambicioso. La formulación incluye los temas y problemas que los grupos consideran relevantes; a la vez se destaca la amplitud temática y la dimensión multisectorial.

El tema más destacado del documento, independientemente del grupo de discusión, es el relativo a la imagen. La necesidad de cambiar la imagen que tiene la sociedad de las personas mayores y de transmitir una imagen positiva y activa es compartida por todos los GD.

El principal agente de cambio identificado para llevar a cabo esa transformación es la Administración, entendida en sentido amplio. Los participantes hablan de la Administración como una institución que no facilita y no utiliza los instrumentos que están a su abasto para impulsar y aplicar esa concepción. Los discursos apuntan que no hay voluntad política o que los políticos desconocen, o no quieren conocer, las problemáticas que se plantean en la vejez y por ello no planifican o no se atreven a planificar políticas en este sentido. Complementariamente, las mismas personas mayores comentan que no todo lo tiene que hacer la Administración, y que las propias personas mayores pueden trabajar mucho en este sentido.

Una diferencia entre los grupos de discusión de profesionales y los de personas mayores es la diversa intensidad en sus referencias a su posición en el entorno. Ese tipo de referencia se formula desde el inicio y tiene mayor intensidad entre los grupos de profesionales que relacionan el documento con su propia situación en el entorno laboral, profesional; lo hacen introduciendo, en ocasiones, referencias muy concretas a su experiencia y, también a sus expectativas y deseos en relación con su propio envejecimiento. Por su parte, las personas mayores introducen la referencia a sus entornos y experiencias individuales, una vez avanzada la discusión.

4.1.2. Ideas o enfoques que han suscitado mayor interés

Las aportaciones de los participantes han sido sistematizadas y asociadas a las veinte ideas clave que se adjuntaban al final del documento con el fin de permitir su análisis en términos del interés que han generado.

A continuación se presenta, en porcentajes, el grado de consenso dentro de cada grupo en relación a las ideas clave excepto en los GD6 y 7.

TEMAS/ IDEAS/ ENFOQUES MÁS IMPORTANTES	G D1	G D2	G D3	G D4	G D5	G D8	G D9	total
1. Un acercamiento al fenómeno del envejecimiento que tenga en cuenta el ciclo vital, que reconozca que las personas mayores no son un grupo homogéneo y que la diversidad entre las personas tiende a aumentar con la edad. Las intervenciones que creen ambientes de ayuda y que fomenten opciones saludables son importantes a todas las etapas de la vida.	0 %	0 %	0 %	14 %	14 %	0 %	0 %	5 %
2. El envejecimiento tiene lugar en el contexto social de relaciones con los otros. Por este motivo, la interdependencia y la solidaridad intergeneracional (dar y recibir recíprocamente entre individuos, así como entre generaciones de viejos y jóvenes) son principios importantes del Envejecimiento Activo.	0 %	14 %	17 %	14 %	0 %	0 %	0 %	7 %
3. El planteamiento del Envejecimiento Activo sustituye un planteamiento de la planificación estratégica basada en las necesidades (que contempla a las personas mayores como objetos pasivos) por otro basado en los derechos de igualdad de oportunidades y de trato a medida que se envejece. Y da apoyo a su responsabilidad para ejercer la participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria.	29 %	0 %	33 %	71 %	29 %	33 %	0 %	30 %
4. Las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que constituyen una contribución importante a la estructura de nuestras sociedades.	14 %	0 %	33 %	14 %	14 %	17 %	0 %	14 %

5. Las políticas y los programas de envejecimiento activo reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (el cuidado de la propia salud), los entornos adecuados y la solidaridad intergeneracional. Se requiere también entornos favorables que hagan que las decisiones saludables sean decisiones fáciles.	0 %	29 %	17 %	14 %	14 %	67 %	0 %	20 %
6. Los modelos actuales de prestación de servicios sanitarios no son adecuados para afrontar las necesidades sanitarias de las poblaciones que envejecen rápidamente.	71 %	43 %	0 %	43 %	29 %	50 %	50 %	43 %
7. Uno de los mitos erróneos sobre el envejecimiento es que a la vejez ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable.	14 %	14 %	17 %	0 %	29 %	17 %	0 %	14 %
8. La inmensa mayoría de las caídas y lesiones pueden prevenirse. A pesar de esto, la consideración tradicional de las lesiones como accidentes ha ocasionado el histórico abandono de este ámbito en la salud pública.	14 %	0 %	67 %	0 %	14 %	0 %	33 %	18 %
9. Respecto a las discapacidades y el entorno, una manera útil de considerar la toma de decisiones en esta área es pensar en la capacitación en lugar de la discapacitación. Los procesos de capacitación restablecen la función y extienden la participación de las personas mayores al conjunto de la sociedad.	0 %	14 %	0 %	14 %	14 %	0 %	33 %	11 %
10. Los cuidadores familiares necesitan estar bien informados sobre la condición a la que se enfrentan, su probable evolución y como obtener los servicios de asistencia disponibles.	14 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	17 %	5 %

11. Los cuidadores profesionales necesitan también formación y práctica sobre modelos de asistencia que pongan de relieve la fortaleza de la persona mayor asistida, que reconozcan sus puntos fuertes y que potencien el mantenimiento de cotas de independencia, aunque sean pequeñas, incluso cuando están enfermos o en situación de fragilidad. Actitudes irrespetuosas o paternalistas pueden producir efectos devastadores en la autonomía de las personas mayores.	29 %	29 %	0 %	14 %	0 %	0 %	17 %	14 %
12. En todas las culturas los consumidores necesitan ser completamente informados sobre los productos antienviejimiento.	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
13. Un cambio de actitud en los proveedores de servicios es de vital importancia a fin de asegurar que sus prácticas posibiliten y capaciten a las personas a ser lo más autónomos e independientes durante el mayor tiempo posible.	0 %	0 %	0 %	29 %	0 %	0 %	0 %	5 %
14. El nuevo paradigma de Envejecimiento Activo desafía la perspectiva tradicional de que el aprendizaje es un asunto de niños y jóvenes, el trabajo de adultos y la jubilación un problema de la vejez.	0 %	43 %	17 %	0 %	14 %	0 %	0 %	11 %
15. Las personas mayores y sus cuidadores necesitan involucrarse activamente en la planificación, la aplicación y la evaluación de políticas, programas y actividades de desarrollo del conocimiento relacionadas con el Envejecimiento Activo.	0 %	0 %	17 %	0 %	0 %	0 %	17 %	5 %
16. Para conseguir el objetivo de Envejecimiento Activo se necesitan medidas en diversos sectores, además del sector sanitario y del sector social, como la educación, el trabajo, la economía, la seguridad social, la vivienda, el transporte, la justicia, y el desarrollo rural y urbano.	0 %	14 %	50 %	43 %	14 %	33 %	0 %	23 %
17. El aprendizaje intergeneracional salva las diferencias de edad, mejora la transmisión de los valores culturales y fomenta la valúa de todas las edades.	0 %	0 %	0 %	14 %	0 %	0 %	0 %	2 %

18.El liderato. Implicar a las personas mayores en la planificación, aplicación y evaluación de los programas locales de ocio y servicio social y asistencia sanitaria.	0 %	14 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %
19.Una imagen positiva del envejecimiento. Trabajar con grupos que representen a las personas mayores y los medios de comunicación para que proporcionen imágenes realistas y positivas del Envejecimiento Activo, así como información educativa sobre Envejecimiento Activo.	0 %	14 %	33 %	0 %	0 %	0 %	17 %	9 %
20.La auto-eficacia, que es la creencia de que las personas tienen capacidad para ejercer el control de sus vidas, está vinculada a las decisiones de conducta personal a medida que se envejece.	29 %	14 %	0 %	0 %	29 %	0 %	0 %	11 %

En los comentarios que acompañan a la selección, todos los grupos mantienen el acuerdo inicial que suscribía la necesidad de un cambio de mentalidad por parte de la sociedad, siendo los grupos de profesionales los que indican con mayor intensidad el papel de los medios de comunicación para conseguir un cambio de mentalidad.

Los profesionales centran sus intervenciones en conceptos como los sistemas sanitarios y sociales, la prevención de las discapacidades, la formación de profesionales y cuidadores informales, el entorno como capacitador o inhibidor, y la seguridad y la protección.

La mayoría de los grupos, a excepción de los compuestos por profesionales del segmento asistencial específico, subrayan la necesidad de la intervención de los diferentes sectores de la sociedad, como el sistema educativo, el laboral, el económico, etc.

El sistema sanitario es percibido por la mayoría de los grupos como el principal servicio público necesario para la vida de los ciudadanos, y especialmente para las personas mayores. Sobre el sistema sanitario se destaca la necesidad de coordinación con los diferentes niveles (atención primaria y hospitalaria, médicos especialistas y de cabecera, etc.) y de integración con el sistema social.

Los profesionales que trabajan en un entorno asistencial se centran en la necesidad de cambio en múltiples aspectos que necesita su marco laboral sin percibir la necesidad de intervención de otros sectores.

Si consideramos las aportaciones de los grupos de discusión compuestos por profesionales del segmento asistencial específico (GD1 y GD9) se observa que centran su elección en cuestiones como l'auto-eficacia, la ética, la formación, y la coordinación e integración de los servicios sanitarios y sociales.

Todos ellas son nociones para las que se apunta la necesidad de cambio.

A medida que los grupos de discusión formados por profesionales se “alejan profesionalmente” de las personas mayores (mayor incidencia en el GD4) expresan con mayor intensidad que la sociedad considera a las personas mayores como una carga, dependientes, pasivas, etc. Este aspecto es compartido por el grupo de personas mayores frágiles que viven en su domicilio.

Así mismo es el GD4 formado por profesionales del segmento no asistencial inespecífico, el que muestra mayor preocupación por las políticas del mercado laboral en relación al envejecimiento.

Los grupos compuestos por personas mayores se refieren con mayor intensidad a aspectos, en algunos casos criterios de carácter preventivo. Entre ellos se destacan los siguientes:

- la vejez todavía se puede adoptar un estilo de vida saludable, suscrito también por las personas mayores frágiles,
- la necesidad de un equilibrio entre el cuidado de la propia salud, el sector informal y el formal,
- influencia de los factores psicológicos,
- la importancia de garantizar los derechos de todas las personas,
- la preocupación por los costes de la vejez.

La principal diferencia entre los profesionales y las personas mayores es que, los profesionales centran más su discurso en recursos externos, y las personas mayores en sus propias capacidades y habilidades, o dicho de otra manera, en las personas mayores como recursos. Así pues los profesionales centran su atención en los sistemas de cuidados, y las personas mayores en aquellas cuestiones que hemos agrupado entorno a la concepción de la vejez.

4.2. Percepciones sobre la realidad actual

Una vez expuestos los posicionamientos de los diferentes GD, a continuación se presentan las percepciones de los participantes sobre la situación actual en relación al enfoque Envejecimiento Activo formulado por la OMS.

A través de esas percepciones se puede observar qué aspectos se singularizan al esbozar la situación actual. Los procesos de interlocución identifican obstáculos, facilidades y oportunidades, y aportan explicaciones para comprenderlos también, en algunos casos, introducen vías para abordarlos. De este modo podemos apreciar cómo se esbozan los desafíos que comporta el paradigma del Envejecimiento Activo.

De acuerdo con el objeto de estudio de esta investigación, los procesos de interlocución son analizados desde la perspectiva de la capacitación.

La presentación se estructura en 3 apartados:

- 1) ¿Cómo se perciben los procesos de capacitación – discapacitación?
- 2) ¿Los sistemas formales de cuidado facilitan u obstaculizan la capacitación?
- 3) ¿Las familias facilitan u obstaculizan la capacitación?

En cada apartado se indican las conexiones y especificidades observadas entre los GD y posteriormente se abordan los componentes discursivos más relevantes.

4.2.1. ¿Cómo se perciben los procesos de capacitación – discapacitación?

En todos los GD se observa la importancia de las nociones capacidad y autonomía. Tanto los profesionales como las personas mayores subrayan la centralidad de esos significados en el paradigma del envejecimiento activo. Metafóricamente/gráficamente la capacitación se configura como una espiral que se expande enlazando situaciones, niveles y actores diversos.

De modos diversos, los Gd emplean una perspectiva procesal que se enmarca en dos líneas/coordenadas. Por una parte, se reconoce una evolución positiva en los servicios, en los perfiles de las personas mayores, en las preocupaciones de los profesionales. Por otra, a la vez que los avances se advierten los frenos, las inercias, las contradicciones.

La presentación se estructura en dos ejes de análisis, en cada uno de ellos se identifican los temas que vertebran los discursos siguiendo el esquema siguiente:

4.2.1.1. Eje de análisis: ¿Lógicas de capacitación o de discapacitación?

- a) La vida cotidiana y los procesos de capacitación – discapacitación.
- b) Las personas mayores, los profesionales y los procesos de capacitación – discapacitación.

4.2.1.2. Eje de análisis: ¿En qué entornos y situaciones se perciben los procesos de capacitación – discapacitación?

- a) El entorno social y los procesos de capacitación – discapacitación.
 - b) Las imágenes de los procesos de capacitación – discapacitación.
- b.1) Productivo – improductivo
 - b.2) Vejez – enfermedad
 - b.3) Generaciones actuales – generaciones futuras

4.2.1.1. Eje de análisis: ¿Lógicas de capacitación o de discapacitación?

La capacitación se relaciona con las decisiones, o más exactamente con la toma de decisiones y el respeto a esa capacidad. Por ello, la concepción de la vejez asociada a la inutilidad es rechazada en todos los GD.

Los profesionales y las personas mayores introducen componentes que configuran un mosaico de contenidos para el proceso capacitación-discapacitación. Significados como: “aparcados”, “no servir para nada”, “creer que no pueden hacer nada”, “se dejaría hacer todo” se complementan con otros como: “sentirte útil”, “conectados con la vida”, “elegir”, “preguntar y ser preguntados” “intentamos que lo haga él, poco a poco”, “el valor de la experiencia vital”, “buscar, moverse”, “no conformarse”.

Expresándolos a través de la constatación de las restricciones, o a través del cuestionamiento sobre la usurpación o sobre la invisibilidad, los participantes elaboran “un diccionario cotidiano” de acontecimientos, situaciones y prácticas en relación con la construcción de la dependencia. Y complementariamente identifican actuaciones, criterios e iniciativas que esbozan “una guía de rutas” hacia la autonomía en la que actores y valores se enlazan en la dinámica social y en las relaciones entre las personas.

a) La vida cotidiana y los procesos de capacitación – discapacitación.

La participación de las personas mayores se inscribe en este mapa de significados y por ello no queda ceñida a marcos formales de participación, sino que transcurre, en positivo o en negativo, realizada o ausente, presente o deseada, en múltiples contextos y momentos.

"yo cuando tengo alguna reunión de vecinos, por el hecho de ser mayor, te disminuyen, a pesar de que lo entiendes igual que el de al lado pero no puedes expresar tu opinión, los otros en seguida hagamos esto, hagamos lo otro, y tu dices - no porque esto así no va bien - y es que no lo ves bien, ya ni te escuchan" GD6.

“pensar que podemos aportar alguna cosa desde el Consejo de Personas Mayores, y esto a mí me da vida, que todavía tu criterio sea válido, y así eres útil” GD8.

“... ellos colaboran, todos colaboran, unos ponen la mesa, otros ponen los manteles, otros ponen los cubiertos, otros te ayudan a sacar el carro, otros tal, otros cual, eh... el que no puede pues ayuda a otra a lavar las manos, o sea se intenta colaborar, no solamente los cuidadores con ellos, sino entre ellos que también se ayuden” GD9.

La amplitud de las reflexiones sobre la plasmación cotidiana de la lógica de la capacitación y de la discapacitación se produce en los GD1, 9 y 3 compuestos por profesionales del segmento asistencial –especialmente en los dos primeros-, y en los GD 6 y 7 compuestos por personas mayores frágiles.

Cabe señalar específicamente para los GD 6 y 7 las diferencias en su posicionamiento. En el GD 6 los participantes se posicionan desde el inicio en una perspectiva de control de sus vidas, mientras que en el GD 7 las coordenadas institucionales -el funcionamiento de las residencias- delimitan intensamente su posición.

En estos cinco GD, 1, 3, 6, 7 y 9 se abordan las lógicas de capacitación-discapacitación en relación con las personas mayores frágiles.

En los restantes Gd de personas mayores las lógicas de capacitación-discapacitación se relacionan más frecuentemente con las personas mayores con autonomía funcional, se refieren a ellos mismos o a sus pares, pero la fragilidad forma parte de sus interlocuciones. Esto no ocurre en los GD de profesionales del segmento no asistencial en los que las situaciones de fragilidad, son mencionadas tan sólo ocasionalmente.

La reflexión sobre la prevención aplicada al marco de los servicios específicos para personas mayores introduce la polaridad entre dos nociones: el respeto a las capacidades de decidir de las personas mayores y “la delegación obligada” que marca la dinámica cotidiana.

“... delegan muchísimo, no se si con su voluntad o contra su voluntad, pero la dinámica es como un pez que se muerde la cola. Y los que estamos más en los roles de cuidar a diferentes niveles, o has de ser muy claro respetando la capacidad de decisión, o tu acabas gestionando la vida de estas personas, cuando en realidad la tendrían que gestionar ellos” (GD1).

La posición de la persona mayor respecto a la decisión de cuál va ser la modalidad de provisión de cuidados se toma al margen de la persona mayor, iniciando o reforzando la lógica de discapacitación. Complementariamente, esa decisión se identifica como condicionante favorable o adverso para la adaptación de la persona mayor que ingresa en una residencia, de modo temporal o definitivo, tanto por parte de los profesionales como de las personas mayores.

“... que realmente se sientan que es su casa, son los que han venido voluntariamente” GD1.

Los procesos de capacitación relacionados con la vida cotidiana en las residencias se perciben como algo deseable, necesario, y a la vez muy complejo. Aunque la dificultad señalada inicialmente es la de la insuficiencia de recursos humanos, a ésta se le añade de forma inmediata una nueva coordenada: el modelo de atención. El modelo predominante no incluye una lógica de capacitación, sino que se organiza en torno a los servicios.

“yo de esto opino que tenemos todos una responsabilidad muy grande... es que llega un momento que ya no tenemos en cuenta ni lo que quieren comer, ni lo que quieren vestir, ni nada” GD1.

“yo diría que nosotros en M tenemos todos los problemas resueltos, no tengo problemas porque tenemos médicos, tenemos enfermeras...” GD7.

Dicho enfoque encuentra la adhesión de las personas mayores. Estas asocian el buen funcionamiento de los servicios con la garantía de tener los cuidados que se necesitan, o que se podrán necesitar, y esa garantía es el valor más apreciado por las personas que viven en las residencias.

“... porqué si ocurre algo... está todo resuelto, y por lo tanto, estamos tranquilos” GD7.

La forma de vida en colectivo tiene unas limitaciones –los horarios es una de las más citadas- que restringen las posibilidades de elección, es decir de singularizar la vida cotidiana. Pero en los GD se ponen de manifiesto otras restricciones que no se justifican por ese motivo y que hacen patente la lógica de discapacitación. Las personas mayores no son preguntadas. Y, al obviarse las preguntas se impide una aportación.

“no nos preguntan... tienes que decirlo tu” GD7.

“aunque esté usted contenta le tienen que preguntar” GD7.

Este vacío en la articulación de la comunicación en el marco colectivo de vida genera estrategias de autodefensa individuales, y por tanto reclama de las personas mayores unas determinadas competencias.

“yo también avisé de que no me ponían una medicación y ahora me la ponen, claro, se ha de ir a la que manda más” GD7

“a mi me ha pasado, que una vez me quedé yo sola hablando, y todos me escuchaban, pero nadie ayuda, y éramos yo contra cuatro” GD7.

Las “zonas”, los asuntos, los temas, en los que las personas mayores pueden decidir, pueden desarrollar sus capacidades y reconocer sus fortalezas no son independientes de los contextos.

En los contextos residenciales, la delimitación de “zonas de participación” se estructura en torno a la programación de actividades, a menudo con la intervención de un profesional. Este estimula, y sobretodo desarrolla un papel mediador para el establecimiento de vínculos entre las personas.

“tenemos a una persona que hace mover a todo el mundo, pero tenemos a un grupo de personas que no se mueve, y eso que estamos en un piso que todo el mundo está bien de la cabeza, y nos mandaron trabajo para la castañada y trabajaron mientras estuvo P y luego lo dejaron allí, y olvídate tango” GD7.

En los contextos asociativos, las lógicas de capacitación discapacitación se relacionan con la orientación de las entidades y con las dinámicas concretas. Es a través de las dinámicas concretas como se configuran procesos de capacitación.

“... en un centro dirigido por las propias personas mayores, son ellos los que escogen las actividades a partir de las demandas del socio, es decir, hemos pensado hacer esto, pues ellos lo ponen en una asamblea a votación y lo hacen o no, pero hay otras asociaciones de ayuda a las personas mayores que no funcionan así, sino que son ellos los que imponen las actividades y el colectivo calla...” GD2.

“yo me refiero a los voluntarios que se ofrecen, supongamos que estamos haciendo una clase, y hay 10 alumnos y el profesor le dice a uno – tú tendrías que ir preparando por si fallo yo algún día –, y tenemos mucha gente que se ofrece para hacer cosas, incluso a mujeres casadas” GD8.

“... en mi centro, a modo de anécdota, una señora que prácticamente era analfabeta hacia muchísimas poesías por tradición oral, y decía que le gustaría hacer un concurso de poesía, ¡pues venga! Para mi, lo más complicado del marco participativo, es crear ese canal” GD2.

b) Las personas mayores, los profesionales y los procesos de capacitación – discapacitación.

Para las personas mayores en los GD 6, 7 y 8 -correspondientes los dos primeros al segmento personas mayores frágiles, en domicilio y en residencia, y el tercero al segmento de miembros de asociaciones específicas-, la noción activo se asocia a ayuda, compromiso, utilidad, estar conectado con la vida. En todas esas nociones los participantes advierten dos dimensiones: es beneficioso para ellos- autocuidado-, y es positivo para los otros. De este modo en el terreno concreto, cotidiano, se recogen las dos vertientes que formula el paradigma: contribuidores y destinatarios del desarrollo. Y también cómo los entornos pueden alimentar, debilitar o inhibir esos positivos resultados detectados.

“lo que se pueda hacer que se haga, y yo estoy alrededor de los 90 años, yo siempre que puedo ayudo, o si veo que no pueden hacer esto o aquello, pues ayudo, y gracias a Dios, todavía puedo ayudar en algo, y todo ayuda a vivir” GD7.

“... el otro día me dicen – la directora quiere verte en su despacho -, entonces yo pensé en la bronca que me iba a meter, pero no era ninguna bronca, era porque dice que me meto en todo...” GD7.

“con la vida activa de las personas mayores se sigue contribuyendo a la mejora del país, y al bienestar en general del país, las personas mayores contribuyen a que otras personas se beneficien” GD8.

La lógica de la capacitación se percibe desde las personas mayores como una construcción en la que ellos se han de implicar. Al lado de las nociones que expresan satisfacción, y valoran los aspectos gratificantes, aparecen otras nociones como: esfuerzo, voluntad, valentía. Unas y otras se combinan en los procesos de interlocución.

"la que quiere luchar, lucha... es una lucha y una valentía" GD6.

"haciéndome fuerte y diciendo, ¡no señor! Búscate esto aquí y esto allá, y bueno, queriendo, a pesar de que se necesita mucha fuerza de voluntad, porque mi marido estuvo 4 meses ingresado, y yo yendo cada día" GD6.

"...yo muchas veces a los amigos que hay ahí les digo vamos aquí o vamos a allá para distraernos porque sino todo el día sentado a uno le duelen los riñones, a otro las piernas" GD7.

"yo desde que me jubilé, como que tuve una vida activa muy movida, pues para mi era terrible, cada día levantarme a las 9 de la mañana y ponerme a ver la TV, y busque cosas de voluntariado, y fui voluntario de algunas asociaciones..." GD8.

En oposición a esa implicación se sitúa la inmovilidad que se manifiesta en la falta de actividad, que sobretodo expresa la falta de interés y se asocia con el repliegue. La dificultad para implicarse en algo, dentro o fuera, organizado por el equipo o autoorganizado, se asocia con la comodidad, la pasividad y el estancamiento.

"hay muchos que es por comodidad... a veces vale la pena perder comodidad para estar uno mejor" GD7.

"son apáticos y ahora que estamos por pisos cada uno se encierra en la habitación en vez de hablar con la gente" GD7.

Complementariamente las personas mayores subrayan dos componentes: la forma como son tratadas y la dignidad. Sentirse tratado como una persona es la condición básica en la lógica capacitadora.

"yo creo que por los viejos aceptar la dependencia también está bien, quiero decir, digerirla, o sea, cuando se te disminuye la fuerza necesitas a una persona que te lleve el cubo de la ropa si es que no puedes, y esto no es ninguna disminución de la dignidad como persona, el problema para mi es cuando pierdes la dignidad como persona" GD5.

"no es igual oír que escuchar, yo a A., esta chica, le dije - escucha, cuando hablemos nos miramos porqué yo cuando hablo me gusta mirar a las personas-, es que a lo mejor estas hablando y estaba pensando que hará para comer" GD6.

Los profesionales del segmento asistencial a lo largo de las interlocuciones reconocen la influencia de su actuación en términos de capacitación-discapacitación.

Al analizar esa influencia se perciben tanto los motivos que favorecen la dificultad de adoptar una lógica capacitadora como las razones que sostienen la resistencia de los profesionales a adoptar ese enfoque. Complementariamente se identifican qué condiciones pueden favorecer el cambio: actitud abierta y preparación de los profesionales que ayude por su parte a la madurez de los equipos.

“... la presión de llegar a unos números, y de todo esto, es tu realidad y te está condicionando, pues constantemente has de hacer un ejercicio de decir, ¿qué me están pidiendo?” GD1.

“... los profesionales ahora nos estamos acercando mucho a las personas, pero que hasta ahora nos hemos envuelto en un halo y tienes poderes sobre la vida y la muerte... ha sido como un círculo vicioso de que a medida que las personas decidan y conozcan, y que nosotros aprendemos que la información no es pérdida de poderes sino que dar información es hacer participar” GD1.

“si dejas participar también se te hace cuestionar, también has de argumentar más el porqué de las cosas, y para esto tu has de estar mucho más formado, porque en el momento que des el espacio para preguntar, tu dominas esto pero todo lo demás te supone un esfuerzo añadido” GD1.

Los profesionales de los GD 1, 3 y 9 –asistenciales- coinciden al señalar el paternalismo, la sobreprotección, como una característica de la práctica asistencial, aunque es en el GD 1 en el que este problema aparece con mayor intensidad, percibido como un componente en la concepción de la atención que se concreta en múltiples escenas de la vida cotidiana.

Adoptar una lógica capacitadora requiere que los profesionales revisen sus actuaciones, el diseño de lo que hacen. Esta tarea que consiste en adecuar la actividad, se expresa en los GDs en dos direcciones distintas: tener en cuenta la diversidad de situaciones, y reconocer que profesionales y personas mayores comparten la condición humana, y por tanto la necesidad.

“yo me encuentro de todo, y hay gente con 65 años y están perfectos, y hay gente que no se puede mover y que tiene falta de coordinación, y yo lo que intento es trabajar desde la base de la normalidad, y todos lo pueden hacer, algunos lo harán mejor, otros lo harán peor pero todos lo pueden hacer, y la clase es normal y... yo en lugar de decir una propuesta digo 3, y así pueden hacer cosas diferentes” GD4.

“... si tu ahora has de hacer frente a la situación de dependencia y piensas qué querría yo, pues que me dejen decidir, participar, proteger al máximo mi entorno” GD1.

“... yo pienso que una persona mayor... no te está pidiendo cosas muy diferentes a las que quisieras tu” GD1.

En diversas intervenciones se ponen de manifiesto prácticas profesionales organizadas explícitamente en una dirección capacitadora. Son prácticas que buscan la implicación de las personas y toman en cuenta condicionantes según cuales sean los marcos en los que se lleva a cabo la atención, en algunos casos incorporando matices como es el relativo al carácter público o privado del servicio.

“yo animando a que colaboren, a que me ayuden – ayúdenme, mire si usted come solo, yo tengo que darle de comer a diez más, mientras usted va comiendo yo le doy al otro, y ahora vengo a mirar como va – no hay prisa, ya acabará, pero bueno, eso sí le abres las tostadas y se lo preparas todo”

“si a ver, hay personas que desde el – venga, ayúdeme – pero desde la privada es muy difícil, porque cuando te están contratando lo que quieren es que tu se lo hagas”

“... el que paga manda, entonces has de ir a una estrategia más directa, es decir, a ver, para mi es muy fácil porque yo termino en 20 minutos, ahora si usted quiere algún día, a ver si es posible que usted se pueda duchar, pues vamos a trabajar, pero ha de poner de su parte”

“pero yo también utilizo una estrategia dependiendo de un tipo de individuo o de otro” GD9.

“esto lo potenciamos en nuestra residencia, las que son más autónomas, pero porque son ellas las que han decidido venir a la residencia están dentro de las reuniones del equipo, hay un día que vienen ellas para decidir” GD1.

“en nuestro centro en algunas reuniones sí que tienen derecho a voto ... y por este motivo se hacen en el comedor” GD1.

4.2.1.2. Eje de análisis: ¿En qué entornos y situaciones se perciben los procesos de capacitación – discapacitación?

Los Gd sitúan los procesos de capacitación-d discapacitación en entornos muy variados: los hospitales, los centros de salud, las residencias, los centros de día, los marcos laborales, las familias, las asociaciones. Esa variedad también se plasma en las situaciones, diversas, a las que hacen referencia: la jubilación, el ingreso en una residencia, el traslado a la casa de los hijos, las gestiones de la vida diaria. Los aspectos más relevantes en relación con los sistemas de cuidados, y con las familias se presentan en apartados específicos posteriormente.

Todos los GD introducen en sus discursos aspectos que se pueden caracterizar como factores influyentes en los procesos de capacitación-d discapacitación. Se aprecia la influencia de la actual estructura social y de los valores dominantes, y sobretodo se resaltan las imágenes asociadas a la vejez.

Tanto los Gd de profesionales como los compuestos por personas mayores al abordar el paradigma del envejecimiento activo en la actualidad identifican

obstáculos que se sitúan más allá de las relaciones concretas o de la dinámica interna de los dispositivos específicos, para ellos la realidad presenta componentes diversos. Mientras que el GD 7, compuesto por personas mayores que viven en residencias, se centra más en las dinámicas internas e incorpora en menor medida el entorno social amplio en los procesos de interlocución. Esa menor intensidad no significa que el entorno social amplio esté excluido de sus reflexiones, pero no deviene un eje de interlocución.

a) El entorno social y los procesos de capacitación – discapacitación.

La noción “sociedades segregadoras” aparece como una idea que sintetiza un entorno en el que el paradigma del envejecimiento activo, deseado por los participantes, tiene obstáculos estructurales. Enunciada directamente o subyacente en muchas expresiones, la visión del entorno se caracteriza por la fragmentación, aplicada a las generaciones, de ahí la referencia a la importancia de contactar y hacer compartiendo entre generaciones. Fragmentación también en la forma de abordar los temas o los problemas patente en los sistemas de cuidado, que se analizan en el siguiente apartado. Las sociedades segregadoras además de la fragmentación, se caracterizan por su componente discriminador.

“... todo lo que molesta lo hemos ido apartando, y los disminuidos están en residencias de disminuidos, los viejos están en residencias de viejos, no sé, cada vez más como una sociedad segregadora” GD3.

“... es lo típico, que el traumatólogo pone una prótesis de cadera y con aquella prótesis ya está perfecto, pero quién ve al enfermo bajo todos los puntos de vista, o sea, si toda la población se ha de mentalizar los profesionales sanitarios todavía mucho más, a pesar de ver a la persona desde el punto de vista global y heurístico, y de derivarlo dónde haga falta, y en esto creo que no estamos acostumbrados porque nos estamos especializando demasiado” GD1.

“... a nivel de educación esto se tendría que trabajar, y no nos enseñan, o no nos educan en la frustración de las pérdidas, sino solo en ganar...” GD1.

En las concepciones de la atención a las personas mayores se considera la influencia del entorno social. Esta percepción no significa que los profesionales eludan su propia responsabilidad, sino que evidencian diferentes dimensiones y en consecuencia advierten en la situación actual diversos tipos de obstáculos respecto a las condiciones para sostener el envejecimiento activo.

“... es que el nivel residencial es un reflejo del nivel social...” GD1..

“... se tendría que producir una discusión a todos los niveles, como a nivel político, a nivel social, ¿Es esta la vejez que queremos? Poner en duda las directrices actuales, que no son válidas” GD3.

“... la política sanitaria tiene que saber qué quiere ofrecer, y por tanto, qué recursos necesita” GD1.

A través de dos situaciones concretas, se pone de manifiesto como la fragmentación, enunciada en el nivel más general de los entornos sociales, se concreta en el trayecto individual. Estas dos situaciones son: la jubilación y el ingreso en la residencia.

La jubilación es percibida como un corte en los ritmos cotidianos, pero sobretodo como una puerta que abre a terrenos desconocidos por las personas, y en los que el entorno puede brindar oportunidades, más o menos adecuadas.

“... yo no veo que se creen actividades y que estas actividades no sean puramente ocio, entonces se ha de crear alguna alternativa real” GD4.

Las nociones “moverse y buscar” ponen de relieve que al acceder a la jubilación se plantean nuevos requerimientos a las personas. Y, es en este tema, en el que aparecen con mayor profusión las características de heterogeneidad presentes entre las personas mayores. La heterogeneidad se expresa a través de componentes de perfil que se asocian más o menos favorables para la adaptación, y también a través de formas de vivirla, que ponen de manifiesto oportunidades y opciones diversas.

“yo cuando me jubilé, lo primero que fui a buscar, es que a mi me hacía mucha ilusión, las aulas culturales...” GD8.

“... hay mucha gente que acaba y hace una lectura terrible, porque todas las relaciones sociales las tiene a través del trabajo, y en el momento en que se acaba el trabajo mucha gente se encuentra de repente que se le han terminado las relaciones, a no ser que sean personas que podamos tener recursos y vamos aquí y allá...” GD5.

“yo creo que hay tres grupos de personas mayores. Hay personas mayores que llegan a la jubilación y es la gran frustración para él y para la mujer... después hay gente que va a casales y hacen actividades que hay para personas mayores y van a museos, etc. pero algunos se lo toman como una cosa que han de hacer, como en la guardería. Después también en las asociaciones de voluntarios para ayudar a toxicómanos o a sidosos y ves que hay muchas personas mayores” GD3.

El ingreso en la residencia es percibido también como un corte en el que se combina el sufrimiento por la renuncia al entorno propio con la tranquilidad por la respuesta a necesidades de cuidado, de ayuda o derivadas de problemas de vivienda. En relación al ingreso en la residencia, una de las nociones clave es la presencia o ausencia de la determinación por parte de las personas mayores. Tomar la determinación no está exento del componente de renuncia, pero es reconocido como factor clave de adaptación.

“... porque cuando entré allí, me tenían que vestir, desnudar y bañarme, peinarme y hacérmelo todo... y me fui para recuperarme y cuando me recupere cogí una gripe muy fuerte ... y dije – aquí tienes que tomar una determinación –.” GD7.

“... el matiz de decidir ir a un lugar, pienso que es determinante para adaptarse o no” GD1.

Aunque esos componentes son compartidos en la situación de traslado a casa de un familiar, se percibe una dificultad menor, a la vez que la satisfacción al disponer de la ayuda de la familia.

"se ha de hacer fuerte, pero debe hacer mucha pena haber de dejar el piso, porque hemos vivido 42 años mi marido y yo, y primero con los hijos, y yo todavía vivo allí, pero es lo que me haría más pena si lo tuviera que dejar" GD6.

b) Las imágenes de los procesos de capacitación – discapacitación.

Cuando los GD hacen referencia a las imágenes de la vejez coinciden en un atributo: son negativas. Esta coincidencia que se produce cuando se refieren específicamente y explícitamente a las imágenes, aparece de nuevo al visualizar versiones positivas de la vejez y de las personas mayores. Aunque en ocasiones se explicita la evolución, la heterogeneidad, el término “imágenes” se acompaña de contenidos y valores negativos.

Los atributos negativos de las personas mayores, el envejecimiento, y la vejez tienden a situarse en torno a tres ejes discursivos: el valor que se otorga a la dimensión productiva de las personas, la asociación vejez-enfermedad, y la dimensión generacional.

b.1) Productivo – improductivo

La importancia de la noción “productivo-improductivo” se refleja tanto al tratar sobre el entorno social y el desarrollo de enfoque envejecimiento activo como en la percepción de los impactos que produce el envejecimiento de la población y la longevidad. En el primer aspecto se subraya que la idea de productividad está exclusivamente concretada en la vertiente laboral, El segundo aspecto es visualizado intensamente en términos de coste y de carga especialmente en el grupo de personas mayores que utilizan servicios domiciliarios.

"yo diría que estamos en una cultura que activo es igual a productivo, aquí hablamos de activo pero esto no es lo que la sociedad normal considera activo, o sea, aquel que produce y que por tanto tiene un salario, es el periodo de actividad de la persona activa, el niño no cuenta, al joven se lo ha de ayudar porque es el futuro, y el viejo estorba, en el sentido que además gasta" GD5.

"- a los mayores nos tienen un poco apartados... me parece que ya vivimos demasiado... hay demasiadas personas mayores... hay muchos viejos y no se quieren morir... y los que vienen detrás empiezan a notar demasiado esto de que vivamos tantos años... yo pienso que hay algunos que piensan que ya hay suficiente... ¿cómo lo aguantas esto?... porque somos una carga para el país, como nos han de sostener... si no hay dinero cómo nos han de sostener, y además gastamos" GD6.

Al reflexionar en torno a la noción productivo-improductivo se ponen de manifiesto escenas diversas del envejecimiento y la vejez, que van desde la organización de las empresas y la aplicación de políticas “rejuvenecedoras” con efectos no previstos hasta las aportaciones realizadas por las personas mayores a sus familias.

“... esto de rejuvenecer y apartar a las personas mayores... en este momento está en las empresas, se hace con la reducción de las plantillas y se está perdiendo todo el conocimiento que sabíamos” GD4.

“... en el entorno laboral, puedo afirmar que no se tienen en cuenta las políticas de envejecimiento... son políticas que van más a intentar sanear aquella organización y pasan olímpicamente de la persona” GD4.

Sobre las producciones de las personas mayores se advierte que tienen escasa visibilidad y bajo o nulo reconocimiento externo, es decir, que lo productivo se sitúa como opuesto a persona mayor. Frente a esta carencia de valor los Gd introducen dos líneas: una referida a la ocupación, la otra a la construcción de un discurso nuevo. Los componentes expresados en la línea ocupación reflejan las tareas que una persona individualmente es capaz de hacer independientemente de su edad, mientras que los expresados en la línea de construir un discurso nuevo enlazan el nivel individual y colectivo.

"... yo he dejado una actividad, y he cogido 25, quiero decir, que el señor de la frutería seguro que ni se ha enterado porque voy con las mismas prisas" GD5.

“... tienen una vida muy estresante y han de ir a buscar a los nietos, han de hacer la comida, han de ir a buscar la ropa, y han de hacer tantas cosas, y han de hacer las clases...” GD4.

"... somos nosotros los que tenemos que creérnoslo y hacer, es algo nuevo" GD5.

b.2) Vejez – enfermedad

La asociación vejez-enfermedad es analizada como una forma de entender la vejez que dificulta la adaptación a esta etapa. Enfermar la vejez genera malestar en las personas mayores, impide que las otras generaciones visualicen las aportaciones de las personas mayores, se inscribe en una lógica de discapacitación. La asociación vejez- enfermedad es considerada como una de las coordenadas del enfoque adoptado por las instituciones en relación con las personas mayores que se complementa con el enfoque centrado en el ocio. A través de la noción enfermedad el malestar generado por la falta de perspectiva, de sentido interno o de reconocimiento externo, queda encapsulado.

"... estoy absolutamente de acuerdo con lo de activo y productivo, quiero decir, que esta diferencia se tendría que ir inculcando, por ejemplo, a mi siempre me dicen - ah!

Es que estás jubilada - y yo siempre digo, sí pero estoy muy ocupada, y claro a veces parece que te defiendas para que piensen que no soy una vaga... otras veces lo hemos visto con otras personas, con amigos y amigas que están afectadas porque consideran que como que ya son viejos están fuera de combate y que son enfermos" GD5.

"... y aportar esta visión de la seguridad y que no es cierto que la única cosa que nos ha de preocupar sea la salud" GD4.

Enfermar la vejez se relaciona con las restricciones a la autonomía tanto en las situaciones en las que no se necesitan ayudas como en las que se necesitan. En los GD se evidencia la necesidad de avanzar en nuevas maneras de concebir la vejez que permitan mantener la dignidad.

"... se puede incidir más en este cambio... pienso que necesitamos todos referentes más diversos de las diversas maneras que hay de envejecer..." GD1.

"... entonces somos personas que tenemos dificultades en la vida, pero somos personas... sí que sería un paso más el insistir en que senos considerase como personas que tenemos una falta o dos o tres, o las que sean" GD5.

b.3) Generaciones actuales – generaciones futuras

En los GD las imágenes sobre las personas mayores se organizan frecuentemente en torno a la diversidad existente entre generaciones.

La dimensión generacional, especialmente empleada en una perspectiva diacrónica, es un eje de interlocución en todos los GD de profesionales, mientras que solo lo es en el GD 5 de personas mayores, del segmento asociadas a entidades no específicas.

Las percepciones sobre las próximas generaciones de personas mayores son más positivas que respecto a las actuales. Esa visión se asocia a: mejores niveles de instrucción, mayor cultura de derechos, más interés en su propio crecimiento personal; en menor intensidad se la vincula con mejores niveles de salud. Todos estos componentes se formulan en oposición a aspectos concretos de las situaciones actuales, aspectos que se visualizan como obstáculos en la perspectiva de la capacitación.

"... las personas mayores actuales están un poco en la educación del Estado de Bienestar de recibir, están en una posición "pasiva" de que dentro de la sociedad, yo ya he participado, y ahora yo estoy recibiendo..." GD1.

"... yo pienso que la próxima generación, que no está tan lejos, no se conformará, porque precisamente ya son personas que han trabajado, que son activos, que tienen un nivel socio – cultural..." GD1.

“... yo creo que las personas mayores del futuro serán personas que tienen muy poca relación con el paradigma que tenemos ahora, porque será un nivel cultural más alto, por tanto, un objetivo es ¿Cómo seremos capaces de planificar la vida a partir de los 65 años?” GD3.

“... tendrán un nivel cultural mucho más alto porque las personas mayores de ahora no leen, pero nosotros seguramente cuando llegemos a los 60 o 70 años, seguiremos leyendo y tendremos otras posibilidades de desarrollar una vida más rica en este sentido” GD3.

Paralelamente a esa versión positiva de las futuras generaciones, los GD mencionados son los que más se refieren a la importancia de las acciones de preparación individual y también a la planificación entendida como una forma de preparación colectiva.

“... está claro que todavía estamos adaptados, porque sino no tendríamos las listas de espera que tenemos, y ya sabíamos que las clases nos quedarían grandes” GD3.

“... en personas mayores no era tan difícil prever que habrían tantas intervenciones de cataratas o tantas prótesis de rodilla, porque el 10% de más de 80 años acaban en quirófano” GD3.

Por otra parte, todos los GD de profesionales, excepto el del segmento asistencial específico, subrayan comportamientos demostrativos de las fortalezas de adaptación de las actuales generaciones, mostrando que esas fortalezas son visibles en situaciones concretas a través de comportamientos específicos.

“cuando pusimos los cajeros automáticos abríamos a las tardes para que las personas se acostumbrasen y sobretodo para las personas mayores, pero las personas se adaptan mucho más de lo que nos pensamos...” GD4.

“las personas mayores son muy conscientes de que hacer actividad física forma parte de su salud y es una cosa como la dieta o hablar con los amigos...” GD4.

“... yo pienso que cada vez se está haciendo más educación sanitaria, y cada vez las personas mayores están haciendo más prevención, y hacen una vida más saludable, más activa, y esto yo pienso que tiene que ver, quizás con Atención Primaria de Salud, o con una educación sanitaria para la prevención” GD3.

“... los profesores han estado encantados de tener aquellas personas en clase, porque aquellas personas han aportado a la dinámica de la clase, y han enriquecido aquella asignatura, ¿por qué? Porque su motivación es alta” GD2.

Al formular la visibilidad de esos comportamientos que cuestionan una versión “deficitaria” de las generaciones actuales, se pone de manifiesto la importancia de pensar qué mirada adoptamos: capacitadora o discapacitadora?

“... aquí hay una cosa que es común, pero en las personas mayores se nota más, es la comunicación, entonces, a las personas mayores les gusta mucho venir a hablar, y te explican cosas...” GD4.



4.2.2. ¿Los sistemas formales de cuidado facilitan u obstaculizan la capacitación?

Los temas relacionados con el cuidado de las personas, principalmente las personas mayores que padecen enfermedades crónicas, agudas y/ o discapacidades severas, configuran con mayor énfasis los discursos de los GD 1, 3 y 9, es decir, los GD compuestos por profesionales del segmento asistencial.

Los restantes grupos de profesionales abordan solamente algunos aspectos, especialmente los relacionados con la insuficiencia de recursos, en algún caso con la actividad profesional, pero en ninguno de ellos los sistemas de cuidados devienen un eje articulador de los procesos de interlocución.

Entre los Gd compuestos por personas mayores, especialmente en los GD 7 y 8, también se aborda la insuficiencia de recursos y las prácticas profesionales, y se manifiesta el desconcierto y/o las críticas respecto al acceso a los servicios y al funcionamiento de los sistemas de cuidado

Los grupos de profesionales 1, 3 y 9 del segmento asistencial, y especialmente los dos primeros, son los que tratan los sistemas más ampliamente e introducen una mayor variedad de aspectos y de componentes.

La presentación se estructura en dos ejes de análisis, en cada uno de ellos se identifican los temas que vertebran los discursos siguiendo el esquema siguiente:

- 4.2.2.1. La organización y el funcionamiento de los equipamientos y los dispositivos.
- 4.2.2.2. Los sistemas como estructura.
- 4.2.2.3. La posición de los profesionales.

4.2.2.1. La organización y el funcionamiento de los equipamientos y los dispositivos.

En los tres GD, 1, 3 y 9, profesionales del segmento asistencial, el desajuste es una noción clave.

El desajuste se hace patente al analizar el interior de las organizaciones a través de su funcionamiento, especialmente en el hospital de agudos y en las residencias – en éstas fuertemente relacionado con los procesos de capacitación/ discapacitación-, tal y como se ha puesto de manifiesto en el apartado anterior. En el caso de los hospitales de agudos los desajustes se expresan en dos vertientes: los efectos negativos que pueden generar los ingresos para las personas mayores, y las dificultades para que el alta hospitalaria resulte integrada. La primera vertiente argumenta la utilización y beneficios del dispositivo de hospitalización a domicilio.

El desajuste que se expresa en torno a la secuencia del alta pone además de relieve el malestar de los profesionales asociado a dos nociones: la inequidad y el conflicto ético. El problema se formula en dos coordenadas: la responsabilidad y la provisión de cuidados.

La primera coordenada, la responsabilidad, se articula en torno al eje: responsabilidad de gestión /responsabilidad asistencial poniéndose de manifiesto la tensión entre los criterios económico-organizativos y los asistenciales. Aunque se reconoce que en muchos casos la estancia en el hospital ya no puede aportar nada más, se manifiesta la presión por la necesidad de disponer de las plazas tanto para atender a otras personas como para responder a las indicaciones de gestión. En el núcleo de esa tensión se advierte la preocupación por la situación de la persona fuera del hospital a tenor de la insuficiencia de recursos. Es el vacío de garantía de atención el que sostiene esa tensión.

“... a veces el objetivo es más con criterios economicistas que no con criterios indicadores de calidad de vida y de salud... porque los gestores están para economizar los recursos, pero no hemos de caer en este engaño porque no es nuestra misión... “ GD1.

“información”

“ayudas sociales”

“que se preocupen de que aquella persona va a estar bien cuidada, luego cuando se vaya a casa” GD9.

La segunda coordenada, la provisión de cuidados, se articula en torno al eje domicilio/ institución, y es en la que se subraya el componente ético en referencia a la arbitrariedad y la discriminación resultante. La decisión de derivación al domicilio o a un centro se relaciona con el grado de presión de las familias, y es percibida como una decisión que puede producir efectos discriminatorios. A partir de esa valoración se justifica la necesidad de ampliar la reflexión ética en los marcos asistenciales con el objetivo de incorporar este tipo de temas.

“... a veces discriminan en función de la edad porque ya consideramos que no se recuperará y entendemos que recuperarse es estar como yo, pero es poder vivir la edad que tiene en las condiciones que tiene con la máxima autonomía posible...” GD1.

“... a veces los Comités de Ética de los Hospitales de Agudos se cuestionan muchas cosas de los transplantes, de otras técnicas y tal, pero yo, a veces me cuestiono sencillamente lo de que la persona mayor no es la que escoge dónde quiere ir, sino que lo escoge el profesional o la familia, y además, con unos objetivos que igual no son los de esta persona mayor...” GD1.

Aunque la mayoría de aportaciones relativas al funcionamiento de las organizaciones se refieren al sistema sanitario o a centros residenciales, en el GD3 se introduce el papel que deberían desarrollar los servicios sociales en los procesos de fragilización de las personas mayores.

“... según esta persona y sus medios, si puede ser inscrita en una asociación u otra, tiene cierta participación en asociaciones, pero después ¿qué pasa?... llega un momento que la persona empieza a perder autonomía y... a partir de los 80 años, yo encuentro a personas que han sido bastante activas, que han estado haciendo de abuelas y se han movido, pero llega un momento que tienen miedo, se sienten muy inseguras porque han caído alguna vez y tienen miedo de caer y se empiezan a quedar en casa solas...” GD3.

Este aspecto es también abordado por el GD8 centrado en las actuaciones que llevan a cabo las asociaciones. Solamente una de las asociaciones desarrolla en su programa una iniciativa destinada a los socios que viven una situación de dificultad y necesitan ayuda.

“nosotros dentro de las diferentes ramas, tenemos lo que llamamos Canguro Amigo, y es que cuando una persona necesita ayuda, no económica, eh! Por ejemplo que la acompañen al médico, pues llama y viene un voluntario y hace aquella función” GD8.

4.2.2.2. Los sistemas como estructura

El desajuste se expresa también en las nociones “dispersión de recursos” y “discontinuidad” o “desconexión”. Dicho desajuste se plasma tanto desde la perspectiva de los profesionales como la de las personas mayores ya sea en su calidad de cuidadores familiares o de personas que utilizan el sistema.

En este sentido, la importancia de disponer de un esquema integrado de las intervenciones profesionales es planteada en el GD 8 –asociaciones específicas de personas mayores- a propósito de un tema concreto: la multiprescripción de medicamentos.

“que todas las personas mayores pudieran ir con todos los potingues que toman que le han recetado 25 especialistas, y que de aquella persona, como mínimo, se le controlara esto, al menos una enfermera que controlara todo esto y no, que están 20 años tomándose lo mismo sin que se les haga nada, lo encuentro horroroso” GD8.

Es interesante apreciar la relación, la tríada, entre tres nociones: desconexión, desorientación y poner orden. La primera se presenta como una característica actual de los sistemas que produce un efecto en las personas, la desorientación, y a la vez define una parte del contenido de tareas para otros profesionales: poner orden.

La desorientación se subraya como un resultado negativo, como un problema que afecta a las familias, y en el que se aprecian dos planos: las diferencias sustantivas entre sistemas, y la gestión de las respuestas. En el primer plano se sitúan las dificultades para entender las diferencias – de acceso, cobertura, gratuidad- entre los servicios sociales y los servicios sanitarios . En el segundo se encuentran las dificultades relacionadas con las acciones concretas: qué hay que hacer, dónde hay que acudir, cómo se debe actuar en las circunstancias concretas.

La noción “poner orden” se identifica como una función que llevan a cabo los profesionales que trabajan actualmente en el domicilio de las personas mayores. En esta noción se integran varios componentes: identificar necesidades pendientes de respuesta y cuyo abordaje no les corresponde, informar de los recursos y derechos, y movilizar esos recursos.

“salen que no saben ni dónde han de ir al fisioterapeuta, cuántas sesiones me tienen que dar, la ambulancia no sé cuantos,... bueno, tu trabajo es poner orden,,, pero están los pobres desorientados total”GD9.

Esta tríada de nociones - desconexión, desorientación, poner orden- vertebrada las percepciones sobre las características de los sistemas fundamentalmente en los GD 3 y 9, profesionales del segmento asistencial, mientras que en el GD1 el énfasis es mucho menor.

Las vías de superación del problema que genera el binomio desconexión-desorientación se expresan en cuatro líneas diferentes: llevar a cabo una planificación que incorpore las nuevas demandas en la organización y en el presupuesto; promover el desarrollo de nuevas posiciones en el sistema sanitario que cubran esa brecha; aumentar la información; y recoger las valoraciones y sugerencias de las personas en los diferentes dispositivos.

“lo que esta haciendo crack es lo que la sociedad está orientándose a funcionar de una manera determinada, y en cambio, no hay políticas caras que, no son al final más caras, porque un iaio en un hospital es carísimo, a parte de que pierde autonomía” GD3.

“yo creo que hay muchos recursos, pero que están todos dirigidos a la punta del iceberg, es decir, a una situación, no de prevención, sino cuando ya hay discapacidades, cuando ya hay el problema...” GD1.

“un tema que nos parece muy importante, es la figura de la enfermera de enlace... para cuando el enfermo está dado de alta en su domicilio, que el cuidador o el enfermo no se sientan tan perdidos...” GD3.

Los GD 7 y 8, compuestos por personas mayores que viven en residencias y por personas asociadas en entidades específicas respectivamente, presentan una especificidad ya que se posicionan respecto a los criterios en los servicios sociales. Los criterios son abordados en dos vertientes: la cobertura y el funcionamiento de los servicios sociales de atención primaria. La cobertura se considera desde el eje inclusión/ exclusión y toma forma en torno a la noción de clase social.

“pero depende de dónde pongan el límite te quedas, es que hay unos límites muy límites, y unas normas, pensad que solamente pueden sacar algo de la asistente social los que son pobres muy pobres, el que está arriba ya se lo paga, ¿y la clase media?” GD8.

El funcionamiento de los servicios se considera desde el eje coherencia/ incoherencia. Por una parte se argumenta que existen unas normas como garantía de coherencia y por otra se señala la incoherencia a partir de las demoras en responder a una situación de necesidad.

“cuando decimos si funcionan de esta forma los servicios sociales, ¡cuidado! Nos hemos de informar, y ser riguroso, ¿Qué normas tienen ellos? Ellas al fin y al cabo son empleadas, y si realmente las normativas que ellas tienen de conducta o de acogida o de criterios, únicamente, o sociales o económicos, protección, etc. Esto está marcado” GD8.

4.2.2.3. La posición de los profesionales.

El desajuste se expresa también en la insuficiencia en la dotación de recursos humanos –especialmente Diplomados de Enfermería y cuidadores de primera línea– visualizado en términos de limitación del tiempo disponible para la atención con los consiguientes efectos negativos en la calidad asistencial. En el caso de las residencias, este desajuste se sitúa también en una perspectiva temporal que evidencia la desarmonía entre necesidades que evolucionan y recursos que se mantienen estancos

“... en nuestra residencia lo que nos pasa es que ya había las mismas cuidadoras hace 10 años, pero la gente que entraron no están en las mismas condiciones que están ahora, hace 10 años ellos podían salir a pasear y los cuidadores estar con ellos, pero ahora todos estos tienen muchas más dependencias y, claro, las personas son las mismas y los cuidadores se han hecho mayores, evidentemente...” GD1.

“yo también creo que las personas mayores, que por su papel tampoco son reivindicativas, las vemos como unas personas más vulnerables y esto también te despierta un sentimiento de protección... y a veces te tienes que frenar un poco” GD1.

También en el Gd 1 es en el que los procesos de interlocución sitúan el equipo de trabajo como un componente clave. El equipo de trabajo se percibe desde varias dimensiones: como un instrumento de ayuda para los profesionales, como un proceso de construcción que en consecuencia puede estar más o menos desarrollado, y a la vez como un engranaje.

“... profesionales que con los conocimientos de su disciplina ven diferente todos estos problemas, es cuando con las discusiones ... tu ofreces otra cosa, si tu eres una experta en rehabilitación, yo no dejaré que te cierres en la rehabilitación, y seguramente una trabajadora social tampoco, ni un médico, ni un psicólogo, y a medida que vamos abriendo un poco este abanico, yo pienso que se iría arreglando esta visión, y se ha de incluir a la persona mayor en este equipo” GD1.

“... es que en las instituciones está todo engranado y si tu eres menos protector, y eres preventivo, estás generando trabajo a los otros profesionales, y te dicen – ¡escucha! Que yo no puedo con esto-, entonces claro, tampoco pondremos estrés en otros profesionales” GD1.

Todos los Gd compuestos por profesionales del segmento asistencial valoran la noción de prevención como un factor clave en el desarrollo del nuevo paradigma. Cuando se aborda la prevención en los dispositivos sanitarios ésta se relaciona preferentemente con la estructura del sistema colocándola en el nivel de la atención primaria e indicando algunas actividades de prevención así como que éstas son cada vez más importantes en la actuación de los profesionales. En cambio cuando se aborda la prevención en los centros residenciales se la relaciona con el modelo de atención, tal y como se ha señalado en el apartado anterior. En el primer caso el enfoque es más instrumental mientras que en el segundo es más sustantivo.

“antes se tenía la clásica idea de visitar solamente a la persona cuando se encuentra enferma... y no se lo citaba para decir, el año que viene te vacunaré, y esto es una medida muy simple pero muy importante” GD3.

“... parece que el recurso que es de apoyo a las situaciones de dependencia, crea dinámicas de dependencia... la prevención se pone en la enfermedad” GD1.

La formación continuada de los profesionales deviene un eje de interlocución en los GD 1 y 9 del segmento asistencial específico. En ambos grupos, la formación se concibe como un mecanismo necesario para integrar una lógica de capacitación en la práctica profesional. En el GD1 se asocia la falta de formación a las dificultades

para abordar la relación con las personas mayores de manera diferente a la habitual, el Gd 9 añade además otra perspectiva, la responsabilidad, formulada en torno al eje personas/empresas.

“... los profesionales de ahora están educándose así, pero los profesionales de antes no estaban educados así, y esto hace que tengamos esta distancia todavía con las personas” GD1.

“pero bueno, los profesionales si quieren sí que hay medios, cursos para saber y para prepararse, o sea que”

“pero ¿cuánta gente lo hace? Dinos, ¿cuánta gente lo hace? Dinos que porcentaje”
“también las empresas, las que tendrían que fomentar que vosotras os preparéis”
GD9.

4.2.3. ¿ Las familias facilitan u obstaculizan la capacitación?.

En todos los Gd las familias de las personas mayores forman parte de los procesos de interlocución, en torno a dos elementos de delimitación: la fragilidad de la persona mayor y la conciliación.

Las interlocuciones toman como referencia la fragilidad de la persona mayor. A partir de ahí, las reacciones y conductas de las familias, tanto en relación con las personas mayores como con los profesionales, devienen un eje de interlocución entre los profesionales del segmento asistencial, los GD 1, 3 y 9, , así como en uno de los Gd de personas mayores, el GD 6 correspondiente al segmento usuarios de servicios domiciliarios. Aunque la función de cuidador/a informal, desarrollada por personas mayores hacia otras personas mayores u otros componentes de la familia, aparece en todos los GD de personas mayores, lo hace con mucha menor intensidad.

El segundo elemento de delimitación es la conciliación. La conciliación atañe al equilibrio que han de desarrollar las personas mayores entre compromisos e intereses diversos, que incluyen desde las aportaciones a la familia hasta la práctica de autocuidados. También la perspectiva de la conciliación puede apreciarse en lo concerniente a la relación entre generaciones. Este tipo de delimitación de los discursos, que se expresa con menor intensidad que el relativo a las situaciones de fragilidad, se formula en los GD 2 y 4, compuestos por profesionales del segmento no asistencial, así como de los GD 5, 6 y 8 de personas mayores, es decir está presente en todos los segmentos de personas mayores excepto entre las que viven en residencias.

La presentación se estructura en dos ejes de análisis, en cada uno de ellos se identifican los temas que vertebran los discursos siguiendo el esquema siguiente:

4.2.3.1. Las situaciones de fragilidad

4.2.3.2. La conciliación

4.2.3.1 Las situaciones de fragilidad

La familia es visualizada como un actor clave en las situaciones de fragilidad. La importancia, de lo que hace, y cómo lo hace, y también de lo que no hace, es percibida por los profesionales en múltiples escenas.

La importancia de la familia es percibida desde dos perspectivas distintas. Una se articula en torno a la lógica de la capacitación-d discapacitación, y la otra en torno a la lógica instrumental. La noción clave es “las familias perdidas, las familias desorientadas”. Es una noción que conecta con la tríada, desconexión-dsorientación-poner orden- comentada en relación con los sistemas de cuidados, y deviene central en los GD de profesionales.

Familias perdidas, familias desorientadas significa familias con menor capacidad para comprender qué está ocurriendo o las reacciones de las personas mayores y también expresa la dificultad añadida para dar respuesta a nuevas exigencias.

“porque muchas veces cuando son dadas de alta han sufrido una enfermedad y se piensan que han de estar escondidos en casa y tranquilos sin hacer esfuerzos y no, reforzar esta idea” GD3.

“el tema de la formación que comentaba, porque bueno, porque veo en el tema de las familias pues que existe una gran carencia de saber... y la familia llega muy perdida, o sea no entiende la enfermedad” GD9.

“esto se está contemplando ahora, que cuando el enfermo salga de alta ya esté coordinado tonel CAP que le toque, para que haga un seguimiento, pero hasta ahora no se hace y claro” GD9.

Los profesionales plantean las dificultades y las tensiones en la esfera familiar desde una doble inscripción: en la dinámica familiar y en las relaciones familia-sistemas.

Efectivamente las reacciones de la familia frente a la fragilidad se inscriben en un trayecto familiar. La historia familiar como entramado de relaciones define el marco en el que los diferentes miembros de la familia reaccionan: hablan o no entre ellos, intensifican o demoran el contacto, definen tareas y las distribuyen, o por el contrario no las definen y delegan en uno de los miembros sin explicitarlo.

“hay una frase cuando les hacemos la valoración, cuando tu les dices ¿cuántos hijos tienen?, y la mayoría de personas te dicen – pues tengo 3 pero... trabajan... pero no sé que -, están disculpando a los hijos... la persona quisiera estar con sus hijos y no quiere culpar a sus hijos...” GD1.

“... porqué son un matrimonio que necesita medicación, el oxígeno, control de esfínteres uno no tiene y el otro medio, medio, o sea la demencia de la señora cada día va a peor, y él se está muriendo, y la familia no colabora nada. Hay un hijo que

sí, y la otra hija que no, entonces ¿qué pasará? Pus no hemos de ser adivinos para saberlo, cuando muera el marido, que no le queda mucho, ella pasará a una residencia ¿por qué? Porque ninguno de los hijos pueden ni quieren hacerse cargo” GD9.

Las características socioeconómicas y culturales de las familias son percibidas como un factor que condiciona la forma de cuidar y explica las diferencias en términos de calidad desde una perspectiva instrumental.

“...la gente que hay allí, pues son de San Gervasio y la zona, la gente que hay allí pus son adinerada, ... cuando estuve en San Cosme no, la diferencia es abismal... pues la familia de San Gervasio, pues correcta, higiénicamente limpio, aseado, sus médicos, sus visitas correspondientes, su pregunta diaria ¿cómo ha pasado el día? ¿cómo está? ¿Ha comido?... todo correcto, al anciano se le ve bien, se le ve sano, dentro de sus peculiaridades obviamente. Sin embargo, nos vamos a San Cosme, ya no hay relaciones con la familia, la familia ya para poder contactar con ellos, ya cuesta mucho, o sea ya no hay ese interés por parte de la familia para saber cómo está su anciano en el centro, si ha comido o ha dejado de comer, aquí te lo dejan, si tiene cuarenta de fiebre pues, bueno, ya vendré a buscarlo a las siete de la tarde porque no puedo venir antes, el físico, la higiene, ya es diferente” GD9.

Los profesionales identifican situaciones en las que las familias aplican una lógica discapacitadora en su actuación. Las formas de tomar las decisiones que emplean las familias o lo que dicen a las personas mayores son dos de las situaciones mencionadas.

“... porqué nos encontramos, en la residencia, que muchas veces la familia le dice cosas que no nos ayudan a poderlo cuidar y es un problema” GD1.

“... es que vienen los familiares a visitarlos al centro, y he visto en muy pocos casos donde la persona mayor venga a visitar la residencia y de su opinión, son casos contados” GD1.

Las tensiones en las relaciones familia-sistemas se sitúan en una lógica instrumental. La organización de los cuidados, sostenida en parte por profesionales, puede ser cuestionada por un miembro de la familia, y de ese modo interferir en la modalidad de cuidados ya establecida. Esa lógica también es pertinente para comprender el significado de alivio que puede suponer para las familias el ingreso de la persona mayor en un centro.

“yo me he encontrado de ir a ver a un enfermo que lleva 3 o 4 días, que todo está yendo bien, y además explicándole a su esposa que aprecie esto, y aparezca el hijo y dice – está mal de esta no sale -, es decir, este ¿qué ha venido hacer aquí? Y diciendo por detrás cómo es que no lo ha dejado en el hospital” GD3.

“la liberación que tienen los familiares cuando por fin el abuelo ha ingresado en el hospital, y es una liberación que cuando se lo dices que puede ser dado de alta, buscan la manera como de que no, que no, que se ha de quedar más porqué ahora cómo lo vamos hacer, y si no se podrá mover, cómo lo vamos hacer” GD3.

Los profesionales coinciden en la importancia de la información, la orientación y el apoyo así como en la necesidad de formar y facilitar la tarea de las familias porque le dan mucha importancia a las dificultades derivadas del sistema -desconectado y con recursos dispersos-. Adoptan una lógica instrumental, en la que las familias constituyen el recurso, la modalidad de respuesta a las necesidades, ya sea haciéndolo directamente o bien gestionándolo.

Una muestra clara de esa visión se expresa en el funcionamiento del dispositivo de hospitalización a domicilio: el dispositivo no es viable si no está garantizada la figura del cuidador, sea éste un miembro de la familia o una persona contratada.

“... que entendíamos que lo podían continuar tratando en casa, y con una figura principal que es la figura principal de cualquier equipo de hospitalización domiciliaria, que es lo que llamamos cuidador” GD3.

“... que tipos de cuidador tenemos nosotros actualmente para tirar adelante una hospitalización domiciliaria... continua siendo el cónyuge, o es algún familiar que básicamente es la hija más o menos mayor que no trabaja, que es ama de casa y que decide llevarse al abuelo o la abuela a su casa... de un tiempo para aquí... falla esta figura y de alguna manera si tienen varios hijos se ponen de acuerdo económicamente y pagan a una mujer a tiempo parcial y hasta 24 horas” GD3.

Otra muestra de la lógica instrumental se aprecia en una de las estrategias formuladas: la enfermera de enlace. Aunque no se precisa el conjunto de tareas, se señala su misión de carácter conectivo entre diferentes niveles y/o dispositivos del sistema sanitario; se la visualiza como un recurso facilitador para las tareas que han de realizar las familias. Se identifica el carácter instrumental pero no la función capacitadora de las familias, que probablemente podría tener.

“... la figura de la enfermera de enlace que pienso que es una figura muy importante, porqué las personas mayores, sobretodo las personas que más están en el hospital, molestan en el hospital, y se le ha de dar el alta para que vaya al domicilio, para que los gastos no sean tan altos, para que ellos estén mejor en un entorno social, agradable, un entorno familiar, pero para esto se ha de disponer de una figura que pueda atender sus necesidades” GD3.

Aunque se reconoce la importancia de la dinámica familiar no se formulan vías o estrategias que permitan integrar este factor de forma específica en las situaciones de tensión; las vías o estrategias se formulan en términos de educación y de preparación.

En los discursos de los Gd de profesionales no se produce habitualmente la articulación entre las dos lógicas, capacitadora e instrumental, cuando se refieren a situaciones concretas, a problemas específicos de las familias. En cambio dicha articulación se establece al abordar la formación de los cuidadores.

“... incluso si es familiar también se le ha de formar para que sea un buen profesional,... conscientes de que cuidan a personas responsables, y que no han de decidir por ellos” GD3.

La vinculación entre invertir en capacitación y obtener mejores resultados concretos se vislumbra claramente respecto al dispositivo de hospitalización domiciliaria, en el que el trabajo de los profesionales solamente se puede llevar a cabo si el cuidador comprende su responsabilidad, tiene apoyos concretos, y en definitiva se siente capaz y seguro. Para conseguir que el cuidador familiar se sienta seguro el profesional debe orientar de modo específico su actuación, y tiene que aplicar mayor energía en determinadas tareas.

“... te das cuenta de que todos los miedos y los temores que tu le has sacado a otro miembro de la pareja, que a lo mejor tiene 70 ó 80 años como el enfermo, y que, además ve que tu vienes y le explicas” GD3.

Entre los Gd de personas mayores, es el GD 6, correspondiente al segmento de usuarios de servicios domiciliarios, en el que aparece la familia cuidadora, sola o en colaboración con otros agentes, como uno de los ejes discursivos. Y, esto ocurre tanto si las personas mayores viven en su propia casa como cuando conviven con sus descendientes, aunque la intensidad es mayor en las segundas.

En los discursos de las personas mayores se reconoce el apoyo, la ayuda, que brindan las familias en aspectos concretos, entre ellos actividades básicas de la vida diaria que se inscriben en una lógica instrumental. Y a la vez se advierte la orientación capacitadora o discapacitadora, es decir cómo al brindar ese apoyo o esas ayudas, las familias pueden respetar, o no respetar, la decisión de las personas mayores con los consiguientes efectos en términos de bienestar o malestar.

"yo cuando voy al médico se lo explica a mi hija, a mi no me lo explica... yo lo acepto, tanto me hace, me es indiferente porque si no me lo dice él, me lo dirá ellas y de momento tengo esta seguridad" GD6.

4.2.3.2 La conciliación

Tal y como se ha indicado, la conciliación delimita los discursos con menor intensidad que las situaciones de fragilidad.

Cuando los GD se refieren a las personas mayores que tienen autonomía funcional y llevan una vida independiente, ponen de manifiesto “agendas cotidianas” llenas de

actividad. Una parte de esas actividades son tareas que se sitúan en la esfera familiar y se concretan en cuidados a los miembros de otras generaciones, inferiores o superiores. Aunque, en algunas ocasiones, esas actividades son percibidas como fuente de satisfacción, en otras son valoradas como una exigencia que debe compatibilizarse con otros compromisos.

"... hoy tenía a mi nieta que vive fuera de Barcelona pero estudia aquí, y algunos días duerme en casa o no duerme en casa... y yo le hago la comida, que a mi la cocina me gusta mucho" GD6.

"... tienen una vida muy estresante y han de ir a buscar a los nietos, han de hacer la comida, han de ir a buscar la ropa, y han de hacer tantas cosas, y han de hacer las clases..." GD4.

La escenas a las que se refieren los GD de profesionales son situaciones en las que las personas mayores están porque lo han decidido, buscando nuevos conocimientos y nuevas relaciones, iniciando o continuando su implicación en proyectos o aplicando pautas de prevención para cuidar su salud. Todo ello son expresiones de la decisión que las personas mayores toman y del compromiso que establecen. Por ello, se señala negativamente que no se tenga en cuenta su libertad de decisión acerca de cómo utilizar su tiempo.

"... muchas abuelas están cuidando a los nietos, pues si les preguntásemos no los cuidarían, pero como nadie les pregunta, se sienten obligados" GD1.

Las tareas de cuidado en el ámbito familiar son percibidas por los GD 6 y 8 compuestos por personas mayores que utilizan servicios domiciliarios y por miembros de asociaciones no específicas respectivamente, como una responsabilidad. Ahora bien, mientras que en el primero dicha responsabilidad se refiere a etapas vitales anteriores y se valora como un componente del envejecimiento satisfactorio, en el segundo esas responsabilidades forman parte de la vida cotidiana actual y se valoran como una restricción.

"a mi tener hijos me ha ayudado a vivir, verlos crecer, ver que se van casando, que piensan en ti, que se acuerdan, yo he vivido unos cuantos años sola porque murió mi marido, y cuando mi hija se casó me dijo - tú te vienes a vivir con nosotros - y yo le dije que no, que me quedaba sola, y fue así hasta que me cogió esto" GD6.

"la mayor parte están de canguros... es que todo el mundo te lo explica, y es que tienen razón porque si uno te lo da con esto, el otro tal, y muchas cosas" GD8.

Las relaciones entre las generaciones en la esfera familiar no son percibidas exclusivamente desde la óptica de los cuidados. En el GD 5 se abordan las relaciones familiares entre las generaciones intermedia y superior incorporando otra perspectiva: la posición vital de cada generación y las expectativas.

"... esto es una cultura que se impone y esto lo notas, o sea, yo a los hijos no es que les estorbe porque te quieren, pero en el fondo como tienen que hacer su vida, prescindan de la tuya, y este es el tema que para mí es difícil de cambiar, y es que tanto persona querida y útil es cuando nace y cuando se muere, entonces rehacer un discurso no es fácil" GD5.

4.3. Implantación del paradigma¹

En este apartado se analizan las percepciones de los participantes respecto a la implantación del Paradigma de Envejecimiento Activo, así como las convergencias y divergencias entre grupos.

La presentación se estructura en los siguientes apartados:

- 4.3.1. Las ideas clave para implementar el Paradigma.
- 4.3.2. Las ayudas que pueden facilitar la implementación
 - Facilitadores
 - Estrategias.
- 4.3.3. Los actores necesarios para la implementación.
 - 4.3.3.1. Los políticos
 - 4.3.3.2. Los profesionales
 - 4.3.3.3. Las personas mayores

4.3.1. Las ideas clave para implementar el Paradigma

Tal y como se ha indicado en la sección Metodología los participantes tenían que seleccionar tres ideas clave que ellos considerasen importantes para promover la implantación del Paradigma de Envejecimiento Activo.

A continuación se muestra el consenso dentro de cada grupo, en porcentajes, en relación a las ideas clave seleccionadas.

TEMAS/ IDEAS/ ENFOQUES MÁS IMPORTANTES	gd 1	gd 2	gd 3	gd 4	gd 5	gd 8	gd 9	total
21. Un acercamiento al fenómeno del envejecimiento que tenga en cuenta el ciclo vital, que reconozca que las personas mayores no son un grupo homogéneo y que la diversidad entre las personas tiende a aumentar con la edad. Las intervenciones que creen ambientes de ayuda y que fomenten opciones saludables son importantes a todas las etapas de la vida.	14 %	0 %	0 %	0 %	29 %	0 %	0 %	7 %
22. El envejecimiento tiene lugar en el contexto social de relaciones con los otros. Por este motivo, la interdependencia y la solidaridad intergeneracional (dar y recibir recíprocamente entre individuos, así como entre generaciones de viejos y jóvenes) son principios importantes del Envejecimiento Activo.	0 %	29 %	33 %	0 %	43 %	0 %	25 %	18 %

¹ En los Gd 6 y 7 no se dispone de esta información ya que se aplicó otro procedimiento para facilitar su participación..

23.El planteamiento del Envejecimiento Activo sustituye un planteamiento de la planificación estratégica basada en las necesidades (que contempla a las personas mayores como objetos pasivos) por otro basado en los derechos de igualdad de oportunidades y de trato a medida que se envejece. Y da apoyo a su responsabilidad para ejercer la participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria.	43 %	57 %	17 %	43 %	14 %	0 %	75 %	34 %
24.Las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que constituyen una contribución importante a la estructura de nuestras sociedades.	0 %	14 %	0 %	14 %	29 %	33 %	0 %	14 %
25.Las políticas y los programas de envejecimiento activo reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (el cuidado de la propia salud), los entornos adecuados y la solidaridad intergeneracional. Se requiere también entornos favorables que hagan que las decisiones saludables sean decisiones fáciles.	0 %	0 %	17 %	14 %	14 %	33 %	75 %	18 %
26.Los modelos actuales de prestación de servicios sanitarios no son adecuados para afrontar las necesidades sanitarias de las poblaciones que envejecen rápidamente.	29 %	0 %	17 %	14 %	0 %	0 %	50 %	14 %
27.Uno de los mitos erróneos sobre el envejecimiento es que a la vejez ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable.	29 %	0 %	0 %	14 %	29 %	0 %	0 %	11 %
28.La inmensa mayoría de las caídas y lesiones pueden prevenirse. A pesar de esto, la consideración tradicional de las lesiones como accidentes ha ocasionado el histórico abandono de este ámbito en la salud pública.	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

29. Respecto a las discapacidades y el entorno, una manera útil de considerar la toma de decisiones en esta área es pensar en la capacitación en lugar de la discapacitación. Los procesos de capacitación restablecen la función y extienden la participación de las personas mayores al conjunto de la sociedad.	29 %	14 %	17 %	29 %	0 %	0 %	50 %	18 %
30. Los cuidadores familiares necesitan estar bien informados sobre la condición a la que se enfrentan, su probable evolución y como obtener los servicios de asistencia disponibles.	0 %	14 %	17 %	0 %	0 %	33 %	0 %	9 %
31. Los cuidadores profesionales necesitan también formación y práctica sobre modelos de asistencia que pongan de relieve la fortaleza de la persona mayor asistida, que reconozcan sus puntos fuertes y que potencien el mantenimiento de cotas de independencia, aunque sean pequeñas, incluso cuando están enfermos o en situación de fragilidad. Actitudes irrespetuosas o paternalistas pueden producir efectos devastadores en la autonomía de las personas mayores.	29 %	0 %	17 %	14 %	0 %	0 %	25 %	11 %
32. A todas las culturas los consumidores necesitan ser completamente informados sobre los productos antienviejimiento.	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	33 %	0 %	5 %
33. Un cambio de actitud en los proveedores de servicios es de vital importancia a fin de asegurar que sus prácticas posibiliten y capaciten a las personas a ser lo más autónomos e independientes durante el mayor tiempo posible.	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	17 %	0 %	2 %
34. El nuevo paradigma de Envejecimiento Activo desafía la perspectiva tradicional de que el aprendizaje es un asunto de niños y jóvenes, el trabajo de adultos y la jubilación un problema de la vejez.	14 %	14 %	0 %	14 %	29 %	0 %	0 %	11 %
35. Las personas mayores y sus cuidadores necesitan involucrarse activamente en la planificación, la aplicación y la evaluación de políticas, programas y actividades de desarrollo del conocimiento relacionadas con el Envejecimiento Activo.	0 %	14 %	33 %	29 %	14 %	50 %	0 %	20 %

36. Para conseguir el objetivo de Envejecimiento Activo se necesitan medidas en diversos sectores, además del sector sanitario y del sector social, como la educación, el trabajo, la economía, la seguridad social, la vivienda, el transporte, la justicia, y el desarrollo rural y urbano.	29 %	86 %	67 %	57 %	29 %	33 %	0 %	45 %
37. El aprendizaje intergeneracional salva las diferencias de edad, mejora la transmisión de los valores culturales y fomenta la valúa de todas las edades.	0 %	29 %	17 %	0 %	43 %	0 %	0 %	14 %
38. El liderato. Implicar a las personas mayores en la planificación, aplicación y evaluación de los programas locales de ocio y servicio social y asistencia sanitaria.	0 %	29 %	17 %	14 %	0 %	33 %	0 %	14 %
39. Una imagen positiva del envejecimiento. Trabajar con grupos que representen a las personas mayores y los medios de comunicación para que proporcionen imágenes realistas y positivas del Envejecimiento Activo, así como información educativa sobre Envejecimiento Activo.	0 %	29 %	33 %	29 %	29 %	0 %	0 %	18 %
40. La auto-eficacia, que es la creencia de que las personas tienen capacidad para ejercer el control de sus vidas, está vinculada a las decisiones de conducta personal a medida que se envejece.	0 %	0 %	17 %	14 %	0 %	0 %	25 %	7 %

Para limitar el análisis se han seleccionados las tres ideas clave que presentan el porcentaje más elevado:

- Para conseguir el objetivo de Envejecimiento Activo se necesitan medidas en diversos sectores, además del sector sanitario y del sector social, como la educación, el trabajo, la economía, la seguridad social, la vivienda, el transporte, la justicia, y el desarrollo rural y urbano.
- El planteamiento del Envejecimiento Activo sustituye un planteamiento de la planificación estratégica basada en las necesidades (que contempla las personas mayores como objetos pasivos) por otro basado en los derechos de igualdad de oportunidades y de trato a medida que se envejece. Y da apoyo a su responsabilidad para ejercer la participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria.
- Las personas mayores y sus cuidadores necesitan involucrarse activamente en la planificación, la aplicación y la evaluación de políticas, programas y actividades de desarrollo del conocimiento relacionadas con el Envejecimiento Activo.

Cabe observar que en el resultado obtenido no se evidencia una idea clave suscrita por todos grupos.

Al comparar las ideas clave seleccionadas inicialmente – sección 1 – y las seleccionadas para promover la implantación se observa que hay coincidencia en dos de las tres cuestiones más importantes.

Es oportuno recordar que, tal y como se indica en la sección Metodología, la documentación empleada en la selección inicial fue el documento de trabajo completo, mientras que la utilizada para seleccionar las ideas seleccionadas para promover la implementación del Paradigma fue la parte específica de dicho documento de trabajo, denominado “Ideas Clave”.

Las dos cuestiones que coinciden en ambos casos son las siguientes:

1. La percepción de que es necesaria la intervención de diversos sectores.
2. La percepción de que son necesarias políticas basadas en la igualdad de oportunidades y trato para las personas mayores.

1. La percepción de que es necesaria la intervención de diversos sectores. Este tema ha pasado de ocupar inicialmente la tercera posición, con un consenso del 23% y suscrita por todos los grupos a excepción de los profesionales del segmento asistencial específico, a ocupar el primer lugar, con un consenso del 45% y suscrita como la más importante por los grupos de discusión de profesionales, a excepción de los profesionales del segmento asistencial específico.

Estos tres grupos de profesionales (GD2, GD3 y GD4), y el grupo de personas mayores del segmento asociadas a entidades no específicas, le dan mayor importancia, que el resto de grupos, a la idea 19, que hace referencia a la necesidad de proporcionar imágenes realistas y positivas del envejecimiento activo.

2. La percepción de que son necesarias políticas basadas en la igualdad de oportunidades y trato para las personas mayores.

Este tema es consensuado como segunda opción en ambas selecciones, inicial y final, con un porcentaje del 33% y 34% respectivamente. Inicialmente era suscrita como primera opción por las personas mayores, especialmente por las que forman parte de asociaciones no específicas de personas mayores. Al plantearse la selección orientada a la implantación es suscrita como primera opción los profesionales del segmento asistencial específico.

En lo que atañe a la tercera cuestión que presenta un porcentaje más elevado es la que hace referencia a la implicación de las personas mayores y sus cuidadores. Esta es consensuada por todos los grupos, con excepción, nuevamente, del grupo de profesionales del segmento asistencial específico. Deviene prioritaria para el grupo de personas mayores que participan en asociaciones de mayores. Este grupo también ha subrayado con más fuerza que el resto de grupos la idea 4 y la idea 18, que hacen referencia a las capacidades de las personas mayores. También enfatizan la idea 10 y la idea 12, referidas a la necesidad de información.

4.3.2. Ayudas que pueden facilitar la implementación del Paradigma

En este apartado se presentan los elementos aportados por los participantes para implantar el paradigma. Dichas aportaciones se han agrupado en dos categorías: “facilitadores” y “estrategias”.

Los facilitadores hacen referencia a 10 cuestiones básicas que pueden ayudar al desarrollo del Paradigma de Envejecimiento Activo.

Las estrategias hacen referencia a las iniciativas y actuaciones que capitalizan los elementos facilitadores. Alrededor de los elementos facilitadores se elaboran diferentes estrategias, a excepción del facilitador 1 para el que no se concreta ninguna estrategia en los grupos de discusión.

En aras a una mejor comprensión se presentan los elementos facilitadores y las estrategias asociadas a cada uno de ellos, tal y como las expresan los participantes. Esta modalidad nos permite observar la variedad de nociones que se utilizan.

A continuación se presentan los 10 facilitadores seguidos de ejemplos de estrategias formuladas en los grupos:

1. Que se respeten los Derechos Humanos y se haga efectiva la Declaración Universal de la Organización de las Naciones Unidas.
2. Implicación de todos los ámbitos, sectores y entornos de la sociedad. Se hace especial énfasis en los medios de comunicación (televisión, radio y prensa), la educación y la sanidad.
 - ✓ “hacer mucha presión para que a todos los sectores en general se den cuenta de estas necesidades, que se cree esta necesidad de que han de estar todos los ámbitos involucrados, desde el sanitario, informativo,... todos los entornos” (GD4).
3. Elaborar políticas transversales y universales que impliquen a todos los sectores, evitando la arbitrariedad y el paternalismo.
 - ✓ “coordinación y conexiones entre las instituciones públicas o privadas i servicios sociales para establecer unas líneas de actuación conjuntamente con las personas mayores” (GD2).
 - ✓ “se ha de producir una discusión a todos los niveles, político, a nivel social, es esta la vejez que queremos,... saber que se está haciendo en otros países de nuestro entorno, que todos jóvenes y viejos puedan decir lo que piensan” (GD3).
 - ✓ “si no hay demanda los políticos no tocan este tema” (GD4).
 - ✓ “dar facilidades y medios para ponerlas en práctica” (GD8).
4. Que los medios de comunicación realicen la función de información, difusión y educación del Envejecimiento Activo mediante programas y campañas publicitarias en las que aparezcan las personas mayores como comunicadoras o actores.

- ✓ “para entrar en la sociedad en general, los medios de comunicación tienen un trabajo muy importante, desde una telenovela, desde los anuncios, desde todo lo que tenga una sensibilidad de la imagen” (GD1).
 - ✓ “se podría hacer a partir de una gran publicidad” (GD2).
 - ✓ “que las personas mayores puedan aparecer en los medios de comunicación, que sean comunicadores, que sean protagonistas, que yo creo que esto llega a mucha gente” (GD2).
 - ✓ “los medios de comunicación juegan un papel decisivo tanto en la difusión como en la venta del producto humano” (GD2).
 - ✓ “hacer programas por la TV y por la radio, en las revistas, que haya información” (GD3).
 - ✓ “pienso que esto mediático necesita un Ronaldino o un Zidane de la vejez” (GD3).
 - ✓ “campañas publicitarias en los medios masivos” (GD9).
5. El sistema educativo debe implementar programas e impartir contenidos relacionados con el envejecimiento. Para llevar a cabo su tarea, el sistema educativo debe ser permeable a otros ámbitos de la sociedad, para que los niños, adolescentes y adultos puedan tener contacto con la realidad y conozcan la concepción de Envejecimiento Activo también a través de su experiencia en contacto con las personas mayores. Las referencias al sistema educativo incluyen tanto la enseñanza primaria, como la secundaria y la universitaria.
- ✓ “ir a la escuela a contar cuentos” (GD1).
 - ✓ “en las escuelas también pueden hacer programas ... algún tipo de programa que ellos tuvieran contacto activo con las personas mayores para que vivieran y viesen que es envejecer” (GD3).
6. Un aprendizaje intergeneracional, dado que la vejez tiene lugar en el contexto social, ayuda a superar de la fragmentación social por edades, mejora la transmisión de valores y fomenta la utilidad de las personas de todas las edades.
- ✓ “que a la hora del patio coincidan abuelos y nietos” (GD4).
 - ✓ “potenciar aquellas entidades que promueven y potencian el trabajo entre las personas de diferentes edades en el campo del voluntariado,... que se rompan estas divisiones, y que en este caso concreto habría una potenciación e la relación entre las diferentes generaciones, lo que decía, potenciar el trabajo voluntario intergeneracional, que es una realidad” (GD5).
7. Cambio de mentalidad, de “xip”, dejar de asociar la vejez a enfermedad o dependencia, y pensar que se puede envejecer y llevar una vida activa y saludable a pesar de las limitaciones.
- ✓ “concienciación desde la escuela, que no existe” (GD2).
 - ✓ “comenzar a enseñar también a las criaturas lo que significa envejecer a medida que pueden asimilar la información” (GD3).
 - ✓ “programas sanitarios de educación, para cuando la persona es dada de alta, reforzar la idea de que esto no significa que sea un sujeto pasivo sino todo lo contrario porque se puede incorporar otra vez a la sociedad, porque a veces se piensan que han de estar escondidos en casa y tranquilos sin esfuerzos, y no” (GD3)

- ✓ “que estemos bien informados, o sea, el derecho de las personas mayores a un nivel de información clara, y necesaria para tomar decisiones, que sean autónomas y no se las engañe” (GD3).
 - ✓ “medidas de marketing, o sea, de promoción cultural y de acciones culturales” (GD5).
 - ✓ “información a través de campañas publicitarias” (GD9).
 - ✓ “información que hay muy poca información de lo que pasa realmente” (GD9).
 - ✓ “información a través de los servicios de atención primaria, seminarios de grupos de soporte a las familias” (GD9).
8. Que el envejecimiento sea entendido como un proceso a lo largo de la vida. Y que una vez se llegue a esta etapa se siga considerando a las personas mayores como ciudadanos “normales”, y se consideren y respeten sus opiniones.
- ✓ “en cada etapa de la vida ha de haber un planteamiento de decir, bueno, en esta etapa de la vida que hago, un proyecto vital. Muchas veces no se hace este proyecto, sino que les tocaba ser viejos y son viejos” (GD5).
9. Los entornos recluyen a las personas mayores en sus hogares e incluso a veces en su habitación, convirtiendo a la persona en dependiente, limitando su autonomía y su capacidad. Así pues se evidencia la necesidad de adecuar la vivienda y rediseñar las ciudades para que faciliten y capaciten a las personas a llevar un envejecimiento activo.
- ✓ “que tengan una vivienda accesible,... no sé si necesitan camas o sillas de ruedas, o que no tengan una cama, se levanten y topen con la pared, accesibles para que no tengan barreras” (GD3).
 - ✓ “elaborar un plan urbanístico y rediseño de las ciudades” (GD4).
10. Crear canales de participación ciudadana en los que se incluya a las personas mayores con poder de decisión e influencia.
- ✓ “fomentar entre las personas mayores y sus cuidadores para que ellos participen” (GD4).
 - ✓ “crear centros de actividad intelectual y física destinadas a las personas mayores que tienen tiempo para hacerlo como cultura, introducción a la poesía, la música, aprender a pintar o aprender escultura o informática, ya sé que aquí se están haciendo cosas de estas, pero quizás trabajar más para que las personas mayores no estén recluidas en casa” (GD5).
 - ✓ “buscar mecanismos convergentes entre las asociaciones y las administraciones públicas para promocionar y garantizar la participación a las personas mayores en la construcción de la ciudad” (GD8).

Cabe observar que algunos de los elementos facilitadores, así como en algún caso las estrategias planteadas, reproducen nociones formuladas en el documento – resumen facilitado a los participantes.

En el análisis de los facilitadores y las estrategias no se han detectado diferencias significativas entre grupos. Únicamente cabe destacar cuatro aspectos:

1. Los GD formados por profesionales a diferencia de los GD formados por personas mayores asociadas, visualizan a las personas mayores como actores en las estrategias que formulan.
2. Entre los GD formados por profesionales del segmento asistencial, el GD3 y el GD9, a diferencia del resto de grupos, son los que visualizan a las personas mayores frágiles como actores.
3. El GD4 formado por profesionales del segmento no asistencial no específico, radicalizan su posición a lo largo del discurso. Lo inician planteando nociones como información, participación, presión hasta llegar a la movilización.
4. Señalar que en ninguno de los grupos de discusión la familia se identifica como un agente educativo.

Cabe subrayar que en conjunto las estrategias formuladas expresan un esfuerzo de los participantes en concretar actuaciones conectadas con la realidad de cada uno, cargadas de sugerencias para promover la implementación del Paradigma.

4.3.3. Los actores necesarios para la implementación.

Los grupos identifican una serie de actores necesarios para promover el desarrollo de la concepción de Envejecimiento Activo.

Los actores mencionados por los participantes se han clasificado en dos grupos: actores principales y actores secundarios. Los actores principales son los actores mencionados por todos los grupos participantes, mientras que los actores secundarios sólo han sido mencionados por algunos de los grupos.

En todos los GD los actores son considerados por los participantes como agentes de cambio a los que hay que implicar en el proceso.

A continuación se muestra el cuadro de actores por grupo:

Actor	GD1	GD2	GD3	GD4	GD5	GD8	GD9	Total
Administración / políticos / gestores	X	X	X	X	X	X	X	7
Profesionales	X	X	X	X	X	X	X	7
Personas mayores	X	X	X	X	X	X	X	7
Hijos / familia	X	X	X	X			X	5
Medios de comunicación		X	X	X		X		4
Promotores, empresarios		X		X	X			3
Sociedad	X		X				X	3
Gestores / economistas	X		X					2
Educadores		X	X					2
Cuidadores mayores			X					1
Cuidadores					X			1
Sistema sanitario gestores				X				1
Mnitores						X		1
Jóvenes			X					1
Otras generaciones						X		1
Sindicatos				X				1

A continuación se analizan los actores principales que son tres:

- Los políticos que se relacionan con la Administración y la gestión del sistema público.
- Los profesionales, especialmente los que trabajan en el ámbito asistencial.
- Las personas mayores.

Para analizar los argumentos formulados para convencer a los tres actores de la importancia de la implementación del Paradigma, se han clasificado las aportaciones según un análisis DAFO.

Las Debilidades hacen referencia a aquellos aspectos que se deben mejorar. Para elaborar este apartado se han tenido en cuenta los aspectos negativos formulados en presente.

Las Amenazas son las consecuencias negativas de no aplicar el Paradigma de Envejecimiento Activo. Para elaborar este apartado se han tenido en cuenta aquellos aspectos negativos formulados en futuro.

Las Fortalezas son aquellos aspectos positivos que se poseen y sobre los cuales nos podemos apoyar para mejorar, en este caso se hace referencia a los aspectos positivos formulados en presente.

Por último, las Oportunidades son aquellos aspectos que podemos llegar a conseguir si se aplica el Paradigma de Envejecimiento Activo y se hace referencia a los aspectos positivos formulados en futuro.

4.3.3.1. Los políticos

Las debilidades son comentadas, sin diferencias significativas, por los profesionales y por las personas mayores.

La principal debilidad de los políticos es que estos elaboran las políticas en función del ciclo electoral, por ello los participantes señalan que su responsabilidad, y su obligación es velar por el interés general en el cual se incluye a las personas mayores como ciudadanos, más allá de las convocatorias electorales. Es necesario por ello que elaboren políticas transversales acordes con la realidad de las personas mayores, evitando la segregación y el paternalismo. A destacar que las personas mayores del segmento asociadas a entidades de mayores proponen ser actores activos en la elaboración de dichas políticas.

Las principales amenazas se refieren a tres niveles: personal, social y político. Expresiones como las siguientes ilustran los niveles mencionados: “ellos también llegaran a viejos”; “cada vez habrá más personas mayores”; “que creen una política participativa o se retiren”, “seremos moscas cojoneras”, “no les votaremos”.

A destacar que las aportaciones referidas al nivel político son formula por los grupos de discusión compuestos por las personas mayores (GD5 y GD8).

Entre las fortalezas la principal es la mejora de la calidad de vida de toda la sociedad, y en especial de las personas mayores; también que este modelo resulta más “barato” que el modelo actual, es decir, se utiliza una lógica de eficiencia.

En relación a las fortalezas no se han detectado diferencias significativas entre grupos.

Las oportunidades de aplicar el modelo de Envejecimiento Activo se centran en tres aspectos: el económico, la responsabilidad política, la posición de las personas mayores. Respecto al primero se plantea que fomentar y aplicar el Paradigma es una inversión positiva porque, a la larga, resultará más barato, con menos costes, y por consiguiente, supondría un ahorro público. Respecto al segundo, se plantea que si se fomenta la responsabilidad política se conseguirán beneficios como la satisfacción personal o el bienestar social, y podremos llegar a ser un modelo para otras sociedades. Respecto al tercero se plantea el valor positivo de la aportación de las personas mayores como actores – constructores de esta nueva ciudad – sociedad (GD8).

En relación con las oportunidades no se han detectado diferencias significativas entre grupos.

En síntesis cabe señalar que tanto los profesionales del segmento asistencial específico (GD1 y GD9) como las personas mayores del segmento asociadas a entidades de mayores (GD8), a diferencia del resto de grupos, advierten únicamente oportunidades para los políticos como actores. En cambio el resto de profesionales (concretamente GD2 y GD4) advierten principalmente las debilidades de los políticos. Por último, señalar que el grupo de mayores del segmento asociados a entidades no específicas (GD5) señalan principalmente las amenazas que pueden correr los políticos de no aplicar el enfoque del Documento.

4.3.3.2. Los profesionales

Del análisis de los discursos se observa que la principal debilidad referida a los profesionales es la insuficiente formación sobre el enfoque del Paradigma. El segundo tema hace referencia a la ética profesional, planteándose la necesidad de que los profesionales conozcan y apliquen el Código Deontológico. Ambos aspectos son formulados tanto por los profesionales, como por las personas mayores.

Complementariamente, los profesionales del segmento no asistencial no específico formulan tres aspectos que deben mejorar: trabajo en equipo, implicación y comunicación. Para que los profesionales superen sus debilidades, se les propone empatía con los usuarios de los servicios, propuesta por los profesionales del segmento asistencial específico.

Las personas mayores, por su parte, señalan la importancia de la vocación y el respeto a los derechos de las personas mayores.

La única amenaza observada hace referencia al coste – gasto de la implantación del Paradigma y es manifestada por las personas mayores (GD5).

Las fortalezas hacen referencia, por un lado, a la posición de cercanía en las relaciones cotidianas habituales profesional-personas mayores, y por otro, a las repercusiones positivas en términos económicos que comportaría para el sector asistencial la aplicación del paradigma (beneficios y disminución de costes) (GD2 y GD3).

Las oportunidades se formulan, principalmente en relación a los profesionales que trabajan en el campo asistencial y se articulan en dos perspectivas: las condiciones de trabajo y los resultados para las personas mayores. En la primera se identifican: mayor satisfacción con la tarea, que se asocia a una mayor calidad de vida, mayor participación de las personas mayores, que se asocia a más facilidades para la actividad profesional. En la segunda, concerniente a los resultados se plantea el fomentar la autonomía de las personas mayores ya que sus resultados se asocian a mejores condiciones de salud.

En síntesis, cabe señalar que las personas mayores asociadas a entidades no específicas (GD5) centran su discurso en las debilidades de los profesionales asistenciales mientras que el resto de grupos de discusión, los profesionales y las personas mayores asociadas a entidades de mayores (GD8), se refieren principalmente a las oportunidades y fortalezas.

4.3.3.3. Las personas mayores

Las debilidades de las personas mayores como actores en relación al Paradigma son comentadas, tanto por los profesionales como por las personas mayores.

Las debilidades comentadas por los profesionales hacen referencia a la concepción del envejecimiento que tienen las propias personas mayores que a menudo se restringe al déficit, incorporando poco una perspectiva de desarrollo y de fortalezas, así como a la relación que mantienen con los profesionales. Estos reclaman a las personas mayores “que sepan lo que quieren y cómo lo quieren” – segmento asistencial específico (GD1) –

Las personas mayores centran las debilidades en sí mismas, señalando la necesidad de aumentar la valoración de sus capacidades “se han de concienciar, que lo pueden hacer”, y la de construir un discurso adecuado en el que han de incluir a otras generaciones, en especial los jóvenes.

Es significativo destacar que no se han detectado amenazas en relación a las personas mayores como actores.

De las fortalezas de las personas mayores se dice que todavía tienen mucho que descubrir, decir y aportar, y a la vez que son necesarias, útiles y valiosas, y que pueden desarrollar capacidades. A la vez, se subraya la importancia de la preparación para afrontar esta etapa de la vida de forma activa.

No se han apreciado diferencias significativas entre grupos.

Las oportunidades hacen referencia a las ventajas del Envejecimiento Activo, se considera que si se aplica ese enfoque, las personas mayores pueden tener todavía nuevas experiencias y nuevas relaciones, incrementar su campo de decisiones, y aumentar la autonomía, la autoestima y la calidad de vida.

Cabe señalar que las oportunidades de un Envejecimiento Activo son señaladas únicamente por los GD de profesionales.

En síntesis, la mayoría de grupos indican principalmente las oportunidades y las fortalezas, a excepción del grupo de personas mayores asociadas a entidades no específicas (GD5) que advierte principalmente las debilidades de las personas mayores como actores.



5. Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos, se formulan a continuación las principales conclusiones:

1. Todos los Gd valoran el documento de forma positiva, para todos ellos la perspectiva que aporta el paradigma del Envejecimiento Activo resulta de interés, y por ello valiosa. Cabe señalar que todos los Gd, excepto los Gd 6 y 7 del segmento personas mayores frágiles, incluyen un horizonte de futuro. En todos los Gd se aprecia la concurrencia de imágenes positivas y negativas sobre la vejez, aunque son los Gd compuestos por personas mayores, los que manifiestan con mayor intensidad los componentes de coste y carga social asociados al envejecimiento. Asimismo, se aprecia una diferencia, por otra parte lógica, en la forma de encarar la lectura del documento. Para los Gd de profesionales prevalece el carácter científico - técnico del documento, mientras que para los Gd de personas mayores se trata de un documento vinculado al proyecto vital.
2. Entre los Gd se aprecian claras diferencias respecto a la perspectiva personas mayores autónomas - personas mayores frágiles, aunque todos los Gd introducen en sus discursos ambas situaciones, lo hacen con intensidades diferentes que se corresponden con las segmentaciones establecidas. Entre los Gd compuestos por profesionales, los Gd 1, 9 y 3 del segmento asistencial, se centran en las personas mayores frágiles, mientras que los Gd 2 y 4, del segmento no asistencial, lo hacen en las personas con autonomía funcional. Así pues, la variable relativa al marco de trabajo, asistencial / no asistencial, establece diferencias entre Gd, mientras que la variable relativa al contenido específico / inespecífico no las establece.

Entre los Gd compuestos por personas mayores, los Gd 6 y 7 del segmento personas mayores frágiles, se centran en las personas mayores frágiles, mientras que los Gd 5 y 8, del segmento personas mayores con autonomía funcional, abordan ambas situaciones. Así pues las personas mayores frágiles se centran en las propias vivencias, y en cambio las personas mayores con autonomía funcional amplían el abanico de situaciones. Cabe señalar una diferencia entre los Gd 5 y 8, del segmento asociaciones inespecíficas y específicas respectivamente. Mientras que en el primero las situaciones de fragilidad son tratadas más conceptualmente, en el segundo son percibidas desde escenas de la vida cotidiana.

3. Entre los Gd se aprecian diferencias en relación a la amplitud o restricción de los entornos percibidos. El Gd 7 formado por personas mayores frágiles que viven en centros residenciales, es el que percibe el entorno más reducido, situándose pues en uno de los extremos. Mientras que el Gd 4, profesionales del segmento no asistencial no específico, lo hace en el extremo opuesto, es decir, en un entorno muy amplio.

Entre los Gd de profesionales se aprecia una línea de progresión que transcurre desde el Gd 1, más centrado en entornos reducidos y dinámicas concretas, hasta los Gd 2 y 4, más centrados en entornos amplios y con baja referencia a dinámicas concretas.

De acuerdo a la segmentación, la variable asistencial establece diferencias entre los Gd. Los correspondientes al segmento asistencial se sitúan en su conjunto en entornos más reducidos. Aunque los Gd 3 y 9 establecen conexiones entre entornos, pero referidos a los sistemas de cuidados. Por su parte los Gd 2 y 4, del segmento no específico, se sitúan en entornos más amplios, por lo que la variable especificidad - inespecificidad de la actividad profesional no determina diferencias.

Otra línea de progresión se pone de manifiesto en relación al mayor o menor detalle sobre las dinámicas de capacitación - discapacitación entre los Gd 1, 9 y 3 correspondientes al segmento asistencial. Así, en los dos primeros - segmento asistencial específico - las dinámicas concretas de capacitación - discapacitación son tratadas de forma más extensa que en el Gd 3 - segmento asistencial no específico -. Este aspecto apunta a una diferencia establecida por la variable especificidad - inespecificidad entre los Gd del segmento asistencial.

Entre los Gd de personas mayores se aprecia también una línea de progresión. El Gd 7 - personas mayores frágiles que viven en centros residenciales - se concentra en el mundo cotidiano de la residencia, mientras que el Gd 6 - personas mayores frágiles que utilizan servicios domiciliarios - amplía mucho más los entornos cotidianos de actividad y relacionales.

Los Gd 8 y 5 - personas mayores autónomas - adoptan una perspectiva que articula entornos cotidianos y sistemas. Entre ambos se aprecia una diferencia relacionada con la variable tipo de asociación específica - inespecífica. Mientras que en el Gd 8 - personas mayores autónomas asociadas a entidades no específicas - se manifiesta una elevada centralidad en el funcionamiento y en las dinámicas de las asociaciones, en el Gd 5 - personas mayores autónomas asociadas a entidades específicas de mayores - este aspecto es escasamente tratado.

En relación a las dinámicas concretas de capacitación - discapacitación se aprecia una diferencia entre los Gd compuestos por personas mayores frágiles y los compuestos por personas mayores autónomas. Ya que en los primeros, Gd 6 y 7, se advierte una mayor presencia de aspectos cotidianos relacionados con las dinámicas de capacitación - discapacitación que no se aprecia en los segundos.

4. En todos los Gd, excepto en los Gd 6 y 7 del segmento personas mayores frágiles, se aprecia la necesidad de preparación asociada al desarrollo, a la implantación del paradigma del Envejecimiento Activo.

Todos los Gd compuestos por profesiones muestran una visión colectiva de la necesidad de preparación, centrada en los profesionales. Estos perciben que necesitan prepararse, en actitudes y competencias, para aplicar a fondo las formulaciones del paradigma Envejecimiento Activo. Complementariamente, perciben que las futuras generaciones de personas mayores estarán más preparadas, y por tanto, serán un elemento favorable al desarrollo del Paradigma, pero no abordan su preparación.

Los Gd de personas mayores 5 y 8, del segmento personas mayores autónomas, por su parte, adoptan una visión colectiva de la necesidad de preparación en la que se incluyen a ellos mismos y también a los profesionales. Se aprecia pues, una diferencia según el segmento, profesional o personas mayores, entre los Gd.

Esa diferencia no se advierte en relación a un tema: la necesidad de planificar, entendiendo la planificación como una forma de preparación colectiva. Este aspecto es compartido por todos los Gd de profesionales y por los Gd 5 y 8 del segmento personas mayores con autonomía funcional.

Todos los Gd advierten en mayor medida la presencia de lógicas de discapacitación que de capacitación, pero se diversifican en la forma de afrontarlas.

Entre los Gd de profesionales, los Gd 1, 3 y 9 del segmento asistencial, ponen de manifiesto criterios y actuaciones, con precisión y detalle, en relación con los sistemas sanitarios y sociales. Por su parte los Gd 2 y 4, del segmento no asistencial, se refieren más a las condiciones generales para afrontar la lógica discapacitadora.

Los Gd compuestos por personas mayores comparten criterios relativos a la calidad de la atención, la importancia del trato o de la implicación de las personas mayores. Se aprecian diferencias según la segmentación personas mayores autónomas - personas mayores frágiles. Los Gd 5 y 8, del segmento personas mayores autónomas, encaran de manera más combativa las expresiones de la lógica de discapacitación, que los Gd 6 y 7, del segmento personas mayores frágiles; sin embargo, entre éstos se aprecian diferencias en cuanto al nivel de empowerment, mucho más elevado en el primero - segmento utilizan ayudas para la vida diaria - que en el segundo - segmento viven en centros residenciales -, característica que impregna extensamente su posicionamiento

Asimismo, es en los Gd 5 y 8, donde se formula con mayor intensidad el reto de que ellos mismos han de ser activos en la construcción del cambio. Reconocen la influencia, en sus vidas y en las de sus coetáneos, de los valores sociales negativos, las imágenes tradicionalmente asociadas a la vejez, pero a la vez se plantean para sí mismos una responsabilidad, el tránsito de una posición de espectador a una posición de actor.

Bibliografía

- Ajuntament de Barcelona, (1999) Congrés de la Gent Gran de Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Ajuntament de Barcelona, (2001) El Consell Municipal de Benestar Social Propostes i realitzacions 2000-01. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Arber S., Ginn J. (1991) Gender and Later Life. London: Sage.
- Argoud D. (1998) Politique de la vieillesse et decentralisation. Les enjeux d'une mutation. Pratiques du champ social. Toulouse: érès.
- Argoud D. (1999) Travail et retraite: quels enjeux pour la société de demain?. Annes documents clairppa. 249: 1-4.
- Baltes M.M. (1982) Environmental factors in dependence among nursing home residents: a social ecology análisis. En Wills T.A. (ed.) Basic processes in helping relationships. New York: Academic Press.
- Baltes M.M. (1988) The etiology and maintenance of dependency in the elderly: three phases of operant research. Behavior Therapy 19: 301-319.
- Baltes, P.B., Dittmann-Kohli, F. I Dixon, R. (1984) New perspectives on the development of intelligence in adulthood: Toward a dual process conception and a model of selective optimization with compensation. A P.B. Baltes i O.G.Brim, Jr. (Eds.), Life-span development and behavior. Nueva York: Academic Press.
- Barenys M.P. (2002) Els valors socials i la gent gran. Revista catalana de Sociologia. 16: 9-27.
- Barenys, M. P. (1996) Los ancianos como actores sociales. REIS nº 73, 225-238.
- Barnes M., Walker A. (1996) Consumerism versus empowerment: a principled approach to the involvement of older service users. Policy and Politics. 24 (4): 375-391.
- Bazo M. T. (1996) Aportaciones de las personas mayores a la sociedad: análisis sociológico. REIS. 73: 209-222.
- Better Government for Older People. Web site: <http://www.bettergovernmentforolderpeople.gov.uk>
- Blaikie A. (1999) Can there be a Cultural Sociology of Ageing?. Education and Ageing. 14 (2): 127-139.
- Boer N. (1995) Petits logements avec unites de soin pour personnes âgées. En Flynn T. (ed) Solidarité entre les generations. Brest: Editions Nouvelles du Finistère.
- Branco, K.J. y Williamson, J.B. (1982) Stereotyping and the life cycle: Views of aging and the aged. A Miller, A.G. (Ed.), In the eye of the beholder . Nueva York: Praeger.
- Brault F. (1998) Vieillissement et souffrance. Annes documents clairppa. 249: 9-11.
- Breakwell G. M., Lyons E., Pont-Boix J. (2002) The study of collective action among older people: a social psychological perspective. MCFA Annals. Web site: <http://www.mariecuire.org>
- Brink S. (1993) Elderly empowerment. U.S. News & World Report. 26: 65-70.
- Buttler R. (1978) Overview on Aging. En Usdin G., Hofling J. Aging: The process and the people. New York: Brunner/ Mazel Publishers.
- Chambers P., Pickard J. (2001) Involving older members. Lifetime project in research: a report of research in progress. Education and Ageing. 16 (1): 27-38.
- Codina J., Lloveras G., Mauri E., Oriol Bosch A. (1994) Estudi sobre tendències y escenaris que actúen sobre les competències professionals en ciències de la salut. Barcelona: IES.

Colegio Oficial de Psicólogos (2002) Psicología, Psicólogos y Envejecimiento: contribución de la Psicología y los psicólogos al estudio y la intervención sobre el envejecimiento. Rev. Esp Geriatr. Gerontol. 37 (5): 268-275.

Coleman B. (2000) Assuring the Quality of Home Care: The Challenge of Involving the Consumer. Web site: <http://research.aarp.org>

Conrad P. Shneider J. (1980) Deviance Medicalization. From Badness to Sickness. San Luis: C. V. Mosby Co.

Cook J. or Saddler (2002) Older Women's lives and voices: participation and policy in Sheffield. Web site: <http://www.shef.ac.uk/uni/projects/gop/gop23.htm>

Corbella A., Maturana S. (1999) Papel del ciudadano en los servicios de salud. Posibilidades y limitaciones. Barcelona: IES.

Cormie J., Warren L. (2001) Working with older people. Guidelines for running discussion groups and influencing practice. Bristol: The Policy Press.

Coupland N., Coupland J., Howard G., Henwood K., Wiemann J. (1988) Elderly self-disclosure: interactional and intergroup issues. Language and communication. 8 (2): 109-133.

Cusack, S. (1994). Developing leadership in the third age: an ethnographic study of leadership in a seniors' center. Journal of Applied Gerontology, 13, (2), 127-142.

Cusak S. A. (1998) Leadership in Seniors' Centres: power and empowerment in relations between seniors and staff. Education and Ageing. 13 (1): 49 – 66.

Dalmases, M. (2003) Análisis del ejercicio actual de la medicina desde la perspectiva de la sociedad y de los médicos. Tesis doctoral. Departamento de Medicina. Facultade de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.

Documento de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2002) Decálogo del Envejecimiento. Rev. Esp Geriatr. Gerontol. 37 (5): 276.

Domínguez Alcón C. (2001) Construyendo el equilibrio. Mujeres, trabajo y calidad de vida. Madrid: Instituto de la Mujer.

Donabedian A. (1992) Quality assurance in health care: consumer's role. Quality in health care. 1: 247-251.

Estes C. L. (1993) The aging enterprise revised. The gerontologist. 33 (3): 292-298.

Estes C., Binney M. (1989) The biomedicalization of aging: dangers and dilemmas. The gerontologist. 29 (5).

Evaluating Dementia Care. The DCM (Dementia Care Mapping) Method. Seveth Edition. Bradford Dementia Group. University of Bradford.

Evers A. (1997) Consumers, Citizens and Coproducers – A pluralistic Perspective on Democracy in Social Services. En Flösser G., Otto H.U. (eds) Towards More Democracy in Social Services. Berlin y New York: Gruyter.

Fernández-Ballesteros, R. (1992) Mitos y realidades sobre la vejez y la salud. Barcelona: SG Editores S. A. Fundación Caja Madrid.

Fernández-Ballesteros, R. (2002) Vivir con vitalidad. Madrid: Pirámide.

Font J., Blanco I., Jiménez L., Pineda L., et al (2000) Participació ciutadana i Govern Local. Els Consells Ciutadans. Barcelona: Mediterrània.

Freidson E. (2001) Professionalism: The Thrid Logic. Londres: Policy Press.

Fundació la Caixa. (2002) Ángeles anónimos. Actividades de participación social de las personas mayores. Barcelona: Fundació la Caixa.

Fundación Salud, Innovación y Sociedad (2000) Envejecimiento y Dependencia: Futuros deseables y futuros posibles. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad.

- Gadamer H. (1996) *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.
- Gamson, W.A. (1992) *Talking Politics*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Generalitat de Catalunya (2002) *Llibre blanc de la gent gran activa*. El paper de la gent gran en la nova societat. 50 propostes de millora y 14 recomanacions. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Generalitat de Catalunya (2002) *Llibre blanc de la gent gran amb dependència*. Repensar l'atenció a la gent gran amb dependència: 45 propostes de millora y 10 recomanacions. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Goda G., Gognalons-Nicolet M., Zoller P.H. (1991) *Peut-on reussir sa vieillesse? Temoignages et perspectives en gerontologie psycho-sociale*. Geneve: Editions Médecine et Hygiène.
- Gomà R., Subirats J. (2002) *Noves tendències en la formació i posada en pràctica de polítiques socials per a les persones grans a Europa*. *Revista d'informació i estudis socials*. Barcelona societat. 11: 38-48.
- Guillemard A.M., Meunier Ch., Vertauteren R. (1991) *La retraite en mutation*. París: FEN.
- Herrera M. (1998) *Nuevos desafíos en políticas sociales: La community care*. *Reis* 82: 249-281.
- Horgas A., Wahl H.W. y Baltes M.G. (1996) *Dependency in late life*. En Carstensen L.C., Edelstein B.A. Dornbrand L. (Eds) *The practical handbook of clinical gerontology*. Thousand Oaks: SAGE.
- Ibañez T. (1988) *Representaciones sociales, teoría y método*. En Ibañez T. (Ed.) *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai.
- IMSERSO (2002) *Percepciones sociales sobre las personas mayores*. Madrid: IMSERSO.
- Izal M., Montorio I. (eds.) (1999) *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- James D., Coyle C. (1998) *Physical exercise, IQ Scores and Working Memory in Older Adult Men*. *Education and Ageing*. 13 (1): 37-48.
- Jenings M.K., Markus G.B. (1988) *Political Involvement in the Later Years: A longitudinal Survey*". *American Journal of Political Science*. 32 (2): 302-316.
- Jerrome D. (2002) *"That's what it's all about": Old people's organizations as a context for aging*. University of Sussex.
- Jodelet D. (Ed.) (1989) *les representation sociales*. París: PUF.
- Jovell, A. Y Navarro, D. (supervisores) (2003) *Necesidad y demanda del Paciente Oncológico. Estudio de la articulación de la vivencia y la demanda*. Informe-resumen. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad
- Kasper J.F., Mulley A.G. Wennberg J.E. (1992) *Developing shared decision- making programs to improve the quality of health care*. *Quality Review Bulletin*. 183-190.
- Kelly, C. & Breinlinger, S. (1996). *The Social Psychology of Collective Action: Identity, Injustice and Gender*. London: European Monographs in Social Psychology / Taylor & Francis, Ltd.
- Kitwood T. (1997) *Dementia Reconsidered. The person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Klandermans B., Oegema D. (1987) *Potentials, Networks, Motivations, and Barriers: steps towards participation in social movement*. *American Sociological Review*. 52 (4): 519-531.

- Klandermans, B. (1997). *The Social Psychology of Protest*. Oxford: Blackwell.
- Knight B., Fox L. (1999) La práctica de la terapia conductual. En Montorio I. y Izal M. (eds) *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Kraus S., Elliot L.B., Zuschlag M.K., Waterman A.S. (1992) Psychosocial Development in Adulthood: A 22 Year Sequential Study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 63 (2): 260-271.
- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis: an introduction to its methodology*. London: Sage.
- Krueger, R.A. (1994). *Focus groups*. London: Sage.
- Leichsenring K., Strümpel Ch., Groupe Saumon, (1998) *L'accueil des personnes souffrant de démence en petites unités de vie*. Viena: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Leveratt M. (1998) Independence, identity and participation: why low- income older persons may not use community services. ANZ Conference. Deakin University.
- Liao L., Jollis J.G., DeLong E.R. Peterson E.D., Morris K.G., Mark D.B. (1996) Impact of an interactive video on decision- making of patients with ischemic heart disease. *J Gen Intern Med*. 11: 373-376.
- Mannoni M. (1992) *Lo nombrado y lo innombrable. La última palabra de la vida*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Miller A. H., Gurin P., Gurin G., Malanchuk O. (1981) Group consciousness and Political Participation. 25 (3).
- Minichiello V., Browne J., Kendig H. (2000) Perceptions and consequences of ageism: views of older people. *Ageing and Society*. 20: 253-278.
- Moñivas A. (1998) Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento). *Anales de psicología*. 14 (1): 13-25.
- Moñivas Lázaro A. (1993) Representación e intervención social. *Cuadernos de Trabajo Social*. 45: 69-88.
- Montorio I., Izal M. (1997) La vejez con éxito. Pero ¿Por qué las personas mayores no se deprimen más?. *Intervención psicosocial*. 6(1): 53-75.
- Moscovici S. (1972) L'homme en interaction: machine à répondre ou machine à inférer. En Moscovici S. *Introduction à la sychologie sociaux*. París: Larousse.
- Myers J. E. (1993) "Empowerment" personal. *Revista de Gerontología*. 3: 3-8.
- OMS (2001) *Innovative Care for Chonic Conditions*. Informe de la reunión 30-31 mayo 2001. Ginebra: OMS.
- OMS, (2002) *Envejecimiento activo: un marco político*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 37 (2): 74-105.
- Oriol Bosch A. (2001, inédito) *Crisis del profesionalismo o la solución para la crisis*.
- Pérez Salanova M. (2002) *Envejecimiento y participación ¿Necesitamos nuevos enfoques?*. *Intervención Psicosocial* 10(3): 285-294.
- Pérez Salanova, M. (2001) *El papel de los profesionales en los procesos de participación de las personas mayores*. En 1er. Congreso de Personas Mayores del Principado de Asturias. Documentos de Política Social, 9. Oviedo: Consejería de Asuntos Sociales.
- Pérez Díaz, J. (2003) *La madurez de masas*. IMSERSO: Madrid

- Petrillo G. (1996) Profesionales de la salud y sida: representaciones sociales de la enfermedad, percepciones de riesgo de contagio y relaciones con enfermos y las personas seropositivas. En Basabe N., Páez D., Usieto R., Paicheler H., Deschamps J.C. El desafío social de la sida. Madrid: Fundamentos.
- Phillipson C. (1993) Approaches to advocacy. En Johnson J. Slater R. (eds) Ageing and later live. London: Sage.
- Phillipson C., Bernard M., Phillips J., Ogg J. (1999) Older people's experiences of community life: patterns of neighbouring in three urban areas. *The Sociological Review*. 714-743.
- Phillipson C., Biggs S. (1999) Population ageing: critical gerontology and the sociological tradition. *Education and Ageing*. 14 (2): 159-170.
- Powell J. L. (2000) The importance of a "critical" sociology of old age. Cambridge University Press.
- Powell J.L. (2001) Theorizing Gerontology: the Case of Old Age, Professional Power, and Social Policy in the United Kingdom. *Journal of Aging and Identity*. 6 (3): 117-135.
- Raynes N., Temple B., Glenister C., Coulthard L. (2001) Quality at home for older people. Involving service users in defining home care specifications. Bristol: The Policy Press.
- Regato Pajares P. (2002) A propósito del "envejecimiento activo" y de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento: qué estamos haciendo y qué nos queda por hacer. SEMFYC. Web site: <http://www.semfyc.es>
- Reiser S. J. (1993) The Era of patient: using experience of illness in shaping the missions of Health Care. *J.A.M.A.* 269:1012-1017.
- Rigaux N. (1995) Enjeux épistemologiques et socioculturels du discours médical sur la démence sénile. *Gérontologie et Societé*. 72: 41-51.
- Riley M., Riley J.W. (1989) The lives of older people and Changing social roles. *The annals of the american academy*. 503: 14-28.
- Rodríguez Cabrero G. (1997) Participación social de las personas mayores. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Salvarezza L. (1988) Psicogeriatría. Teoría y clínica. Buenos Aires: Paidós.
- Salvarezza L. (1998) Fausto, Miguel Strogoff y los viejos. A propósito de la construcción del imaginario social sobre la vejez. En Salvarezza L. (com.) La vejez. Una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez M., Bastida E., Cabrera C. (1999) La investigación sociológica de los mayores por los mayores. Análisis reflexivo de la vejez y envejecimiento productivo. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. 20: 85-98.
- Sancho Castiello M., Rodríguez Rodríguez P. (2001) Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro. *Intervención Psicosocial*. 10 (3): 285-294.
- Schur L., Shields T., Schriener K. (2002) Growing Older Alone? Social Capital, Age, Participation, and Disability. Pdf
- Seligman M.E. (1975) Helplessness: On depresión, development and death. San Francisco: Freeman.
- Serra A. (2002) La imatge de la jubilació. Actituds i expectatives de la població adulta. *Revista Catalana de Sociología*. 16.
- Serrander A., Schultz E. (2001) Empowerment of the Elderly. Web site: <http://www.alive-eu.org>

- Sheard A. G., Kakabadse A. P. (2002) Key roles of the leadership landscape. *Journal of Managerial Psychology*. 17 (2): 129-144.
- Souslsby J. (2000) Fourth Age Learning Report. NIACE.
- Subirats J., et al (2001) Experiències de participació ciutadana en els municipis catalans. Barcelona: Escola d'Administració Pública de Catalunya.
- Théry H. (1993) Les activités d'utilité sociale des retraités et des personnes âgées. *Annales documents cleirppa*. 220: 1-6.
- Thompson N., Thompson S. (2001) Empowering Older People. *Journal of Social Work*. 1(1): 61-76.
- Thursz D. (1993) Argumentos a favor del "Empowerment". *Revista de Gerontología*. 3: 112-113.
- Valles M.S. (1997) Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexiones metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis.
- Van den Borne H.W. (1998) The patient from receiver of information to informed decision-maker. *Patient Educ Couns*. 34: 89-102.
- Villasante T.R., Montañés M., Martí J. (coord..) (2000) La investigación social participativa. Construyendo ciudadanía/1. Madrid: El viejo Topo.
- Walker A. (1997) Conferencia: Profesionales, el estado del bienestar y el cuidado de los ancianos: el desafío de la participación. En Ponencias de las 3ª Jornadas de la AMG.
- Walker A. (1999) Political participation and representation of older people in Europe. En Walker A., Naeyele G. *The politics of old age in Europe*. Buckingham: Open university Press.
- Walker A. (2002) Futuros retos de la política social europea sobre personas mayores. *Rev. Esp Geriatr. Gerontol*. 37 (6): 334-341.
- Walker A. (2002) Participació i ciutadania: experiències europees amb gent gran. *Barcelona societats*. 11: 61-74.
- Walker, A. y Maltby, T. (1997). *Ageing Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Walker, A. y Naeyele, G. (Eds) (1999). *The politics of old age in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Wilson, G. (2000). *Understanding old age: critical and global perspectives*. London: Sage.
- Yanguas J., Leturia F. J. (2001) Intervenciones en gerontología: apuntes críticos para un nuevo milenio. *Intervención Psicosocial*. 10 (3): 343-353.