

25

Barcelona Societat

Revista de investigació y análisis social

Tribuna

Envejecimiento y rutas de participación en la era urbana: ¿hay que impulsar nuevos paisajes?

En profundidad

Barcelona ante el reto del cambio demográfico

La diversidad del cuidado de las personas mayores en situación de dependencia funcional en Barcelona

Contexto relacional y dinámicas familiares: maltrato a las personas mayores

La brecha digital de género en la experiencia vital de las mujeres mayores

La soledad en personas mayores: cómo hacerle frente desde su complejidad

Experiencias

“Bajamos a la calle”: diez años trabajando para mejorar la salud de las personas aisladas por barreras arquitectónicas

VinclesBCN: la lucha contra la soledad en Barcelona

El proyecto Radares: abordar la soledad de manera comunitaria

Barcelona para las **personas mayores**. Las supermanzanas sociales Can 70, un proyecto de envejecimiento en comunidad

La Escola de Salut i Envel·liment Actiu del Casc Antic



Sumario

Presentación

Bru Lain y Albert Sales

Editorial

Natalia Rosetti

Tribuna

Envejecimiento y rutas de participación en la era urbana: ¿hay que impulsar nuevos paisajes?.

Mercè Pérez Salanova

En profundidad

Barcelona ante el reto del cambio demográfico. Marc Martí-Costa y Sergio Porcel

La diversidad del cuidado de las personas mayores en situación de dependencia funcional en Barcelona. Albert Julià y Annel Rojas

Contexto relacional y dinámicas familiares: maltrato a las personas mayores. Àngels Campos, Carmina Català y Anna Vilaregut

La brecha digital de género en la experiencia vital de las mujeres mayores. Gabriela del Valle Gómez

La soledad en personas mayores: cómo hacerle frente desde su complejidad. Montserrat Celdrán y Regina Martínez

Experiencias

“Baixem al carrer” [Bajamos a la calle]: diez años trabajando para mejorar la salud de las personas aisladas por barreras arquitectónicas. Direcció de Promoció de la Salut (ASPB), Departamento de Salud del Ayuntamiento de Barcelona y CIBERESP

VinclesBCN: la lucha contra la soledad en Barcelona. Enrique Cano y Magda Orozco

El proyecto Radares: abordar la soledad de manera comunitaria. Rosa Rubio, Clara Costas y dinamizadores comunitarios

Barcelona para las personas mayores. Las supermanzanas sociales. Lluís Torrens

Can 70, un proyecto de envejecimiento en comunidad. Autoría colectiva de Can 70

La Escola de Salut i Envel·liment Actiu del Casc Antic. Jordi Bautista

25

Barcelona Societat

Revista de investigació y análisis social



Ajuntament
de Barcelona

Marzo 2020

Barcelona Societat

Revista de investigación y análisis social

Núm. 25 - marzo 2020

Consejo editorial

Laura Pérez, cuarta tenencia de Alcaldía del Área de Derechos Sociales, Justicia Global, Feminismos y LGTBI

Marga Marí-Klose, concejala de Infancia, Juventud, Personas Mayores y Diversidad funcional

Lucía Martín, concejala de Vivienda y Rehabilitación

Marc Serra, concejal de Derechos de Ciudadanía e Inmigración

Gemma Tarafa, concejala de Salud, Envejecimiento y Cuidados

Sonia Fuertes, comisionada de Acción Social

María Truñó, comisionada de Educación

Dirección académica

Bru Laín y Albert Sales

Redacción y coordinación

Pep Gómez, Txus Molar, Ramón Pablo y Paola Rodríguez del Departamento de Investigación y Conocimiento

Consejo de redacción

Eva Alfama, Departamento de Feminismos y LGTBI

Jaume Blasco, Instituto Municipal de Educación

Dolors Cotrina, Oficina Municipal de Datos

Marta Cruells, Sexta Tenencia de Alcaldía

Marta Fabà, Instituto Municipal de Servicios Sociales

Pep Gómez, Equipo de Dirección y Coordinación

Bru Laín, Universidad de Barcelona

Davide Malmusi, Dirección de Servicios de Salud

Sergi Morera, Instituto Municipal de Personas con Discapacidad

Laia Pineda, Instituto Infancia y Adolescencia de Barcelona

Maika Rodríguez, Agencia de Salud Pública

Albert Sales, Instituto Estudios Regionales y Metropolitanos de Barcelona

Vanessa Valiño, Concejalía de Vivienda

Asesoramiento lingüístico

Linguaserve I.S, S.A.

Diseño original

Croma Studio

Maqueta

Jordi Salvany

Fotografía

Istockphoto y Ayuntamiento de Barcelona

Algunas imágenes han estado cedidas por los autores de los artículos

Impresión

Dilograf, S.L.

Edición



Observatorio Social de Barcelona
Departamento de Investigación y Conocimiento
Gerencia del Área de Derechos Sociales
Ayuntamiento de Barcelona
Valencia, 344 - 08013 Barcelona
Teléfono: 934132669

ISSN: 1133-635

Depósito legal: B-21.686-1993

© Ayuntamiento de Barcelona

Barcelona Societat tiene una periodicidad semestral.

Se permite reproducir los datos y la información procedentes de fuentes municipales si se cita su procedencia. Los artículos incluidos en esta publicación son responsabilidad exclusiva de sus autores.



Presentación

Bru Laín y Albert Sales

Tal como se afirma en este monográfico, “La revolución de la longevidad”, el proceso de envejecimiento de nuestra sociedad representa uno de los principales desafíos a los que nos enfrentamos, cuya importancia no hará más que crecer en el futuro. Los mercados laborales y las políticas públicas, el sector de la vivienda, la movilidad, la salud, la participación social, los usos de las tecnologías, etcétera, son tan solo algunos de los ámbitos que hay que repensar de acuerdo con esta nueva realidad. En efecto, el envejecimiento generado por el cambio demográfico es un fenómeno estructural de largo alcance motivado por diversos y complejos motivos, cuyas consecuencias tienen y tendrán una repercusión sin precedentes sobre la realidad social, económica, política y cultural de los países y, en especial, de las ciudades. Sin duda, Barcelona está envejeciendo. Las previsiones indican que, antes de que finalice la década del 2030, habrá cerca de 375.000 personas empadronadas mayores de 65 años, el 25 % de la población total.

Debido a las consecuencias que eso supone para la ciudad, el presente monográfico de *Barcelona Societat* ofrece una mirada amplia y diversa sobre esta revolución de la longevidad, presentando y discutiendo algunos de los debates y de las problemáticas más destacadas que esta suscita. Por ejemplo, el artículo del apartado de tribuna trata sobre la participación social en la etapa del envejecimiento y cuestiona críticamente la propuesta del “envejecimiento activo”, defendida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), contraponiéndola a la perspectiva de la “amigabilidad”, una visión más adecuada a la nueva realidad de la era urbana. El segundo artículo inicia la sección de estudio en profundidad, abordando la Estrategia sobre cambio demográfico y envejecimiento, aprobada por el Ayuntamiento de Barcelona en el 2018, de la que hace un diagnóstico de acuerdo con las principales líneas de actuación que se recogen en esta: el ámbito de la vivienda, los cuidados, el apoyo social, la participación y las relaciones intergeneracionales. El tercer artículo profundiza en una de esas líneas de actuación, que, a la vez, representa un tema de importancia primordial: los cuidados de personas mayores en situación de dependencia en Barcelona. El texto utiliza la Encuesta de personas en situación de dependencia funcional hecha en la ciudad en el 2018 para identificar a varios colectivos de personas mayores dependientes y analizar sus situaciones y necesidades diferenciadas. Por otra parte, el cuarto artículo discute una cuestión a veces invisibilizada, pero siempre dramática: el maltrato a las personas

mayores. El artículo se pregunta cuáles son los principales contextos, dinámicas y patrones familiares en los que se produce este fenómeno y propone algunas actuaciones para erradicarlo. El quinto artículo analiza otra de las problemáticas asociadas al envejecimiento: la brecha digital a causa de la edad y, en particular, del género. Las mujeres mayores constituyen uno de los colectivos sociales que más impedimentos han sufrido a la hora de socializarse en las tecnologías de la información y la comunicación, como consecuencia de las desigualdades estructurales que históricamente han soportado. El texto utiliza algunas entrevistas en profundidad y destaca cómo la apropiación de las tecnologías por parte de este colectivo puede suponer una transformación y una mejora en sus vidas. Seguidamente, se aborda otro fenómeno vinculado al envejecimiento: la soledad vivida de manera no voluntaria por muchas personas mayores. Este sexto texto parte de un estudio elaborado por el Observatorio de la Soledad que explora las vivencias en torno a la soledad de personas en diferentes etapas biográficas: la adolescencia, la adultez joven, la adultez y la vejez. Su objetivo es entender cuáles son las estrategias que estos colectivos utilizan para responder a su soledad no deseada y qué actuaciones se pueden desarrollar para darle respuesta en la ciudad.

Por otra parte, en la sección de experiencias de este número de la revista, se discuten seis propuestas de actuaciones o programas concretos que se están desplegando actualmente en la ciudad de Barcelona, cuyo diseño y aplicación destacan por el grado de innovación que suponen para las políticas públicas municipales y para las organizaciones de la sociedad civil. Así, el séptimo artículo destaca el programa “Bajemos a la calle”, que busca reducir la soledad y el aislamiento y mejorar la calidad de vida y de salud de las personas mayores que sufren dificultades para salir de casa debido a barreras arquitectónicas y, por lo tanto, para socializarse de forma autónoma. Iniciado hace años en el barrio del Poble Sec, actualmente se aplica en 38 barrios de la ciudad y ofrece a estas personas la posibilidad de salir de casa para, así, incrementar su red social y su vinculación con el tejido comunitario. De modo similar, el octavo artículo presenta el programa VinclesBCN, iniciado en el 2014 como prueba piloto, que busca combatir las situaciones de soledad que pueden experimentar muchas personas mayores de la ciudad reforzando las redes y relaciones sociales y comunitarias; actualmente, se ha convertido en un servicio consolidado con cerca de dos mil personas usuarias. En relación con el programa Vincles, el noveno artículo explica y analiza el programa Radars. Este proyecto se impulsó por primera vez en el 2008 en el distrito de Gràcia y ha ido ampliando su radio de acción. En un escenario marcado por la emergencia de nuevos modelos residenciales, los cambios en las estructuras familiares, el aumento de los divorcios y las separaciones o los cambios en la edad de los movimientos migratorios, Radars es una iniciativa de carácter comunitario impulsada por el Área de Derechos Sociales Básicos que trata de integrar a la comunidad para mejorar la detección y la prevención de situaciones de riesgo y paliar la soledad que las personas mayores puedan sentir. Con un objetivo similar, el décimo texto aborda las denominadas *supermanzanas sociales* o *supermanzanas de cuidados*, creadas por la necesidad de mejorar el modelo de atención domiciliaria. Este programa intenta convertir la vivienda de la persona dependiente en receptora de servicios residenciales, una parte de los cuales son suministrados por el propio tejido asociativo y vecinal del barrio. El undécimo artículo dirige la mirada a una iniciativa relativamente poco explorada en nuestro territorio y que surge de la sociedad civil. El colectivo de personas mayores Can 70 defiende y propone la convivencia sénior como modelo habitacional para vivir la vejez, en el que el modelo de tenencia y de uso del suelo y de la vivienda, las normas de convivencia y la distribución de los espacios y los servicios se deciden de manera cooperativa. El duodécimo y último artículo trata la experiencia de éxito de la Escuela de Salud y Envejecimiento Activo del Casc Antic. Creada en el 2010 para combatir las situaciones de aislamiento y soledad experimentadas por las personas mayores, la escuela nació impulsada por los servicios sociales municipales junto con la

Mesa de Personas Mayores del Casc Antic y el conjunto de agentes implicados del distrito.

Tal como también se defiende en estas páginas, el envejecimiento representa una contribución inigualable a nuestra sociedad. La experiencia y los conocimientos que las personas mayores pueden aportar son, sin duda, un activo incalculable. Al mismo tiempo, sin embargo, también puede comportar ciertas situaciones de exclusión o desigualdad que hay que afrontar. Este número de la revista *Barcelona Societat* aporta algunas reflexiones, análisis y diagnósticos de lo que hacemos, de cómo lo hacemos y de qué deberíamos hacer desde las ciudades y el ámbito metropolitano. Esperamos contribuir a un debate que emerge como uno de los más trascendentes para la actualidad y el futuro de nuestras sociedades.

Editorial

Natalia Rosetti

Doctora en Ciencia Política y coordinadora de la Estrategia sobre cambio demográfico y envejecimiento del Ayuntamiento de Barcelona.

En el 2018 vivían 1.169 personas que tenían 99 años o más, mayoritariamente mujeres, el 84 %. Algunos cálculos estiman que se incrementa la vida cinco horas cada día, cerca de tres meses cada año. La esperanza de vida en Cataluña, 83 años, es de las más altas de Europa, y las proyecciones indican que en el 2050 la población de más de 65 años podría representar el 30 % del total. El proceso de envejecimiento, la denominada *revolución de la longevidad*, es uno de los principales fenómenos y desafíos de nuestras sociedades. El envejecimiento representa un avance para la contribución y los conocimientos que las personas mayores pueden aportar, pero también genera riesgos y situaciones de exclusión y desigualdad. El “edadismo”, la discriminación en razón de edad, existe al mismo tiempo que las situaciones de soledad no deseada entre las personas mayores. Cerca del 22 % de las personas de más de 65 años en Cataluña viven solas y, de estas, tres de cada cuatro son mujeres. La soledad no debe ser ningún problema si se vive positivamente, sin embargo, según la asociación Amigos de las Personas Mayores, aproximadamente el 58 % de las personas mayores que viven solas declaran sufrir soledad no deseada.

Por otra parte, las condiciones de las viviendas y su acceso son problemas que trascienden en la edad, pero que presentan unas situaciones específicas en la vejez. Aunque la vivienda en propiedad es predominante entre las personas mayores, hay personas de más de 65 años viviendo de alquiler (casi el 10 % en Cataluña) y con problemas de acceso a una vivienda confortable o adecuada, sobre todo cuando irrumpen problemas de salud o de movilidad. En Barcelona hay 6.000 personas en sus casas esperando residencia (18.000 en Cataluña). Otra cuestión preocupante son las desigualdades en los ingresos: en Cataluña, el 60 % de las pensiones están por debajo de los 1.000 €. Las contributivas son de 1.100 € por término medio, a pesar que las de las mujeres son un 44 % inferiores a las de los hombres. Las de viudedad son de 660 € por término medio, mientras que las no contributivas son, por término medio, unos 340 € en el 2017. Ante esta cuestión se entiende la irrupción, hace unos dos años, del movimiento de pensionistas reclamando unas pensiones dignas.

El reto demográfico no es relativo a las personas mayores, sino un desafío para la sociedad. Una serie de cambios sociales, como la creciente urbanización y la dicotomía mundo rural y urbano, “interseccionan” con los cambios demográficos y condicionan las acciones para hacerle frente. Las nuevas estructuras familiares, los cambios de los roles de género y la crisis de los cuidados, el debilitamiento de los vínculos comunitarios y una creciente individualización, o la revolución tecnológica, son transformaciones que afectan a nuestra vida cotidiana. Todo ello reclama un replanteamiento de las políticas públicas y la necesidad de nuevos análisis sobre el envejecimiento.

Y también nuevas maneras de abordar la soledad no deseada o los apoyos a personas de edad muy avanzada. En este contexto se pueden señalar tres dimensiones del proceso de envejecimiento:

- Ante la feminización del envejecimiento y de los cuidados, se debe introducir la perspectiva de género y el feminismo en las políticas públicas. Las mujeres mayores heredan fuertes desigualdades de condiciones, denominado la “feminización de las condiciones de envejecimiento”. También en la provisión de los cuidados, las desigualdades sociales y de género son inmensas y nos obligan a plantear nuevas respuestas.
- La diversidad de envejecimientos implica necesidades diferenciadas, al aplicar una perspectiva de inclusión social y la atención adecuada a colectivos específicos: las situaciones de aislamiento o soledad no deseada, el envejecimiento vinculado a procedencias y orígenes diversos o la visibilización de personas mayores LGTBI. Inevitablemente, eso da lugar a una agenda de políticas másque, además, tiene que tener en cuenta su experiencia y participación. para las personas mayores.
- La autonomía y la participación activa deben ser centrales en la coparticipación, codiseño y la coproducción de las políticas públicas, situando las personas mayores en el centro para hacerlas partícipes, no solo en el momento de valorar un servicio, sino en todos los ámbitos y ciclos de las acciones públicas. Se trata de reorientar las políticas para que sean transversales e intersectoriales, como la atención integrada social y sanitaria. También con proyectos innovadores que tengan en cuenta la experiencia de entidades y organizaciones sociales, y que apuesten por la acción comunitaria y la autogestión de las personas mayores. Los talleres de salud y autocuidado o el convivencia son ejemplos de ello.

El ámbito local se convierte en el espacio por excelencia de las políticas de envejecimiento. Para incluir la heterogeneidad de situaciones y de respuestas es fundamental hacerlo desde las prácticas cotidianas y la proximidad. Los gobiernos locales han desplegado políticas para las personas mayores desde hace décadas, pero que ahora hay que fortalecer. Como en otras políticas, la conexión global-local ha contribuido a fortalecer las políticas de proximidad. La presentación del documento sobre envejecimiento activo por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas en el 2002 marcó un momento clave. El paradigma del envejecimiento activo se ha consolidado como estrategia de intervención a escala internacional desde una perspectiva de prevención e inclusión social. A partir del 2010, emergió el movimiento de las “ciudades amigas de las personas mayores”. Actualmente, la Red Mundial de Ciudades Amigas de las Personas Mayores reúne más de quinientas ciudades y comunidades del mundo y tiene entre sus objetivos diseñar entornos seguros y accesibles para promover la movilidad y la participación. En el ámbito europeo también se han creado redes con la Declaración de Dublín sobre ciudades y comunidades adaptadas a las personas mayores en Europa del 2013 o el Pacto por el

cambio demográfico. También la red de ciudades Eurocities ha creado un grupo de trabajo sobre *urban ageing*, en el que participa el Ayuntamiento de Barcelona con el objetivo de intercambiar buenas prácticas entre ciudades y avanzar en la agenda local sobre envejecimiento. Sin embargo, los problemas para las personas mayores vinculados al acceso a una vivienda adecuada, a los servicios sanitarios y sociales o los ingresos se pueden agravar en el futuro y otras áreas de gobierno con competencias en estas materias, tendrían que contribuir a fortalecer las políticas de bienestar para las personas mayores. El caso de las pensiones es grave cuando se considera uno de los pilares del estado de bienestar, y muchas personas están lejos de acceder a unos ingresos dignos una vez llegan a su jubilación.

Tanto el paradigma del envejecimiento activo como las ciudades amigas de las personas mayores se han erigido como referencias en el campo de las políticas para las personas mayores. Como en todo marco interpretativo, sus enfoques pueden poner énfasis en diferentes aspectos ya que tienen implicaciones en la manera en que se definen los problemas y las opciones políticas que se escogen. El paradigma del envejecimiento activo o el de las ciudades amigas, puede priorizar el campo de la salud, la sostenibilidad del sistema y la participación en el mercado laboral o los derechos de ciudadanía de las personas mayores. En definitiva, el concepto de “envejecimiento activo” puede tener diferentes lecturas, si se enfatiza una aproximación más “productivista” o, en contra, se defiende la contribución de las personas mayores a partir del trabajo voluntario y de transmisión de conocimiento. Por este motivo, algunas propuestas consideran que es un concepto que no incluye la situación de los grupos más vulnerables y que, en consecuencia, sería necesario repensar este modelo incluyendo la idea de “ciudadanía activa” en la que se reconozca la diversidad (Del Barrio *et al.*, 2018). Como sostiene David Harvey, una ciudadanía diferente que garantice el derecho activo a construir colectivamente una ciudad con espacios y bienes comunes. A partir de estas propuestas, se ha recuperado la idea del derecho a la ciudad sobre la que reflexionó Henri Lefebvre hace más de cincuenta años.

Es a partir del proceso de Habitat III y la Nueva Agenda Urbana aprobada en el 2016 cuando se incorpora el concepto de “derecho a la ciudad”, una propuesta que había sido defendida por movimientos sociales urbanos y que generó una cierta controversia en la cumbre de las Naciones Unidas. El derecho a la ciudad irrumpe como un enfoque alternativo que sitúa los derechos sociales, económicos, culturales y ambientales en el centro de la acción política. Ante el proceso acelerado de urbanización y las injusticias que cogen una dimensión territorial y específica en las ciudades globales, el derecho a la ciudad reclama más poder a las instituciones locales y más democracia de proximidad. El objetivo es revertir el modelo neoliberal que permite al capital convertir las ciudades en una mercancía más para su beneficio particular. La defensa de los bienes comunes y el derecho a la ciudad reconocen el conflicto urbano que tendría que resolverse consiguiendo barrios, pueblos y ciudades capaces de responder a las necesidades sociales y hacerlo de manera cooperativa y participativa.

Hoy Barcelona se ha situado a la cabeza en inversión social y políticas de innovación, y también quiere aportar una nueva mirada al envejecimiento. Una visión a largo plazo que tiene la voluntad de alinear todas las políticas municipales, con el derecho a la ciudad para todas las edades como idea motor de la nueva estrategia. En consecuencia se está priorizando fortalecer las políticas para las personas mayores, asumiendo los nuevos retos sociales y demográficos. Tras un año de análisis y planificación compartida, con la participación del Consejo Asesor de las Personas Mayores y del Consejo Municipal de Bienestar Social, el Ayuntamiento de Barcelona aprobó en el 2018 la “Estrategia sobre

cambio demográfico y envejecimiento: una ciudad para todos los ciclos de vida (2018-2039)¹. Esta estrategia parte de un diagnóstico y prospectiva demográfica para tener evidencias y planificar políticas efectivas para ahora y para el futuro. Por primera vez, se han elaborado mapas para conocer equipamientos y situar a las personas mayores y sus necesidades en el ámbito microterritorial. Se ha identificado las personas mayores que viven en cada manzana de casas de la ciudad, su grado de autonomía y los servicios de atención que reciben en el domicilio y si cuentan con una persona cuidadora no profesional. Estos datos son una valiosa fuente de información para planificar los servicios de proximidad y la acción comunitaria.

La estrategia de envejecimiento recoge 77 acciones organizadas en cuatro ejes: a) el derecho a vivir en la ciudad a lo largo de la vida; b) la convivencia intergeneracional; c) el envejecimiento activo, d) planificación del cambio demográfico y la innovación. También presenta un balance con el objetivo de conocer las políticas de personas mayores y fortalecer los servicios: un catálogo de los 62 servicios municipales para las personas mayores a los que se añaden los servicios y las acciones de los distritos. Un catálogo denso y complejo que muestra un ámbito de política municipal muy activo y que se constata en el aumento del presupuesto. El Área de Derechos Sociales llegó a los 138 millones de euros en el 2018 en políticas para las personas mayores, un incremento del 65 % con respecto a cuatro años antes. Entre los aspectos innovadores de la estrategia, cal señalar las denominadas “supermanzanas sociales”. Tomando como referencia las supermanzanas de movilidad, se han impulsado proyectos piloto para mejorar la atención a las personas mayores en los domicilios y ensayar la integración de los servicios sociales y sanitarios con la intención de ampliarlos progresivamente en toda la ciudad. Por otra parte, la estrategia asume la perspectiva intergeneracional, fortaleciendo proyectos ya existentes e incorporando la idea del derecho a la ciudad para todos los ciclos de vida. Finalmente, la estrategia municipal pretende potenciar la capacidad de innovación que tendría que incluir la planificación y evaluación rigurosa y participativa de las políticas, así como la perspectiva metropolitana y la cooperación interinstitucional. Las respuestas a algunos retos del proceso de envejecimiento tienen que partir necesariamente de un conocimiento más amplio. Por ejemplo, más conocimiento para actuar ante las necesidades de las personas de edad más avanzada o las que sufren trastornos cognitivos y demencias, saber más sobre la situación de las personas de orígenes culturales diversos o cómo facilitar la participación de personas en situación más vulnerable.

La agenda de políticas para personas mayores es bastante compleja y reúne temáticas muy diferentes. Se pueden destacar algunos ámbitos emergentes que se están trabajando en el ámbito local, a menudo con enfoques innovadores, como la educación y la cultura a lo largo de la vida; el empleo y las habilidades laborales y la contribución social; el fomento de la economía social y solidaria y del tercer sector social vinculado al envejecimiento; la atención integrada social y sanitaria; las nuevas modalidades de atención domiciliaria y apoyo comunitarios; las viviendas alternativas; la lucha contra el aislamiento y la soledad no deseada; la movilidad y el transporte, y el espacio público amigable. Es precisamente desde la proximidad desde donde se multiplican las demandas, y se tienen que dar respuestas. También porque si estas respuestas tienen que incluir la participación y la acción comunitaria solo es posible hacerlo desde el territorio, los barrios, promoviendo la autogestión de las personas mayores. Eso pasa por fortalecer los gobiernos locales y dotarlos de más recursos, pero también para que se impliquen de otras esferas del gobierno. Tanto las oportunidades como los riesgos propios del proceso de envejecimiento y cambio demográfico necesitan una planificación y

1. Se puede descargar en el siguiente enlace (catalán):

<https://ajuntament.barcelona.cat/gentgran/ca/canal/estrategia-sobre-canvi-demografic-i-envelliment>.

esfuerzo que aún no se está produciendo y que los gobiernos locales en solitario no pueden asumir. Por eso, también es importante reforzar el apoyo mutuo, la cooperación, los vínculos comunitarios y la democratización y apoyo a los cuidados, valores centrales del feminismo.

Para alcanzar más justicia social y de género, en definitiva, debemos ser capaces de hacer efectivo el derecho a la ciudad para todos los ciclos de vida. La 5ª convención de “Las voces de las personas mayores” celebrada en el 2019² hacía un llamamiento final a promover una alianza entre generaciones para reivindicar y fortalecer derechos especialmente vulnerados en colectivos como las mujeres, los y las jóvenes o las personas mayores. Siguiendo a Nancy Fraser, son necesarias políticas que hagan frente a la dimensión distributiva, pero también a la del reconocimiento, situando la lucha contra las desigualdades sociales y de género en el centro de la agenda local. Y, sobre todo, se debe hacerlo escuchando todas las voces, con empoderamiento y participación real.

2. El material de la convención se puede encontrar en el siguiente enlace (catalán):
<https://ajuntament.barcelona.cat/gentgran/ca/content/convencio-les-veus-de-les-persones-grans>

Tribuna



Marzo 2020

Palabras clave: participación transformadora, envejecimiento activo, agendas políticas, coinvestigación en espacios urbanos

Envejecimiento y rutas de participación en la era urbana: ¿hay que impulsar nuevos paisajes?

Mercè Pérez Salanova³

El artículo presenta, en primer lugar, la concepción de la participación ofreciendo, por una parte, la perspectiva de las personas mayores a través de sus voces y, por otra, la correspondiente a los marcos políticos. Para ello se presenta como marco de referencia la propuesta de “envejecimiento activo” elaborada por la OMS, a la vez que se introduce el contexto internacional en el que aquella propuesta surge. El análisis de varios principios básicos y la reflexión sobre su aplicación ponen de manifiesto la distancia entre las coordenadas de participación formuladas en la propuesta y su aplicación. Posteriormente, se analizan las aportaciones que la perspectiva de la “amigabilidad” proporciona y su contribución en un contexto de importancia creciente de las ciudades, la era urbana. Para finalizar, se exponen diferentes consideraciones y criterios teóricos y prácticos para avanzar en la participación.

Introducción

Desde la teoría de la actividad formulada a mediados del siglo xx hasta los planteamientos de la coinvestigación (Walker, 2007), la participación de las personas mayores ha estado presente de forma continuada tanto en los marcos planteados en el ámbito gerontológico y en las políticas dirigidas a las personas mayores como en los comentarios cotidianos sobre el envejecimiento. Es una noción habitualmente conectada con la idea de envejecer bien.

En este artículo nos acercaremos a la concepción de la participación explorando, por una parte, la perspectiva de las personas mayores a través de sus voces, y por otra, la correspondiente a los marcos políticos; en primer lugar, tomando como marco de referencia la propuesta de “envejecimiento activo” elaborada por la OMS e inscribiéndola en el contexto internacional donde surge, y posteriormente el marco de la “amigabilidad”. El estudio de ambas formulaciones facilita comprender el sentido de sus contribuciones, así como las diferencias entre ambas en materia de participación. Para finalizar, propongo un conjunto de consideraciones y criterios de naturaleza teórico-práctica con la finalidad de impulsar nuevas estrategias de participación.

3 .Doctora en Psicología. Instituto de Gobierno y Políticas Públicas. Universidad Autónoma de Barcelona

¿Qué significados reviste la participación para las personas mayores?

Para acercarnos a la perspectiva de las personas mayores, mostraré los resultados de una amplia investigación cualitativa que presenta sus visiones de la participación, entrelazadas con experiencias y vidas cotidianas (Raymond, Sevigny y Tourigny, 2012)⁴. El análisis de las narraciones de las personas mayores permite trazar las siguientes seis líneas de significado de la participación social:

1. Ver el mundo, estar en el mundo y desarrollar relaciones significativas. En esta visión, lo que las personas subrayan no es el tipo de actividad que hacen o su contenido; subrayan que las actividades son la oportunidad para desarrollar relaciones sociales. Las relaciones son el denominador común que realzan. En unos casos enfatizan la posibilidad de no estar solos: hacer algo juntamente con otras personas. En cambio, para otros, lo central es la calidad de la relación, la calidez del contacto, el afecto. La conexión con otras personas se presenta como una estrategia para combatir el aislamiento.
2. Vivir actividades placenteras y agradables en grupo; tomar parte en actividades de ocio, que son valoradas porque cada cual puede elegir y en las que aprecian su función de distracción. La participación en actividades ofrece estímulos para salir de casa, del espacio doméstico o de la habitación en la residencia, brinda oportunidades de socialización y de establecer relaciones positivas, también permite descubrir intereses que se comparten, así como sentir que se mantienen en forma.
3. Implicarse en un proyecto colectivo. La dimensión colectiva se refiere tanto al contexto en el que el proyecto se lleva a cabo como a su contenido. Así, las personas presentan en sus explicaciones los entornos en los que participan y también los diferentes tipos de proyectos en los que converge el grupo de personas implicadas. Más que la envergadura del proyecto, valoran que su configuración y el contexto en el que se lleva a cabo permitan que todas las personas puedan contribuir. Es decir, se valora tanto la posibilidad de hacer conjuntamente como la de reconocer la diversidad. Igualmente subrayan que la contribución se produzca en el terreno de lo tangible y que se posibilite la variedad de las aportaciones en un proceso con resultados identificables e impactos.
4. Ayudar a otros, así como la ayuda mutua. Hacer algo para que otras personas se sientan mejor en su vida cotidiana, a menudo personas vulnerables, pero no solo eso, puesto que los jóvenes son un grupo mencionado como receptor. La imagen de la ayuda a otras personas mayores es concebida como ayuda entre pares o expresión de solidaridad, sobre todo cuando se trata de personas aisladas o cuya vulnerabilidad repercute en la invisibilidad de sus necesidades. Se trata de una visión de la participación social en la que se ponen de manifiesto las habilidades requeridas; habilidades de tipo relacional como la actitud de acogida y la escucha del otro; habilidades de cuidado para sostener apoyo, expresar afecto y construir un vínculo de confianza con la persona a la que se ayuda.
5. Transmisión de saberes. En esa línea confluyen los saberes contruidos a lo largo de la historia de vida con la expresión de generatividad; se trata de aportaciones que ayudan o que pueden servir de orientación para las generaciones siguientes. Se trata de una transmisión susceptible de realizarse en diferentes esferas de actividad y en diferentes entornos, actividades sociales, de voluntariado y también en el entorno

4. En la investigación realizada en Quebec se llevaron a cabo trece grupos de discusión en los que fueron consultados más de 100 participantes, personas mayores, mayoritariamente, y profesionales de primera línea que trabajaban con o para las personas mayores.

familiar. En esa forma de participación las experiencias personales se ponen al servicio del bienestar del entorno próximo o de la comunidad. Cuando las personas mayores formulan esa concepción de la participación, a menudo la plantean como una reivindicación adecuada para redefinir el rol social de las personas mayores. Sostienen esa reivindicación advirtiendo que en todos los entornos la transmisión de saberes puede contribuir a reafirmar los lazos entre los grupos sociales, entre maneras diferentes de vivir y de pensar. Por ejemplo, algunas personas mayores con discapacidades motoras o sensoriales plantean que este tipo de participación constituye una oportunidad para transmitir —tanto a sus pares como a jóvenes con discapacidad— “los pequeños trucos” que han construido a lo largo de años afrontando el desafío de su integración social.

6. Aumentar el poder en las decisiones sobre cuestiones que les conciernen. En esta definición, la participación se plantea como un elemento de mediación entre las personas y las dimensiones colectivas o políticas de la vida en sociedad. Para ello se requiere un espacio donde cada uno es escuchado y en el que todas las opiniones sirven para definir las elecciones colectivas. La participación vinculada a las decisiones se concibe como una forma de enfrentar la marginación social o política de las personas mayores. Las prácticas comentadas se sitúan tanto en el ámbito nacional como en el local, y en el marco de organizaciones tanto públicas como comunitarias.

Si observamos el conjunto de significados, podemos ver que se vertebran alrededor de tres dimensiones: las relaciones, las aportaciones y la incidencia en la política. En el centro de ese triángulo se sitúa el hacer, las actividades. También podemos advertir que la densidad varía entre los tres componentes, los dos primeros están más presentes que el tercero. Asimismo, el panorama de significados nos hace pensar en una posición no explicitada, la correspondiente a las personas mayores como usuarias de servicios tanto comunes a otros grupos de edad como específicos.

¿Cómo se configura la participación? Una aproximación a las agendas internacionales y los marcos gerontológicos

En una reciente revisión sobre las publicaciones en materia de participación cívica de las personas mayores correspondientes a un amplio período, 1963-2017, se pone de manifiesto el crecimiento habido desde finales de los años noventa y especialmente desde el 2006 (Serrat, Scharf, Villar y Gómez, 2019). Claro está que la cantidad de investigación publicada es solo una muestra en relación con lo que acontece en la vida cotidiana. Pero, en este caso, además de ofrecernos una señal, nos conduce a adentrarnos en ese calendario. ¿Son fechas arbitrarias? A mi modo de ver, acercarnos a ese calendario de crecimiento de la investigación es útil para explorar cómo se ha configurado la participación en el campo del envejecimiento. En las siguientes líneas, sin ánimo de exhaustividad, expondré una serie de iniciativas de alcance internacional en las políticas gerontológicas cuyo trazado desde mediados de los años noventa hasta la primera década del siglo XXI nos permite advertir cómo se configura la participación.

La Comisión Europea declara 1993 como Año Europeo de las Personas Mayores y de la Solidaridad entre las Generaciones; Naciones Unidas declara 1999 Año Internacional de las Personas Mayores; y en el 2002 tiene lugar la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento en la que se presenta la propuesta sobre el envejecimiento activo por parte de la OMS y en la que aprueba el Plan de Acción Internacional. En el 2007, en el marco del Día Internacional de las Personas Mayores, la OMS presenta el proyecto Ciudades Amigas de las Personas Mayores (*Age Friendly Cities*). Veamos algunos componentes en esas iniciativas.

La celebración en 1993 del Año Europeo se plasma en iniciativas muy variadas y, en muchos casos, con elevada visibilidad. Algunas características que resaltar: a menudo se trata de iniciativas en las que confluyen agentes sobre el terreno junto con organizaciones de mayor tamaño; se produce una elevada circulación de información sobre proyectos en diferentes escalas entre Estados, en el interior de los países y entre ciudades; el apoyo económico de la Comisión favorece la creación de redes de proyectos de diferentes países cuyo funcionamiento propicia el intercambio sobre las concepciones y las prácticas. El tema participación, como componente central o complementario, se expande, y también su visibilidad. A modo de ejemplo, tenemos la Red Salmón —toma ese nombre porque el salmón es un pez que nada a contracorriente—, que agrupa promotores de pequeñas unidades de vida nacidas como alternativa a los centros residenciales en diferentes países europeos. Se trata de experiencias que presentan configuraciones diversas promovidas por promotores con estatus también diversos. En esa red, puede identificarse el germen del enfoque “Atención Centrada en la Persona” y de concepciones innovadoras en el cuidado de las personas con Alzheimer (Guisset, 2008). El marco de la convocatoria europea pone también en primer plano la perspectiva de la solidaridad entre las generaciones, lo que conduce al afloramiento o al nacimiento de proyectos vertebrados en torno a la participación. En el contexto español durante ese período, tanto en la preparación del Año Europeo como posteriormente, se produce una eclosión de iniciativas de todo tipo, entre ellas, convocatorias de apoyo a proyectos y seminarios y cursos de formación donde la participación está incorporada. Todo ello contribuye a ampliar y diversificar los actores y a difundir nuevos marcos sobre el envejecimiento. En este sentido, cabe señalar que nacen y se expanden los planes gerontológicos que, si bien no guardan relación directa con la convocatoria europea, reciben su estímulo indirecto. Todos los planes desde el diseñado de ámbito estatal hasta los impulsados por las comunidades autónomas y también por algunas ciudades —como en el caso de Barcelona— sitúan la participación de las personas mayores como cuestión central.

También en la agenda de las Naciones Unidas se traza un recorrido de calado en ese período. En 1990, la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció el 1 de octubre como Día Internacional de las Personas de Edad. En 1991, la Asamblea General adopta los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad; principios relativos a la independencia, la participación social, la atención, la realización personal y la dignidad. Y en 1992 proclama 1999 como Año Internacional de las Personas de Edad.

En el recorrido impulsado desde las Naciones Unidas, el elemento central se sitúa en el 2002, con la celebración de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Madrid, donde se adopta el Plan de Acción Internacional, estructurado en torno a tres orientaciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable. Hay dos aspectos que conviene destacar. El primero, el Plan se plantea como base para la formulación de políticas, dirigida a los Gobiernos, a las organizaciones no gubernamentales y a otras partes interesadas; políticas que reorienten la manera en que las sociedades perciben a los ciudadanos de edad, se relacionan con ellos y los atienden. El segundo aspecto es que por primera vez los Gobiernos aceptan vincular las cuestiones del envejecimiento a otros marcos del desarrollo social y económico y de los derechos humanos, en particular los convenidos en las conferencias y cumbres celebradas por las Naciones Unidas durante el pasado decenio. La finalidad que se plantea es el cambio de actitud, de políticas y de prácticas con la finalidad de aprovechar el enorme potencial de las personas mayores en el siglo xxi.

El paradigma del envejecimiento activo, propuesto por parte de la Organización Mundial de la Salud en el marco de la Asamblea del 2002, es el exponente más visible de aquella finalidad. El documento “Envejecimiento activo: un marco político” (OMS, 2002), resultado

de la revisión de los programas dedicados al envejecimiento saludable desde mediados de los años noventa y de variadas líneas de consulta y debate, ha tenido un gran impacto en la planificación y las prácticas a lo largo de estas dos décadas, lo que justifica que nos adentremos en algunas de sus características principales.

Envejecimiento activo: un marco político para la acción

Tal como su título indica, la formulación de la OMS, que se presenta en el 2002, es definida en términos de marco político, es decir, no se propone como un modelo conceptual del envejecimiento, a diferencia de lo que sucede con otras formulaciones como las relativas al “envejecimiento con éxito” o al “envejecimiento productivo”. Si bien es cierto que todas ellas comparten la característica de ofrecer propuestas para la adaptación al envejecimiento, en el planteamiento de la OMS se otorga más atención a las políticas que a la perspectiva individual. La definición del envejecimiento activo lo presenta como el proceso de optimización de las oportunidades de seguridad, salud y participación de las personas con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas en la medida que envejecen⁵.

En relación con la participación, el componente nuclear es el reconocimiento de las personas mayores como aportadoras y destinatarias del desarrollo, postulado como posición alternativa a los estereotipos de pasividad y carga. El análisis del documento pone de manifiesto que esa posición se articula en torno a cinco elementos clave: la noción “actividad”, la perspectiva del ciclo vital, el enfoque de la planificación, la concepción de la discapacidad y el enfoque multisectorial (Pérez Salanova, 2016b). A continuación, describiré brevemente dichos elementos introduciendo algunas reflexiones críticas sobre su aplicación.

El significado de la noción “actividad”

El envejecimiento activo comprende todas las actividades significativas para el bienestar de la persona, su familia, la comunidad y la sociedad. *Actividad* significa implicación en las cuestiones familiares, sociales, culturales, cívicas. En consecuencia, desde la perspectiva formulada por la OMS, resulta erróneo restringir esta noción a la esfera de la empleabilidad o de la productividad. La maleabilidad de la noción “actividad” es uno de los rasgos que sostiene en mayor medida la banalización de la que ha sido, y es, objeto el paradigma propugnado por la OMS. Probablemente la banalización no es independiente del uso común del término, uso que sin duda ha facilitado la difusión y contribuido a popularizarlo. Ahora bien, esa explicación no debería impedir la reflexión sobre la aplicación generalizada de la noción “envejecimiento activo”, a mi modo de ver abusiva, por parte de actores institucionales, actores públicos y privados, y los efectos que se derivan de ese tipo de aplicación.

La perspectiva del ciclo vital

Con la incorporación del curso de la vida, el paradigma del envejecimiento activo pone de relieve la importancia de las oportunidades y las decisiones a lo largo de la vida en términos de su influencia sobre las condiciones de vida a lo largo de la vejez. En esta dirección, el ciclo vital se concreta desde una vertiente preventiva con alcance para las diferentes etapas vitales y que afecta, por tanto, a todos los grupos de edad. A la vez, la perspectiva del ciclo vital se despliega en otra vertiente, la que concierne a la interacción y solidaridad entre las diferentes generaciones en cada período.

5. En el 2015, el Centro Internacional de la Longevidad de Brasil publica, bajo la dirección de Alex Kalache, el documento *Envejecimiento activo: un marco político ante la revolución de la longevidad* con el objetivo de actualizar el documento publicado por la OMS en el 2002.

El enfoque de la planificación

El paradigma propone un enfoque de la planificación en el que las personas mayores, y también sus cuidadores, se implican en la planificación, el seguimiento y la evaluación de políticas y programas. El principio rector es la concepción de las personas mayores como actores con obligaciones y derechos sociales. En consecuencia, la planificación con ese enfoque exige superar un modelo basado en la posición pasiva de las personas mayores y en las necesidades estandarizadas. Asimismo, comporta la transformación de los esquemas de relación y de interacción entre los responsables de la planificación y los ciudadanos y, en correspondencia, reclama la adopción de nuevos métodos y procedimientos alternativos a los aplicados siguiendo el modelo tecnocrático. En la práctica, podemos advertir dos fenómenos: el enfoque propugnado no suele mencionarse ni en los proyectos ni en las actividades de “envejecimiento activo”, y no es infrecuente la puesta en marcha de iniciativas de participación en las que las personas mayores son invitadas a expresar su opinión sobre temas que les conciernen sin clarificar como se estudiarán esas aportaciones o sin ofrecer vías asequibles para el seguimiento de los temas planteados, es decir, una invitación a mecanismos aparentes de participación.

La concepción de la discapacidad

El paradigma del envejecimiento activo engloba a todas las personas mayores: no excluye a las personas con limitaciones funcionales. Las personas mayores que necesitan atención o apoyos en su vida cotidiana son también sujetos que pueden implicarse, es decir, ser activos de maneras variadas y con diferentes intensidades. En este tema, se subrayan dos cuestiones que atender: cómo se construye del proceso de la discapacidad y cómo son percibidas las personas mayores cuando viven en situaciones de dependencia. En consecuencia, desarrollar planes de envejecimiento activo comporta incorporar la multidimensionalidad de aquel proceso y reconocer las fortalezas de las personas mayores en las diferentes etapas de su envejecer, también cuando necesitan atención o apoyos continuados.

En este punto es oportuno subrayar que la mayor atención hacia las personas cuando viven situaciones de fragilidad o de dependencia comporta que el riesgo de anulación de su autogobierno aumente. La aplicación del enfoque de la discapacidad que se preconiza supone cambios tanto en el plano del diseño de los servicios —de orientación y prevención y de evaluación y asistencia— como en el plano de las relaciones entre los profesionales y las personas mayores. En la práctica, podemos advertir que las personas en situación de dependencia no son consideradas como destinatarias de programas o actividades de envejecimiento activo y tampoco son reconocidas como personas a quienes invitar en la organización y el funcionamiento de los mecanismos de participación. En consecuencia, con esa exclusión, se construye su invisibilidad.

La orientación multisectorial

El paradigma del envejecimiento activo trae consigo la ampliación de los sectores involucrados en la política dirigida a las personas mayores. Si bien es reconocida la importancia de los servicios sociales y del sector sanitario, se destaca la imprescindible aportación de otros sectores como la vivienda, el transporte, la seguridad, la economía, la ordenación urbanística, la justicia, la educación y la tecnología.

La ampliación de sectores es coherente con el enfoque global que reclama la adaptación de las sociedades al envejecimiento. Avanzar en esa dirección multisectorial solo es factible con el desarrollo de una lógica de transversalidad. De nuevo, cuando nos acercamos a la práctica, lo más habitual es constatar intervenciones puntuales en clave preventiva o facilitadora, que se presentan como acciones de envejecimiento activo, organizadas desde cada sector.

En resumen, podemos concluir que la amplia difusión de la noción “envejecimiento activo” y de la referencia al paradigma de la OMS en múltiples entornos (planes y actividades, jornadas y encuentros, reportajes y textos divulgativos), ofrece un panorama de luces y sombras. Ciertamente, ha introducido nuevas visiones sobre el envejecimiento y elementos de calado, entre ellos los cinco puntos clave presentados. Pero, en la práctica, la simplificación, la banalización, así como el abandono de alguno de sus principios clave o la falta de exactitud en la utilización de otros debilitan el potencial de esas formulaciones. La ausencia de estrategias de aplicación orientadas a guiar y apoyar su aplicación fue identificada como la causa principal de aquella debilidad. El proyecto Ciudades Amigas de las Personas Mayores (OMS, 2007) que veremos a continuación recoge ese diagnóstico.

La perspectiva de la amigabilidad y la era urbana

El proyecto Ciudades y Comunidades Amigas de las Personas Mayores, presentado públicamente en el año 2007, parte de la conexión entre dos fenómenos, el envejecimiento demográfico y el aumento de la población y la importancia de las ciudades. Con su formulación sitúa en primer término la política urbana y, al hacerlo, desborda el marco convencional de las políticas de la vejez, redefine la posición de las personas mayores en su ejercicio de ciudadanía e introduce nuevas coordenadas para la participación (Pérez Salanova, 2016b). La propuesta, que se hace pública después de un período de experiencias piloto en ciudades de diferentes países, viene acompañada de documentos dirigidos a facilitar su aplicación. Cuando examinamos la propuesta de la amigabilidad y la relacionamos con la perspectiva formulada por las personas mayores, presentada al inicio del artículo, observamos que las tres dimensiones, relaciones, aportaciones e incidencia, están incorporadas, y que ahora la densidad de sus componentes es similar, es decir, la participación en términos de incidencia coge fuerza.

A continuación, presentaré algunos elementos de la perspectiva de la “amigabilidad” que me parecen de especial interés por las posibilidades que brindan respecto al triángulo ciudades-envejecimiento-participación. Ciertamente, en los tres se traslucen los elementos clave enunciados en el marco del envejecimiento activo, pero aquel contenido no es suficiente para dar cuenta de la concepción sustantiva y operativa del proyecto Ciudades Amigas de las Personas Mayores. En consecuencia, a mi modo de ver, la perspectiva de la amigabilidad debería contemplarse como un marco específico que conecta con el contexto de la denominada era urbana, “un tiempo en el que las ciudades juegan un papel central, en tanto que espacios que producen y reflejan las grandes dinámicas vertebradoras de las primeras décadas del siglo XXI” (Blanco, Gomà y Subirats, 2018:15).

El primer elemento es el relativo a la centralidad de los entornos cotidianos. Hablar de amigabilidad conduce a aterrizar en el terreno, tanto en la fase de diagnóstico de las condiciones de vida, en las fases de diseño y puesta en marcha, como de evaluación de las actuaciones en los diferentes planos del entorno: físico, construido, social, digital. Situar la cotidianeidad en todos esos planos permite que emerjan oportunidades de interacción y de reconocimiento asociadas a la proximidad y a la heterogeneidad, característica de la vejez.

El segundo elemento es la participación de las personas mayores. Se trata de un componente presente en todas las fases mencionadas anteriormente, si bien las guías de aplicación solamente entran en el detalle para las tareas relativas al diagnóstico de la amigabilidad. La perspectiva de la amigabilidad constituye un germen para el impulso de nuevos modelos de participación en términos de formatos y de dinámicas. Por ejemplo, las experiencias tipo taller permiten configurar dinámicas de participación más inclusivas,

donde personas sin experiencia en espacios de participación se sienten cómodas para intervenir y ser reconocidas.

La articulación entre los dos elementos mencionados, entornos cotidianos y participación, señala una concepción para repensar las ciudades y el envejecimiento contando con los ciclos de vida y no solamente con los grupos de edad. Del mismo modo, permite construir nuevas estrategias para la implicación de las personas mayores a lo largo de las diferentes etapas de su envejecer que, recordemos, es el primero de los cinco principios clave del envejecimiento activo. Por ejemplo, la incorporación del vector territorio actúa como palanca para el desarrollo de nuevas rutas de participación donde se pueden crear vínculos entre las personas con independencia de la edad, lo que proporciona la transgeneracionalidad y favorece nuevos tejidos de relaciones sociales, imprescindibles para abordar la soledad no deseada. Abordaje que demanda instrumentos metodológicos versátiles susceptibles de enraizar en contextos diferentes. Los grupos de acción social del programa Siempre Acompañados son una muestra de cómo articular respuestas desde los recursos de la comunidad creando esquemas de cooperación (Yanguas *et al.*, 2018). La función como palanca del vector territorio tiene un potente recorrido en la ciudad de Barcelona en múltiples actuaciones. En el ámbito de la soledad, el proyecto Radars, que se analiza en esta revista, es un ejemplo emblemático. Los ejemplos citados tienen un valor añadido: son iniciativas que inciden en la reducción de estereotipos.

El tercer elemento por destacar atañe a la relevancia que la construcción de alianzas y de estrategias de cooperación tiene en la perspectiva de la amigabilidad. Poner en primer plano los diferentes actores, niveles de actuación o de competencias, nos remite a las coordenadas de gobernanza en red, incorpora además formas de implicación de las personas mayores, tales como la coconstrucción de proyectos o la coinvestigación, que, si bien están poco extendidas, anticipan nuevas oportunidades que abordaré más adelante (Buffel, Rémillard-Boilard y Phillipson, 2018). Se trata de vías que introducen nuevos estatus de las personas mayores en la participación, estatus alternativos al de consumidores o al de usuarios de servicios. A mi modo de ver, ambas formas de implicación nutren una concepción de la posición de las personas mayores en la participación: más allá de la posición de actores sociales que contribuyen, tienen una posición como agentes políticos. Se trata de una cuestión relevante en una época donde las ciudades juegan un papel central, entre otras materias, en la construcción del bienestar.

A la vez, las dos formas de implicación anteriormente citadas configuran recursos significativos en las coordenadas de la nueva agenda urbana como construcción de lo común. Coordenadas donde la escala de barrio, la coproducción de políticas urbanas, el impulso de la acción comunitaria, la implicación vecinal en la gestión y la innovación producidas por los ciudadanos devienen estrategias clave (Blanco, Gomà y Subirats, 2018).

Algunas notas para impulsar nuevas rutas de participación de las personas mayores

Cualquier referencia a la longevidad nos apela a poner en primer plano la heterogeneidad característica de ese sector de la población que denominamos personas mayores. Mayor esperanza de vida equivale a un recorrido vital más largo en el que acontecen cambios y por tanto transiciones. Cambios en las relaciones, en la salud, en los lugares de vida, en las maneras de vivir que tienen lugar en entornos cuyas condiciones pueden resultar más o menos favorables para el proceso de envejecer y para las transiciones que cada

persona ha de afrontar y construir⁶. Por ello, la cuestión clave que plantearnos es cómo avanzar en la pluralidad de la participación. En la ciudad de Barcelona, la participación de las personas mayores muestra un recorrido rico en expresiones variadas en forma de organizaciones, proyectos o de mecanismos de participación institucional.

Cuando nos adentramos en la participación institucional podemos observar cómo el foco pluralidad se ha inscrito en la renovación del enfoque y de los modos de hacer. Para ilustrarlo, una buena muestra es la experiencia de las Convenciones Las voces de las personas mayores, que se crean en el 2003 con un trazado alternativo a la modalidad congreso. Organizadas por el Consejo Asesor de las Personas Mayores con el apoyo del Ayuntamiento de Barcelona, articulan dos finalidades: renovar las dinámicas de participación para ampliar la variedad de personas participantes y las formas de expresión, y mejorar la influencia en los órganos de decisión municipales. Se realizan cada cuatro años antes de finalizar el mandato del Gobierno⁷.

Algunos criterios aplicados o aprendidos que pueden transferirse a otras iniciativas:

- a) Acercar los procesos de participación a las personas. Los encuentros han de realizarse en el ámbito de distrito o de barrio, las dinámicas deben orientarse a favorecer los intercambios; las condiciones materiales de los espacios, al igual que los materiales, han de resultar cómodos.
- b) Reflexionar cuáles son los temas para tratar y con qué contenidos. La deliberación sobre ambos puntos ofrece la oportunidad de intercambiar puntos de vista, reconocer intereses variados, confluencias y divergencias, y de ese modo, evitar la simplificación en el tratamiento de los temas o la construcción de una imagen de grupo homogéneo. El diseño de los procesos participativos (en forma de debate, taller, grupos de trabajo) prioriza la finalidad de aprender, proponer o cuestionar; las experiencias protagonizadas por personas mayores han de mostrar la diversidad; las presentaciones de las actuaciones públicas han de ser ágiles y concisas, y los especialistas han de orientar sus aportaciones tanto a proporcionar información como a favorecer la reflexión y el debate facilitando todo tipo de intercambios (preguntas, aclaraciones, comentarios, propuestas, etc.).
- c) Elaborar conclusiones y planes de trabajo. Los miembros del Consejo son conscientes de que cuando acaba una convención, la próxima ya está empezando. La elaboración de conclusiones y de los planes de trabajo, por una parte, fundamenta la influencia en los órganos de decisión y, por otra, encamina la agenda del Consejo. Ese trazado comporta establecer “con quienes vamos a hacer...” en el futuro, contribuye a prevenir el repliegue y permite identificar posibles asociaciones, alianzas o caminos de cooperación.

Uno de los retos para avanzar en la pluralidad es la participación de las personas mayores cuando padecen situaciones de fragilidad o dependencia, y a menudo son usuarias de servicios. En el estudio sobre las acciones emprendidas en Barcelona hemos analizado algunas de las actuaciones llevadas a cabo en el marco de las convenciones y fuera de ellas, y hemos puesto de manifiesto la importancia de la acción pública en la

6. Pilar Gómez ofrece una mirada sugerente respecto a los cambios en la vejez: “Los cambios se van haciendo difíciles al llegar a la vejez. Y la capacidad de adaptación al cambio es un indicador de vitalidad. Capacidad de adaptación al cambio no significa sometimiento sufrido sino la admisión del mismo y la reubicación que permita la mejor maniobra para el bien vivir” (p. 103).

7. La información detallada sobre las cinco convenciones está disponible en la web del Consejo Asesor de las Personas Mayores de Barcelona.

construcción de sus identidades y subjetividades (Pérez Salanova y Verdaguer, 2018). Avanzar en el desarrollo de la dimensión urbana del bienestar, promoviendo el bienestar de proximidad, demanda explorar a fondo las oportunidades, “las pequeñas ventanas de oportunidad”, para reconocer o estimular la participación de las personas cuando cuentan con servicios de atención en casa. Por ejemplo, la transformación de un producto de apoyo reinventado por la persona que lo utiliza o la conexión entre personas que comparten vecindario que transita hacia actividades o soluciones compartidas, etcétera.

Desde la perspectiva de la amigabilidad, la situación de las personas con fragilidad se considera prioritaria desde dos ángulos, la relación entre el entorno urbano y el cuerpo y la relación entorno-diversidad. El primero conduce a interrogarnos sobre las necesidades vinculadas a la edad y a reconocer la fragilidad del cuerpo humano, e incorpora aportaciones enraizadas en la práctica espacial de las mujeres. De hecho, la incorporación de aportaciones construidas desde la perspectiva de género o desde la teoría feminista fortalece tanto el análisis de los entornos como el diseño de propuestas. Sea cual fuere la condición de la ciudad y de sus barrios —desde la desindustrialización hasta la gentrificación—, en todos los casos es necesario visibilizar cómo es la vida de las personas con fragilidad física o psicológica (Buffel y James, 2019). El segundo ángulo concierne al envejecimiento y la diversidad. Se refiere tanto a las personas con problemas de salud como a la diversidad étnica, y plantea cuestiones relacionadas con la convivencia, defendiendo que los entornos deben ser capaces de sostener y reflejar la diversidad propia de un mundo que envejece.

Avanzar en la participación comporta propiciar o desplegar vías de implicaciones nuevas o poco conocidas, y, por ello, a veces poco creíbles. Una de esas vías es la coinvestigación, ya mencionada en el apartado dedicado al proyecto Ciudades y Comunidades Amigas. La investigación llevada a cabo con la colaboración de personas mayores es valorada positivamente por su contribución para comprender mejor situaciones o problemas, especialmente de salud o sociales, experimentados por las propias personas mayores. Los resultados de una investigación sobre aislamiento social realizada en Mánchester por parte de un grupo de personas mayores actuando como coinvestigadores ofrecen argumentos para impulsar esa forma de participación; los coinvestigadores valoran que les ha servido de conexión, a modo de puente, entre su vida laboral y la jubilación porque han podido construir a partir de sus competencias en la realización de las entrevistas y también a través de los talleres de formación, la reflexión posterior a la recogida de datos y la actividad de divulgación.

A la vez, reconocen en términos positivos la contribución potencial de ese proyecto para conseguir cambios en la comunidad (Buffel y James, 2019). Partiendo del principio de que ninguna forma de participación es válida para todas las personas, la coinvestigación se perfila como una propuesta interesante para quienes se sientan concernidos en una experiencia de formación, reflexión y aprendizaje colaborativo. Además, proyecta una imagen de las personas mayores alternativa e introduce nuevas oportunidades en la generación de conocimiento y su divulgación.

Los temas mencionados trazan un panorama de retos a los que podríamos añadir otros, como la necesidad de propiciar espacios y proyectos abiertos a la diversidad generacional con la implicación de las personas mayores. En este sentido, el recorrido vital de la generación *baby boom* con un papel activo en la reclamación de derechos anticipa un rol, también activo, en las transformaciones requeridas a la adaptación de las organizaciones y las políticas, así como en las oportunidades de participación social (Majón-Valpuesta, Ramos y Pérez Salanova, 2016). En ese panorama, podemos preguntarnos, ¿cómo propiciar espacios o proyectos en los que confluyan personas de diferentes generaciones?, ¿cómo aflorar proyectos en los que esa confluencia está en la base de

algunas actuaciones, pero es poco visible? Son preguntas que se proyectan ante el reto de estimular redes de grupos de personas interesadas en mejorar determinados aspectos en cualquiera de los dominios que atraviesan la vida en las ciudades, desde la educación hasta los cuidados, la movilidad o la ecología urbana. En la práctica, se trata de asociar el plano transgeneracional a los temas, ya surjan desde unas u otras generaciones. Ese plano puede proyectarse en un taller de ajedrez o en uno de videojuegos, ambos ofrecen una oportunidad relacional y cognitiva, o plasmarse en iniciativas de aplicación de la tecnología, ya sea en el cuidado de las personas, en la transformación de los servicios en casa, en el cuidado de los espacios públicos o en la movilidad.

Para abordar cualquiera de esos retos es preciso incorporar la dimensión concerniente a los profesionales, estén o no involucrados en espacios o proyectos de participación. Su trayecto formativo y el enfoque de su actuación son factores que inciden como estímulos favorables o desfavorables a la implicación de las personas. Por ello, resulta clave apoyar su formación teórica y práctica, así como la generación de espacios de reflexión sobre las prácticas.

De igual forma, no podemos dejar de lado los retos relativos a las dinámicas de participación: los espacios de participación han de resultar internamente inclusivos (Barnes, 2005). Para ello han de impulsar intercambios que tomen en consideración

formas de expresión particulares —por ejemplo, expresiones de deferencia—, reconocer la expresión de tipo retórico —que suele ser más dramática y emocional— e incorporar el relato de tipo narrativo o histórico. No hay un modelo de dinámica de participación válido o apropiado para todas las situaciones.

El estatus de las personas mayores en los espacios de participación también se define en el funcionamiento de los dispositivos o de los procesos. Nos situamos en el marco de un taller de actividades o de una reunión para impulsar un proyecto antirrumores. A través de las dinámicas y a partir de los métodos, las personas mayores pueden sentirse integradas o relegadas, apreciadas o cosificadas. Los modos de funcionamiento de la participación pueden restringir el tipo de ciudadano susceptible de participar. Es decir, las personas interesadas en el tema pueden sentirse atraídas por una convocatoria, pero encontrarse incómodas y sentirse relegadas, fuera de lugar, debido al funcionamiento de la reunión.

Conectando con las experiencias de relegación o exclusión en los entornos de participación, es interesante la aportación que ofrecen Correa y Domènech (2012), quienes plantean la construcción de una imagen del ciudadano ideal, alguien que participa abandonando sus propios intereses, que pone por delante el interés general y forma sus opiniones según argumentos racionales. Esa imagen conduce a la creación de un “no ciudadano” alineado con la autoridad moderna, masculina, heterosexual, independiente, rica y blanca. Se trata de una construcción que favorece la exclusión de la participación a las personas afectadas por las políticas y en las que ellas tratan de influir. En una dirección complementaria, cabe señalar que esa posición de ciudadano ideal puede reproducirse en cualquier escena de participación, lo hace cuando los principios de comunicación, por una parte, relegan la expresión personalizada que incluye las emociones y formas expresivas no convencionales y, por otra, preconizan una construcción descriptiva o propositiva asimilable a las contribuciones procedentes de los ámbitos institucionales y profesionales.

La participación y su pluralidad en la era urbana necesita desplegarse en escalas de proximidad y, a la vez, inscribirse en marcos compartidos de carácter global en los que la edad no sea el eje organizador que incluye o excluye temas, preguntas y respuestas.

Bibliografía

BARNES, M. (2005), "The same old process? Older people, participation and deliberation", *Ageing & Society*, 25(2), pp. 245-259.

BLANCO, I., GOMÀ, R. Y SUBIRATS, J. (2018), "El nuevo municipalismo: derecho a la ciudad y comunes urbanos", *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, 20, pp. 14-28.

BUFFEL, T. Y JAMES, H. (2019), "Working with older people as co-researchers in developing age-friendly communities", *Geron*, 21(2). Publicación anticipada en línea.

BUFFEL, T., RÉMILLARD-BOILARD, S. Y PHILLIPSON, C. (2018), "Pour des villes amies des aînés: programme d'action en faveur du vieillissement en milieu urbain", *Retraite et société*, 79, pp. 43-60.

CORREA G. Y DOMÈNECH, M. (2012), "Hackear la ciencia y la democracia. Decodificación y recodificación de un mecanismo de democracia deliberativa", *Eä - Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 4(2), pp. 1-26.

GÓMEZ, P. (1994), "Espacio y comunicación intergeneracional. Construcción de vínculo, identidad y autoestima", en FERNÁNDEZ J. Y PÉREZ SALANOVA, M. (coord.), *Cooperación intergeneracional. Nuevas perspectivas de desarrollo social*, Barcelona: Fundación "la Caixa", pp. 85-14.

GUISSET-MARTINEZ, M. J. (2008), "Peut-on innover en matière d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer?", *Gérontologie et Société*, 31(126), pp. 77-89.

MAJÓN-VALPUESTA, D., RAMOS, P. Y PÉREZ-SALANOVA, M. (2016), "Claves para el análisis de la participación social en los procesos de envejecimiento de la generación baby boom", *Psicoperspectivas*, 15(2), pp. 53-63.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2002), "Envejecimiento activo: un marco político", *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(2), pp. 74-105.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2007), *Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía*. Recuperado el 9 de diciembre de 2019 de http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_material/en/index.html

PÉREZ SALANOVA, M. (2016), "Cinco elementos clave del envejecimiento activo", en Ezquerro S., Pérez Salanova, M., Pla, M. y Subirats, J. (dir.), *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*, Barcelona: Ariel, pp. 159-163.

PÉREZ SALANOVA, M. Y PLA, M. (2016), "La participación plural de las personas mayores en el siglo XXI. Desafíos y respuestas", en Ezquerro S., Pérez Salanova, M., Pla M. y Subirats, J. (dir.), *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*, Barcelona: Ariel, pp. 95-114.

PÉREZ SALANOVA, M. Y VERDAGUER MATA, M. (2018), "Comment impliquer des aînés en perte d'autonomie fonctionnelle? Le cas de Barcelone", *Retraite et société*, 79, pp. 61-81.

- RAYMOND, E., SÉVIGNY, A. Y TOURIGNY, A. (2012), *Participation sociale des aînés: la parole aux aînés et aux intervenants*. Institut National de Santé Publique du Québec. Recuperado el 9 de diciembre de 2019 de <https://www.inspq.gc.ca/publications/1466>
- SERRAT, R, SCHARF, T., VILLAR, F. Y GÓMEZ, C. (2019), "Fifty-five years of research into older people's civic participation: Recent trends, future directions", *The Gerontologist*, vol. XX (XX), pp. 1-14. Publicación anticipada en línea.
- VIRIOT DURANDAL, J.P., MOULAERT, T., SCHEIDER, M., GARON, S. Y PARIS, M. (2018), "Adaptation des territoires au vieillissement: politiques publiques et formes d'agencement démocratique. Les exemples de la France et du Québec", *Retraite et Société*, 79, pp. 17-41.
- YANGUAS LEZAUN, J., CILVETI SARASOLA, A., HERNÁNDEZ CHAMORRO S., PINAZO-HERNANDIS, S., ROIG I CANALS, S. Y SEGURA TALAVERA, C. (2018), "El reto de la soledad en la vejez", *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria - Revista de servicios sociales*, 66, pp. 61-75. ISSN. 1134-7147. Murcia: Editum. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- WALKER, A. (2007), "Why involve older people in research?", *Age and Ageing*, 36(5), pp. 481-483.



En profundidad



Marzo 2020

Palabras clave: envejecimiento,
vivienda, cuidados, cambio demográfico

Barcelona ante el reto del cambio demográfico

Marc Martí-Costa y Sergio Porcel

Instituto de Estudios Regionales y Metropolitanos de Barcelona (IERMB)

El envejecimiento de la población es uno de los principales retos que debemos asumir como sociedad. En Barcelona, uno de cada cinco residentes tiene más de 65 años y, según las previsiones, en el 2040 uno de cada cuatro tendrá esa edad. Actualmente, en la ciudad ya viven más de mil vecinos, y sobre todo vecinas, centenarios. El Ayuntamiento de Barcelona aprobó en el 2018 la Estrategia sobre cambio demográfico y envejecimiento para dar respuesta a este reto desde un nuevo enfoque. En el artículo se analizan los desafíos que supone el envejecimiento para la metrópoli en el ámbito de la vivienda, los cuidados, el apoyo social, la participación y las relaciones intergeneracionales, y se destacan las actuaciones más innovadoras que la estrategia prevé en estos ámbitos.

Introducción

El proceso de envejecimiento demográfico que se está produciendo desde hace décadas en las sociedades occidentales empieza a constituir, hoy por hoy, uno de los principales retos del mundo urbano. Actualmente, en Barcelona, uno de cada cinco residentes tiene más de 65 años y, según las previsiones, en el 2040 uno de cada cuatro tendrá esa edad. Es cierto que la intensa llegada de población extranjera (de perfil joven) que se produjo desde el cambio de siglo hasta el inicio de la crisis económica estabilizó la proporción de la población mayor en la ciudad, pero el cambio demográfico es imparable. Ya hace unos años que se ha recuperado la tendencia de aumento relativo de la población mayor, y otro síntoma clarísimo es el sobre-envejecimiento, que no ha parado de crecer. Desde el 2000, la población de más de 85 años se ha doblado en el municipio, y ahora ya supera el 4 % del conjunto de residentes. En definitiva, todo indica que en un futuro próximo la población mayor tendrá cada vez más peso y también más edad en la capital catalana.

Por otra parte, es importante señalar que en Barcelona este cambio demográfico está adquiriendo un alcance metropolitano (Antón-Alonso *et al.*, 2019). Durante las últimas décadas, el proceso de envejecimiento se ha extendido progresivamente por la primera corona metropolitana. De hecho, en los ámbitos de baja densidad del Ordal y del Delta es donde el crecimiento de la población de más de 65 años ha tenido un impacto mayor. Además, también se prevé que sean estas áreas en las que, durante las próximas décadas, se incrementen con mayor intensidad la proporción de población mayor, junto con los municipios del Vallès más próximos a Collserola. La distribución de la población

de personas mayores, por lo tanto, se ha vuelto más homogénea por toda la metrópoli, pero, a pesar de ello, la ciudad central todavía sigue concentrando el nivel de sobreenviejimiento más elevado hoy en día, que también se prevé que irá extendiéndose. Como en otras grandes ciudades del mundo, la evolución del envejecimiento y su plasmación territorial marcan unos retos importantes de presente y de futuro para la metrópolis de Barcelona. Hay que hacer del conjunto del territorio metropolitano un espacio residencial más amigable para las personas mayores. Hay que conseguir que el entorno residencial favorezca la integración social de este colectivo y maximice su bienestar. La agenda política local y metropolitana de los próximos años debe contribuir a alcanzar estas metas.

En esta misma línea, el Ayuntamiento de Barcelona aprobó en el 2018 la Estrategia sobre cambio demográfico y envejecimiento, donde se recogen todo un conjunto de actuaciones en dicha materia para implementar a corto y a medio plazo (Ayuntamiento de Barcelona, 2018). La estrategia incorpora una importante innovación conceptual con respecto a los planes anteriores: la voluntad de dejar de ser solo un plan de actuación para un grupo de edad, las personas mayores, e incorporar la idea de envejecimiento como proceso a lo largo de la vida. Eso significa tener en cuenta, por ejemplo, que las condiciones de vida en las etapas anteriores serán fundamentales para poder disfrutar de la vejez. También, tener en cuenta la perspectiva de género en el conjunto del ciclo vital para replantear, entre otros, el modelo de cuidados. Asimismo, significa actuar teniendo presente la gran diversidad entre un colectivo cada vez menos homogéneo y en el que perviven las desigualdades que afectan al resto de los grupos de edad. Y, por último, profundizar en las acciones que fomentan las relaciones intergeneracionales y en aquellas que destacan las aportaciones fundamentales de las personas mayores al conjunto de la sociedad. Operativizar esta perspectiva de actuación en políticas concretas implica necesariamente tener en cuenta también un amplio conjunto de planes y estrategias que el Ayuntamiento de Barcelona está llevando a cabo en paralelo, como la Estrategia de inclusión y de reducción de las desigualdades sociales 2017-2027, el Plan para el derecho a la vivienda 2016-2025, la Estrategia de democratización de los cuidados, la Medida de gobierno de impulso de la salud comunitaria en Barcelona o la Medida de gobierno para la promoción de las personas mayores en la ciudad de Barcelona 2017-2021.

La Estrategia, no obstante, se quiere constituir como la política troncal en relación con el envejecimiento en la ciudad. Así, con el fin de afrontar los grandes retos del cambio demográfico, en los que tendrá un gran peso una nueva generación de personas mayores activas y serán mucho más habituales las personas muy mayores con necesidades de apoyo y cuidados, manteniendo la riqueza y complejidad generacional, la Estrategia sobre cambio demográfico y envejecimiento incorpora 77 acciones agrupadas en quince líneas de acción operativas y cuatro ejes estratégicos. Sin voluntad de hacer una revisión exhaustiva de todas las acciones previstas en la estrategia, lo que no tendría mucho sentido, en este artículo se señalan las cuestiones más relevantes que aparecen en las diagnósticos realizadas sobre el envejecimiento en la metrópolis de Barcelona y cómo se abordarán a corto plazo a través de la estrategia.

1. La vivienda, un pilar de bienestar

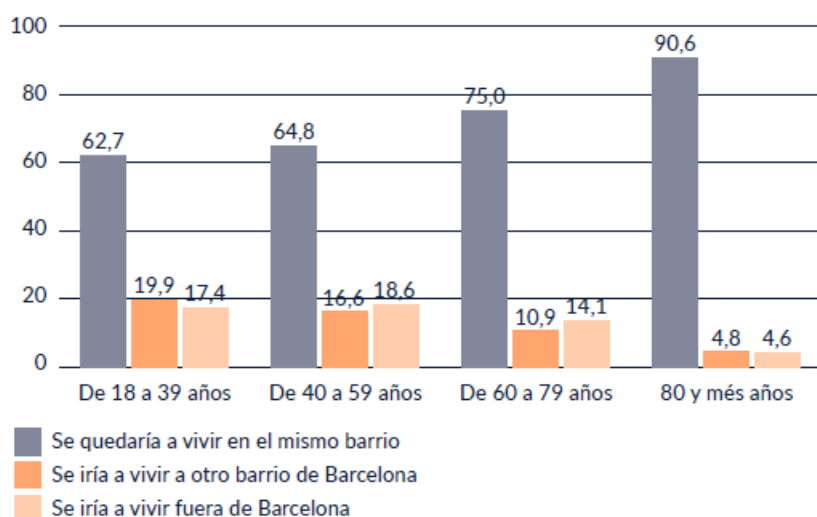
La vivienda constituye hoy en día uno de los pilares de bienestar más importantes para la mayoría de la población mayor en Barcelona. Actualmente, más del 70 % de la población de 65 años o más vive en viviendas de propiedad sin pagos pendientes en el municipio (si se amplía la mirada al conjunto del área metropolitana, el porcentaje llega al 80%). Evidentemente, este hecho marca diferencias económicas importantes entre este colectivo y el resto de la población más joven, que debe asumir una carga de gastos relacionados con la vivienda muy superior. No tener que hacer frente a pagos de hipoteca ni de alquiler por la vivienda compensa con creces la bajada de ingresos que supone la

jubilación. Eso ha contribuido a situar a las personas mayores como uno de los colectivos menos vulnerables en términos socioeconómicos desde que empezó la Gran Recesión en el 2008, sin perder de vista que también hay segmentos de esta población que no se encuentran en esta situación y que sufren dificultades, especialmente la población de más edad, mayoritariamente mujeres que viven solas (Porcel *et al.*, 2018).

Pero, hoy por hoy, hay serias dudas sobre si durante las próximas décadas el alcance de este papel protector que la vivienda en propiedad juega en la vejez seguirá siendo tan amplio como lo es hoy. Como consecuencia del aumento de precios de la vivienda que se derivó del último *boom* inmobiliario (1997-2007), el acceso a la vivienda para las nuevas generaciones está siendo más difícil. Eso significa que, durante los próximos años, es probable que haya un ascenso progresivo de población mayor que deba asumir pagos de hipotecas o de alquileres, con lo que puede comportar este incremento de gastos sobre los ingresos provenientes de pensiones de jubilación. Si se suma a la desaparición progresiva de las rentas antiguas y a la escasez actual de vivienda social, hace pensar que, si no se empieza a actuar ahora de cara al futuro con políticas de vivienda que amplíen las opciones residenciales asequibles para las personas mayores, en las próximas décadas se podrían multiplicar las situaciones de riesgo y de vulnerabilidad social en la vejez en la ciudad.

Por otra parte, destaca la voluntad mayoritaria de las personas mayores (87,3%) de seguir viviendo en su propio hogar mientras puedan hacerlo (Imsero, 2010). En el caso de Barcelona, a medida que aumenta la edad, también se incrementa la voluntad de las personas de quedarse en su propio barrio (gráfico 1). Así, más de un 90 % de las personas de 80 años o más declaran que, en caso de que pudieran y quisieran hacer un cambio de residencia, elegirían su barrio actual. Este indicador implica la importancia de la red relacional de proximidad, así como vivir en un entorno residencial conocido por las personas mayores. En cuanto a la permanencia voluntaria en la vivienda de estas personas, depende de un amplio conjunto de factores, entre los que destacan el régimen de tenencia, el estado de salud, la accesibilidad y la adaptación de la vivienda, las posibilidades de recibir apoyo social y asistencial en el domicilio y la existencia de redes relacionales y familiares próximas.

Gráfico 1. Lugar donde iría a vivir si tuviera la posibilidad y los medios para cambiar de residencia según edad. Barcelona, 2016



Fuente: Ayuntamiento de Barcelona. Encuesta de servicios municipales, 2016.

Desde una perspectiva amplia, lo importante para afrontar bien esta cuestión relacionada con la vivienda es ir incrementando el parque público, especialmente de viviendas en régimen de alquiler, para todos los grupos de edad. La estrategia plantea acciones tanto para facilitar la permanencia voluntaria de las personas mayores en su propio hogar como para buscar nuevas soluciones habitacionales. Con respecto al primer bloque, un aspecto fundamental será el refuerzo y la innovación en los servicios asistenciales a domicilio, así como el apoyo a las personas cuidadoras, ya sean familiares o profesionales, tal como comentaremos en el apartado siguiente. Pero lo serán también las ayudas para adaptar la accesibilidad y la seguridad del edificio y la vivienda. En este sentido, la estrategia prevé un incremento de las partidas presupuestarias por parte del Instituto Municipal de Vivienda dedicadas a la rehabilitación del hogar y de las escaleras, que incluye una línea de ayudas para personas con vulnerabilidad que puede llegar a cubrir el 100 % de la actuación. En la misma línea, se ha elaborado una guía web con recomendaciones para adaptar el hogar al proceso de envejecimiento, que incluye las posibles adaptaciones funcionales y arquitectónicas, consejos sobre el mobiliario y los objetos de uso cotidiano y temas energéticos, de accesibilidad y de seguridad con las ayudas correspondientes. Actualmente, los distritos donde residen más personas mayores (Ciutat Vella y Nou Barris) son los que tienen más edificios sin ascensores. La vivienda está situada en un entorno que también debe ser más accesible y amable de lo que es actualmente para las personas mayores. El Plan de accesibilidad universal de Barcelona 2018-2026 pretende seguir trabajando en la mejora de la accesibilidad de los servicios municipales.

Con respecto a las soluciones habitacionales, la estrategia incluye la creación de nuevas viviendas de alquiler adaptadas y con los apoyos necesarios para personas mayores y la ampliación de los existentes. Hasta el 2022 se prevé la construcción de once nuevas promociones (aproximadamente 650 viviendas) con servicios para personas mayores. Por otra parte, se quiere explorar el *cohousing* sénior y apoyar a los colectivos que ya trabajan en él o que quieran impulsarlo, vista la inexistencia de estas experiencias en la ciudad hoy en día.

Ahora bien, cuando no es posible mantenerse en el propio hogar o en otras soluciones habitacionales, existe el recurso público y privado de los centros de día o bien de la institucionalización en residencias. En la actualidad, en Barcelona hay 13.051 plazas en residencias y 2.736 plazas en centros de día, ya sean públicas, concertadas o privadas, con una distribución bastante desigual entre distritos. La ratio de residencias en Barcelona por cada mil personas de más de 65 años se sitúa en 32,9 plazas en residencias y 7,8 plazas en centros de día, mientras que, en el conjunto de Cataluña, estas ratios se sitúan en 43,2 y 13,5 plazas⁸, respectivamente. Hoy por hoy, es muy evidente la falta de plazas en residencias: en el 2018 había casi cuatro mil personas apuntadas en lista de espera y que todavía residían en el domicilio o en situaciones de ingreso temporal. Eso se traduce en largos periodos de espera, variables según la tipología (pública, concertada, colaboradores, privados acreditados) y la ubicación geográfica de cada residencia. A grandes rasgos, se situaban entre los 13 meses de las residencias de Ciutat Vella y los 56 meses de las residencias de Sant Andreu. Este puede ser uno de los factores que explique por qué la ciudad tiene un saldo migratorio anual negativo de 1.600 personas de más de 80 años⁹, aunque también puede ir combinado con otros factores, como cambios de residencia motivados para buscar más proximidad con los hijos e hijas que ya viven fuera de la ciudad.

8. Según la programación territorial 2015-2017 del Departamento de Asuntos Sociales, Trabajo y Familias de la Generalitat de Catalunya, el objetivo de la programación era alcanzar 23,7 plazas por cada mil habitantes de más de 65 años. En el caso de los centros de día, el objetivo para el 2012 era una ratio en todo el territorio catalán de 6,2 plazas por cada mil habitantes de más de 65 años.

9. Cálculo a partir del análisis del periodo 2011-2016 (Ayuntamiento de Barcelona, 2018).

1.1 Cuidados y servicios asistenciales

Uno de los factores explicativos más importantes del proceso de envejecimiento es el incremento incesante de la esperanza de vida que se está produciendo desde hace décadas. En Cataluña, actualmente la esperanza de vida al nacer se sitúa en los 83,5 años. Sobra decir que, evidentemente, poder vivir más años es algo positivo, pero hay que apuntar que, en paralelo, también están aumentando las situaciones de dependencia personal entre las personas de edad más avanzada. En Barcelona, más de la mitad de las personas mayores de 75 años tienen dificultades para realizar de forma autónoma actividades básicas de la vida cotidiana, como vestirse, lavarse, comer, etcétera. El cuidado de las personas mayores está adquiriendo cada vez más centralidad en el debate político, sobre todo por el impacto social que se deriva de este. La aprobación en el 2006 por parte del Gobierno Zapatero de la ley de dependencia¹⁰, la cual prevé o bien una prestación adicional para las personas dependientes, o bien el reconocimiento por parte de la Seguridad Social de la dedicación de las cuidadoras (la gran mayoría son mujeres) en forma de cotización, es una clara muestra de la relevancia de esta cuestión. Sin duda, la aprobación de esta ley supuso un avance importante en esta materia, pero su implementación deficiente, afectada gravemente por el periodo de crisis económica, no acaba de ofrecer una cobertura óptima a la problemática.

Actualmente, en el municipio de Barcelona, de la población de 65 años o más limitada para realizar actividades básicas de la vida cotidiana, el 60,4 % recibe ayuda de la pareja, de otros familiares o de amigos, y en la primera corona metropolitana este porcentaje asciende hasta el 75,5 % (tabla 1).

Tabla 1. Proveedor de ayuda según lugar de residencia. Población de 65 años o más con limitaciones en sus actividades cotidianas por algún problema de salud. Área metropolitana de Barcelona, 2016-2017

	Barcelona	Resto del área metropolitana de Barcelona	Área metropolitana de Barcelona
No recibe ayuda de nadie	22,5	14,8	19,0
Pareja, otros familiares o conocidos	60,4	75,5	67,1
Persona contratada particularmente	11,1	6,9	9,2
Servicios sociales	3,4	1,4	2,5
Otros	2,7	1,4	2,1

Fuente: IERMB e Idescat, Estadísticas metropolitanas sobre condiciones de vida, 2016-2017.

Estos resultados hablan por sí mismos. Los cuidados de las personas mayores dependientes se articulan mayoritariamente a partir de un modelo informal generado desde el entorno familiar que, finalmente, acaba agravando las desigualdades de género y de clase (García-Calvente *et al.*, 2004). De género, porque el cuidado recae sobre todo en las mujeres, quienes se ven más afectadas por los costes del cuidado: problemas de salud, que pueden ser tanto psíquicos como físicos; dificultades laborales, que pueden afectar a la conciliación de los mismos cuidados con la vida laboral o incluso a la inserción laboral; y las relaciones sociales, que pueden quedar minimizadas por la falta de tiempo

10. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

disponible. Por otra parte, la dimensión de clase también es clara, en la medida en que el cuidado informal es más frecuente entre la clase trabajadora. Son las mujeres con un nivel educativo más bajo y sin trabajo las que habitualmente constituyen el estereotipo de cuidadora. En este sentido, con el fin de avanzar hacia un modelo más igualitario, habría que plantear la transición hacia un modelo más institucionalizado de los cuidados, que debería empezar por una buena implementación de la ley de dependencia.

Mientras eso no se produzca, el Ayuntamiento de Barcelona, por medio de la Estrategia de democratización de los cuidados, está desplegando nuevos servicios de apoyo a las personas cuidadoras, como el Centro de Información y Recursos para el Cuidado, con el objetivo de impulsar los servicios y apoyos para el cuidado. La estrategia incluye también la ampliación de Respir Plus, un programa de ayudas económicas para facilitar que las personas mayores con dependencia puedan estar temporalmente en un centro residencial privado para personas mayores cuando las familias lo necesitan.

Uno de los objetivos de la estrategia es, como ya se ha dicho, el apoyo a la permanencia voluntaria de las personas mayores en el propio hogar. Entre las acciones destacadas para avanzar en este ámbito asistencial se encuentra la redefinición del Servicio de Atención Domiciliaria¹¹ (SAD), lo que se ha denominado *supermanzanas sociales* o *islas de cuidados*. Ya en el mandato anterior, el Ayuntamiento de Barcelona emprendió ocho pruebas piloto en los barrios de la Marina, Sant Antoni, Vilapicina y el Poblenou. Se trata de un nuevo modelo de provisión del SAD que consiste en la creación de equipos de unos doce profesionales que atienden a entre cuarenta y sesenta usuarios en una zona pequeña. En este caso, el objetivo es ofrecer proximidad y eficacia para que las personas disfruten de determinados servicios sociales, de limpieza y de salud en su propia vivienda. Los planteamientos centrales de esta iniciativa están en sintonía con la corriente gerontológica del *aging in place*, que cada vez gana más peso en el ámbito internacional. Esta corriente se basa en las bondades de conservar el entorno físico y social de las personas durante la vejez.

De momento, los resultados de las pruebas piloto están siendo positivos, tanto con respecto a la mejora de la calidad del servicio como a las condiciones laborales de los profesionales implicados. Por eso, la estrategia se propone extender el nuevo modelo al conjunto de la ciudad cuando se resuelva la nueva licitación del SAD, reforzando la coordinación con otros servicios y equipamientos de proximidad. Otro elemento previsto en la estrategia en la misma línea son las mejoras en el servicio de teleasistencia, con la aplicación de nuevos dispositivos y de mejoras tecnológicas a los ya existentes, así como una integración con el resto de servicios. En los últimos años se está registrando un aumento de 4.600 personas usuarias nuevas al año, es decir, casi trece personas nuevas al día.

1.2 Acompañar la soledad

El proceso de envejecimiento va asociado a una reducción progresiva de los contactos sociales, debido, entre otros, a la pérdida de las relaciones laborales, a la emancipación del hogar de los descendientes y a la defunción de amigos, pareja o parientes, así como a otros aspectos relacionados con el nivel de renta y la salud (Jehoel-Gijsbers y Vrooman, 2008). Este proceso puede provocar que las relaciones interpersonales de las personas mayores queden restringidas al núcleo de familiares directos y a situaciones de soledad

11. Actualmente, hay 23.811 personas que son usuarias de este servicio en Barcelona, un 72% mujeres, con un incremento con respecto al año anterior de 2.300 personas, más de seis nuevas al día.

no deseada, precisamente en el momento en que los apoyos sociales se hacen más necesarios (Canal, 2016)¹².

La soledad residencial entre las personas mayores es un fenómeno que tiene una relación directa con la edad, de modo que la población más envejecida tiene más probabilidades de residir sola en su vivienda, principalmente como consecuencia de situaciones de viudedad. Actualmente, el 35,9% de la población barcelonesa mayor de 75 años vive sola, aunque no se trata necesariamente de una soledad no deseada. Sin embargo, es importante ampliar el foco de la sociabilidad a un entorno residencial mayor, el barrio de residencia, y más allá de la pareja. Hay que tener presente que la proximidad territorial de las redes familiares es relevante como proveedoras potenciales de apoyo emocional y físico. Este fenómeno es especialmente frecuente en el sur de Europa, un contexto marcado por la existencia de regímenes de bienestar familiaristas. Sin embargo, en Barcelona, durante las últimas décadas, en paralelo al desarrollo del proceso de metropolitanización, se ha ido ampliando la distancia entre familiares, en gran parte como consecuencia de las dinámicas residenciales que se produjeron con el pasado *boom* inmobiliario (Porcel y Navarro-Varas, 2014).

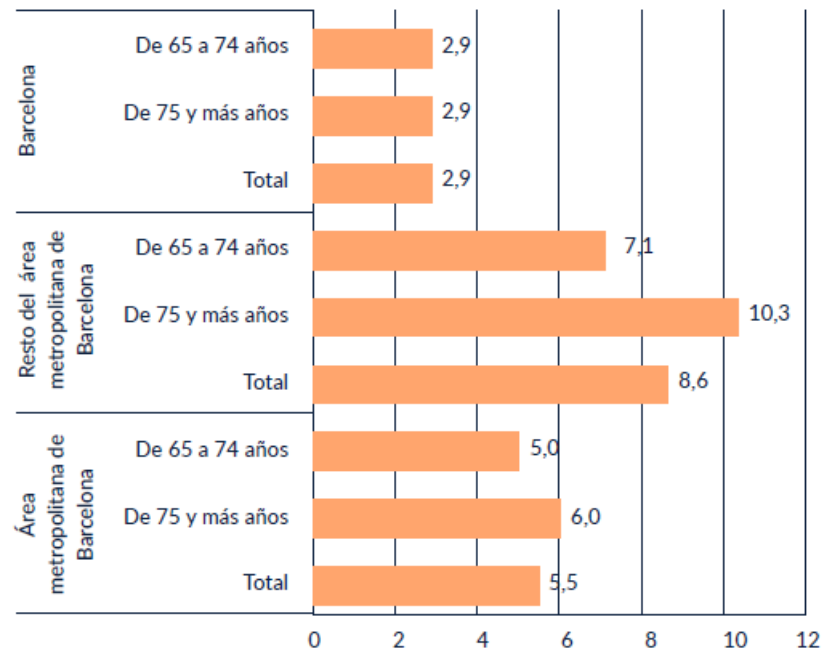
Actualmente, la disponibilidad de familiares que residen en el mismo barrio responde a dos claras pautas en el territorio metropolitano de Barcelona. Una primera pauta tiene que ver con la edad. En el conjunto de la metrópoli, la proporción de población de 75 años o más que tiene familiares en el barrio de residencia es superior (55,1%) a la de la población de entre 65 y 74 años (43,4%). Esta situación puede estar relacionada con estrategias de aproximación residencial entre familiares a medida que las personas tienen una edad más avanzada, con el fin de facilitar los cuidados en dos sentidos: hacia la población mayor con problemas relacionados con la salud (discapacidad, dependencia) o hacia los nietos y nietas. La segunda pauta tiene un carácter territorial. El municipio de Barcelona tiene una proporción más elevada de población mayor con disponibilidad de red familiar en su entorno próximo, pero sobre todo entre la población más envejecida. Según los datos recogidos en la diagnosis de la estrategia, en general, se registran niveles altos de apoyo social y porcentajes bajos de sentimiento de soledad en la ciudad de Barcelona, si bien estos pueden situarse por encima del 10%. Ciutat Vella y Nou Barris destacan por tener un grado de apoyo social autopercibido más bajo (una media de 80 puntos), así como unos porcentajes más altos de personas que declaran que se sienten solas a menudo (11% y 8,9%, respectivamente). En el otro extremo se sitúan los distritos de Sants-Montjuïc y Horta-Guinardó, con medias de apoyo social por encima del 95% y unos porcentajes más bajos de personas que se sienten solas a menudo (3,3% y 2%, respectivamente) (Ayuntamiento de Barcelona, 2018).

Las situaciones más graves de soledad son las de aislamiento social. El índice de soledad, construido a partir de la Encuesta de convivencia y relaciones vecinales (ECAMB), mide la población que no tiene contacto ni relación con otras personas, vivan o no en el mismo hogar (gráfico 2). Se trata de aquella población que o bien no tiene a nadie con quien hablar del día a día, o bien no tiene contacto de ningún tipo con familiares o amigos, o bien no puede contar con nadie si lo necesita. En el municipio de Barcelona solo el 2,9% de la población de 65 años o más se encuentra en esta situación, un porcentaje mucho más bajo que el que se registra en la primera corona metropolitana (8,6%). Además, si en Barcelona no hay diferencias entre grupos de edad, en la periferia sí la hay, y es la población más envejecida la que presenta una prevalencia más alta (10,3% por 7,1% entre la población de 65 a 74 años). De acuerdo con estos datos,

12. Por eso, los programas de apoyo social y contacto intergeneracional son clave para el bienestar físico y psicológico de las personas con edades avanzadas en situaciones de soledad no deseada (Coscolla et al., 2016).

acompañar la soledad será otro de los grandes retos que habrá que afrontar durante las próximas décadas, especialmente en la periferia metropolitana (gráfico 2).

Gráfico 2. Índice de soledad según edad y lugar de residencia. Población de 65 años o más. Área metropolitana de Barcelona, 2018



Fuente: IERMB, Encuesta de relaciones vecinales y convivencia del Área Metropolitana de Barcelona, 2018.

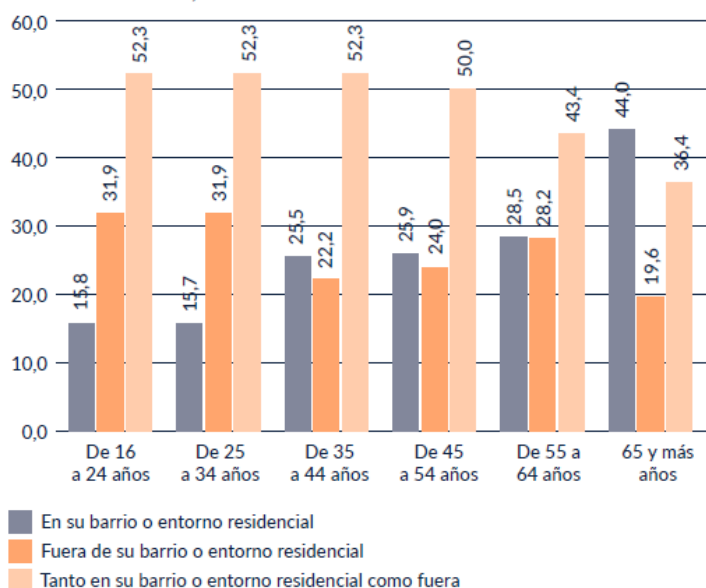
En la ciudad central, mientras tanto, parece que los programas que se han llevado a cabo hasta ahora están dando resultados positivos y, por eso, la estrategia también los incorpora. Es el caso del programa Radars, proyecto de acción comunitaria dirigido a detectar y prevenir situaciones de riesgo de las personas mayores y a paliar los efectos negativos de la soledad no deseada y el aislamiento, que inició el barrio del Camp d'en Grassot en el 2008. Actualmente, el programa se ha expandido a cuarenta barrios de la ciudad y, en el 2019, se sumarán trece más. También se prevé potenciar el servicio de acompañamiento a domicilio de las personas mayores, que vincula a una persona voluntaria que visita a la persona mayor en su domicilio una vez a la semana, durante aproximadamente dos horas, de modo que se establece un vínculo de apoyo afectivo. Aparte de la activación de personas voluntarias y de la red territorial de proximidad, el programa VinclesBCN, que la estrategia también prevé potenciar, tiene como objetivo fortalecer las relaciones con familiares y ampliar las relaciones entre iguales a través de las nuevas tecnologías. En la medida en que las personas socializadas con estas herramientas digitales se van incorporando a la edad de jubilación, el acceso y el uso entre las personas mayores crece de manera destacable, así como el potencial para reducir el aislamiento relacional a través de este tipo de herramientas. Sin embargo, a pesar de la mejora, debe subrayarse que todavía se mantienen importantes diferencias entre las personas mayores y el resto de la población: el 92,6% de la población de entre 16 y 64 años dispone de internet en casa, mientras que entre las personas de 65 años o más este porcentaje se reduce al 63%. La fractura es más profunda cuando se observa el uso de redes sociales: solo el 17,4% de las personas mayores participan en ellas, mientras que el resto de la población lo hace casi en un 70% (Ayuntamiento de Barcelona, 2018). La aplicación de VinclesBCN aborda una mejora del diseño y la usabilidad, así como del sentido de su uso para las personas mayores.

1.3 Participación social y relaciones intergeneracionales

Seguramente, la mejor prevención para un envejecimiento saludable y con apoyo social es la participación social. Estudios recientes (Age UK, 2017) indican que la participación social y comunitaria es tan influyente o más que las desigualdades sociales y económicas en la calidad de vida de las personas mayores. Sentirse conectado, implicado en la vida y en el mundo que te rodea. Lo que en épocas vitales anteriores se producía, en buena parte, a través del trabajo, en la vejez se canaliza fundamentalmente a través de las actividades sociales, culturales y comunitarias. Al mismo tiempo, disponer de esta implicación supone un potencial enorme para el desarrollo social y económico de la misma sociedad en su conjunto. Sin embargo, hay diferentes barreras que deben superarse para fortalecer y valorar la participación de las personas mayores, y una de estas es la discriminación por edad. Campañas innovadoras para combatir el edadismo como la de “Soy mayor, ¿y qué?” del Ayuntamiento de Barcelona pretenden promover el reconocimiento de las aportaciones de las personas mayores y romper con este tipo de barreras y estereotipos.

Con respecto al asociacionismo, un dato relevante es que las personas mayores están más asociadas que el resto de grupos de edad, con un 35,6%, y lo hacen sobre todo en organizaciones sociales, culturales y de salud y en asociaciones de vecinos y vecinas. A pesar de este dato positivo, hay otros indicadores que muestran un gran margen de mejora: las personas mayores participan menos en actividades comunitarias (políticas, culturales, benéficas, religiosas, etc.) que el resto de grupos de edad, especialmente las mujeres. Y cuando se pregunta por la asistencia a actividades organizadas en grupo, la gran mayoría de las personas mayores declaran que no hace este tipo de actividades. No obstante, hay una minoría de personas mayores muy activa: el 65,1% de las personas de 75 años o más declaran que nunca asisten a actividades de este tipo, mientras que un 15% dicen que participan varias veces a la semana. En cualquier caso, sabemos que, a medida que aumenta la edad, la preferencia por realizar las actividades en el propio barrio es mayor y, por lo tanto, la dimensión de proximidad adquiere relevancia de nuevo: el 44% de las personas las realizan en su barrio y un 36% lo hacen tanto dentro como fuera. Por el contrario, en esta franja de edad la realización de este tipo de actividades fuera del propio barrio se reduce al 19,6% (gráfico 3).

Gráfico 3. Lugar de realización de las actividades comunitarias según grupos de edad. Barcelona, 2017



Fuente: IERMB, Encuesta de cohesión urbana, 2017.

Es necesaria, pues, una reflexión sobre cómo desde la Administración pueden facilitarse las aportaciones y mejorar las capacidades de incidencia de las personas mayores, por ejemplo, con nuevas formas de economía de reciprocidad, de transferencia de experiencia y de conocimiento, de autoorganización de servicios y prestaciones o de la participación activa en la toma de decisiones y el diseño de las políticas públicas. La Encuesta de participación ciudadana del 2017 pone de manifiesto que, junto con la población más joven, las personas mayores son las que menos conocimiento tienen sobre los canales y espacios de participación del Ayuntamiento de Barcelona. El Consejo Asesor de las Personas Mayores es el órgano de participación de referencia en este ámbito, y la Convención “Las voces de las personas mayores”, que se celebra cada cuatro años, el foro principal donde debatir y reflexionar sobre las políticas para promover un envejecimiento activo y saludable. La última convención, que tuvo lugar en marzo del 2019, generó una batería importante de propuestas en torno a tres ejes: envejecer con derechos, envejecer con dignidad y envejecer participando¹³.

Además, desde el 2009, el Consejo Asesor de las Personas Mayores da apoyo al proyecto “Barcelona, amigable con las personas mayores”, una iniciativa en favor del bienestar y la salud que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el ámbito del envejecimiento activo, cabe destacar dos aportaciones importantes que hace la estrategia: visibilizar una batería de acciones para promover la educación y la cultura a lo largo de la vida y otra para fomentar las relaciones intergeneracionales. Son dos ámbitos en los que habrá que profundizar en los próximos años. En el primer bloque, la estrategia incluye, entre otros, el apoyo a los programas universitarios dirigidos a las personas mayores, una campaña de promoción de las escuelas de formación de personas adultas o el fortalecimiento de la participación de las personas mayores en las políticas culturales de la ciudad. En el segundo bloque, la programación de actividades culturales de carácter intergeneracional en bibliotecas, museos, centros cívicos, casales de barrio y otros equipamientos culturales. Además, también se quiere fortalecer los proyectos intergeneracionales en el programa “Ciudad educadora”, así como en las aulas de extensión universitaria para las personas mayores o mediante la redefinición del modelo de los centros de personas mayores.

Reflexiones finales

Ha llegado la hora de ir adaptando la ciudad a las nuevas estructuras poblacionales que se irán consolidando en un futuro próximo. En caso contrario, se llegará tarde. Tal como dijo recientemente, de manera muy ilustrativa, el demógrafo Juan Antonio Módenes en las jornadas “Envejecimiento, vivienda y entorno”, organizadas por el Observatorio Metropolitano de la Vivienda de Barcelona (OVV): “El envejecimiento no implica hacer más políticas para las personas mayores, sino seguir haciendo políticas para el conjunto de la población; lo que pasa es que hay que tener presente que la mayoría de esta población será mayor”. De eso se trata, de ser conscientes del cambio demográfico que se está produciendo y de la necesidad de dar respuesta de manera transversal a través del conjunto de políticas públicas.

Hasta hace poco, el Ayuntamiento de Barcelona había incrementado la atención a las personas mayores en el ámbito de los servicios sociales y también había dedicado esfuerzos importantes a la promoción y la participación de este colectivo. También se ha integrado esta mirada en otros sectores de forma más indirecta, como el urbanismo o el

13. Las conclusiones de la quinta convención se pueden consultar en https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/5a_convencio_veus_persones_grans_conclusions.pdf

transporte, con la mejora significativa de la accesibilidad para toda la población. Pero, con la Estrategia de envejecimiento y de cambio demográfico, el Ayuntamiento de Barcelona ha acabado de introducir este cambio de perspectiva de forma más decidida. Así se manifiesta en el siguiente objetivo: “Conseguir una Barcelona para todas las edades, con justicia de género, equidad generacional y atención a la diversidad en los ciclos y las formas de vida, y hacerlo con el protagonismo de los diversos grupos sociales y generacionales mediante acciones basadas en la proximidad, poniendo el cuidado y la autonomía de las personas en el centro de las políticas”.

La Estrategia organiza y alinea un conjunto de acciones en torno a una serie de objetivos y ejes estratégicos. Algunas de estas acciones son nuevas, otras ya existían y se quieren fortalecer y mejorar. Habrá que ver cómo se impulsa, dentro del nuevo organigrama municipal, la implementación de una estrategia ciertamente ambiciosa y transversal, para que esta no solo sea un documento con una serie de actuaciones más o menos bien organizada, sino que se lleven a cabo los objetivos propuestos. Entre los más relevantes se encuentran: a) impulsar servicios y apoyos para el cuidado; b) dar apoyo a la permanencia voluntaria de las personas mayores en el propio hogar; c) luchar contra la soledad no deseada de las personas mayores; d) avanzar hacia un espacio público accesible y un transporte y comercio de proximidad para todo el mundo; e) promover la educación y la cultura a lo largo de la vida; y f) garantizar el buen trato y trabajar para la prevención de maltratos. Por eso es necesario desplegar los espacios de gobernanza idóneos entre diferentes concejalías y servicios del Ayuntamiento, contando a la vez con el seguimiento y la participación de las propias personas mayores, organizadas, por ejemplo, a través del Consejo Asesor de las Personas Mayores o del grupo de envejecimiento del Consejo Municipal de Bienestar Social, los cuales ya participaron en la elaboración de la estrategia. El planteamiento es acertado, y solo falta, por lo tanto, consolidarlo e implementarlo para comprobar sus efectos.

A lo largo del artículo se han abordado con profundidad algunos de los aspectos del proceso de envejecimiento que pueden llegar a ser más críticos para la cohesión social de la ciudad en un futuro próximo. Se ha hablado de vivienda, de cuidados, de soledad y de integración social a partir de la partición ciudadana. Como se ha ido explicando, la estrategia prevé acciones en todos estos campos, que se podrán ir perfilando para mejorar sus efectos. No obstante, habrá que afrontar un último reto, que tiene que ver con la dimensión territorial del fenómeno. Barcelona es metropolitana, y la progresión del proceso de envejecimiento ofrece una nueva señal en esta dimensión. La metrópoli necesita ser gobernada en su conjunto para favorecer su cohesión. ¿Por qué no apostar por una estrategia metropolitana entonces?

Bibliografía

AGE UK'S (2017). *Index of Wellbeing in Later Life*, Disponible en línea en www.ageuk.org.uk/our-impact/policy-research/wellbeing-research/index-of-wellbeing/

ANTÓN-ALONSO, F.; PORCEL, S.; CRUZ, I.; SÁNCHEZ, A.; Y COLL, F. (2019). “Canvi demogràfic, envelliment i metròpoli”. Barcelona: Àrea Metropolitana de Barcelona,

BARCELONA: AYUNTAMIENTO DE BARCELONA (2018). “Estratègia sobre canvi demogràfic i envelliment: una ciutat per a tots els cicles de vida (2018-2030)”.

CANAL, R. (2016). "Los diez retos de las políticas locales de envejecimiento en España". En Subirats, J. (dir.), *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*. Barcelona: Planeta, pp. 165-200.

COSCOLLA, R.; COMAS, N.; Y GARCÍA, L. (2016). *El envejecimiento activo en los programas que palían el aislamiento de las personas mayores*. Barcelona: Fundación Pere Tarrés y Fundación Cuberes-Donlo,

GARCÍA-CALVENTE, M. M.; MATEO-RODRÍGUEZ, I.; Y EGUIGUREN, A. (2004). "El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad". *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), 132-139.

IMSERSO (2010). Encuesta de personas mayores,. Disponible en línea en www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf

JEHOEL-GIJSBERS, G.; Y VROOMAN, C. (2008). "Social Exclusion of the Elderly: A Comparative Study of EU Member States". *ENEPRI Research Report*, 57,

PORCEL, S.; ANTÓN-ALONSO, F.; SÁNCHEZ, A.; Y CRUZ, I. (2018) "Condicions de vida de les persones grans a Barcelona: situació socioeconòmica i habitatge, 2016-17". Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona.

PORCEL, S.; Y NAVARRO-VARAS, L. (2014). "Transformacions familiars, metropolitanització i cohesió social: els efectes de la suburbanització barcelonina en la diferenciació de les dinàmiques familiars i la cura d'infants". En Trullén, J. (dir.), *Crisi econòmica, creixement de les desigualtats i transformacions socials*. Barcelona: Albert Sales, Instituto de Estudios Regionales y Metropolitanos de Barcelona, pp. 58-93.

Marzo 2020

Palabras clave: personas mayores, dependencia funcional, estrategias de cuidado, personas cuidadoras

La diversidad del cuidado de las personas mayores en situación de dependencia funcional en Barcelona

Albert Julià¹⁴ y Annel Rojas¹⁵

Cada vez hay una mayor proporción de personas mayores con edades más avanzadas y en situación de dependencia funcional en la ciudad de Barcelona. El objetivo de esta investigación es analizar cuáles son sus características y las formas de cuidado que se establecen según los diferentes perfiles. Para ello se lleva a cabo una explotación de la Encuesta de personas en Situación de dependencia funcional (EPSD) de Barcelona realizada en el 2018. Los resultados muestran ciertas desigualdades según características individuales de la persona dependiente (grado de dependencia, sexo y edad), características de las personas cuidadoras (sector ampliamente feminizado), características del hogar (formas de convivencia y niveles de ingresos) y características territoriales (según el nivel de renta del barrio). Los resultados muestran un escenario lejos de ser el ideal y que exigiría una mayor atención a los decisores públicos para ampliar la cobertura de servicios y prestaciones de este colectivo.

Introducción

Uno de los grandes retos que tienen las sociedades avanzadas del siglo XXI es la gestión de la creciente proporción de población anciana y, por ende, de la mayor proporción de personas en situación de dependencia funcional. Este proceso se ha ido intensificando en los países desarrollados en las últimas décadas, y la ciudad de Barcelona no ha sido una excepción. En el año 2018, la población de 65 años y más suponía el 21,6% del total, siendo superior la proporción de población de 75 años y más que la de 65 a 74 años (10,2% población 65 a 74 años y 11,4% de 75 años y más).

La situación de dependencia se fundamenta en las actividades que la persona no puede realizar o realiza con dificultad y que, por lo tanto, requieren de algún tipo de ayuda (Rogeró, 2010). La situación en la que una persona se encuentra limitada puede darse en diversas dimensiones (psicológica, social o física), en las que precisa de la ayuda de una tercera persona para el normal desenvolvimiento en múltiples actividades de la vida diaria (Gázquez *et al.*, 2007). La dependencia por razones de salud afecta mayoritariamente a

14. Instituto de Estudios Regionales y Metropolitanos de Barcelona (IERMB) y Universidad de Barcelona (UB).

15. Universidad Pompeu Fabra (UPF).

las personas mayores, por lo que el envejecimiento es uno de los factores más relevantes para determinar las necesidades de cuidados de una población. La probabilidad de que una persona se convierta en dependiente funcional es mayor a medida que aumenta la edad. Según los datos del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Catalunya, las personas con reconocimiento legal de discapacidad en Barcelona representaban un 8,2% en el 2016. Para la población menor de 16 años la prevalencia se situaba en el 1,5%; para la de 16 a 44 años, en el 2,9%; para la de 45 a 64 años el porcentaje ya superaba la media de la ciudad (10,3%); para la población de 65 a 74 años suponía el 16,9%, y para los mayores de 74 llegaba a ser del 21,5%. Asimismo, según la estimación llevada a cabo por Cabrero y Codorniu (2002), el 90% del volumen de recursos sanitarios y sociales consumidos se suele concentrar en los últimos siete u ocho años de vida de quien sufre algún proceso de dependencia funcional.

Este escenario supone un desafío social, económico y político de primer orden del que depende gran parte de la estructura de nuestro estado de bienestar. La atención y el bienestar de la creciente población mayor con dependencia funcional suponen unos de los grandes retos para las administraciones públicas. Las acciones que se den al respecto tienen y tendrán grandes repercusiones en la calidad de vida de los dependientes funcionales, así como en la de sus familiares, ya que se verán en mayor o menor medida forzados a asumir la carga de los cuidados (de tiempo o económica) que conlleva.

A pesar de la alarma que supone este fenómeno social, no hay que hacer únicamente una lectura teñida de preocupación. Paralelamente a los cambios demográficos, se suceden cambios y avances (biomédicos, tecnológicos, de movilidad, etc.) que permiten neutralizar el aumento y el impacto de la dependencia de la población de mayor edad. Algunos autores señalan que el efecto de la mayor esperanza de vida no supone tanto un aumento en el número de años de vida en situación de dependencia funcional como el retraso en la edad de aparición de problemas y necesidad de ayuda (Sarasa y Mestres, 2007). Según la investigación de Mathers *et al.* (2015) existe una correlación positiva entre el aumento de la esperanza de vida y el aumento de los años vividos con buena salud.

En este contexto de nuevos (aunque ya presentes) riesgos sociales ligados al cambio demográfico y al mayor envejecimiento de la población y de la población en situación de dependencia funcional, se presenta este estudio. Se trata de una investigación que analiza las características de las personas mayores en situación de dependencia funcional en Barcelona, cuál es el nivel de cobertura actual de sus necesidades, así como las formas de cuidado y los factores asociados a estas¹⁶.

1. Factores asociados al tipo de cuidado de personas en situación de dependencia funcional

Las personas que están en situación de dependencia funcional no son un conglomerado homogéneo. Más allá de la asociación que existe entre la edad y estar o no en situación de dependencia funcional¹⁷, los perfiles socioeconómicos y demográficos de las personas dependientes funcionales son diversos, así como los de sus familias o convivientes. Estas características pueden afectar a las formas de cuidado que reciben las personas dependientes funcionales. De forma generalizada, se pueden establecer tres formas de cuidado que no suelen ser autoexcluyentes. Las personas podrían recibir cuidados de familiares o amigos (ya sean convivientes o no), de los que normalmente no reciben una remuneración a cambio, si bien puede haber una compensación económica al personal no

16. En este estudio no se incluyen las personas en situación de dependencia funcional que viven en residencias.

17. Las personas con dependencia reconocida en Barcelona eran aproximadamente 65.000 en el 2018, el 85% de las cuales tiene 65 años o más.

cuidador profesional establecida en la ley de dependencia del 2006. Asimismo, aquellas personas que puedan permitírselo pueden acceder al mercado privado y recibir servicios de cuidado mediante una transacción monetaria. Esta relación laboral puede darse formalmente (persona cuidadora dada de alta por la persona pagadora o por una empresa) o informalmente (remuneración sin contrato). Por último, las personas en situación de dependencia pueden ser atendidas mediante servicios de atención públicos que se presten en cada territorio (en Barcelona el principal servicio es el Servicio de Atención Domiciliaria, SAD).

Que se dé una u otra opción de cuidado —o varias simultáneamente— puede variar según diferentes factores. Por ejemplo, según las características de las personas dependientes funcionales, como el tipo de dependencia, la edad (Gázquez *et al.*, 2011), el sexo (Kramer y Kipnis, 1995; Adams *et al.*, 2002) o la etnia (Adams *et al.*, 2002). También por las características de las formas de convivencia, las estructuras familiares o la red de apoyo familiar o social, así como por los recursos que puedan disponer las familias para este objetivo.

Las formas de cuidado pueden venir condicionadas a su vez por las orientaciones personales que se construyen a partir de los procesos de socialización, las posibilidades que ofrece el sistema de cuidados formal (público o privado) y el grado de acceso que tienen las familias a estos servicios. Los Estados de bienestar del sur de Europa se caracterizan por su elevada orientación “familiarista” hacia las responsabilidades de cuidado de las personas (Díe Olmos, Fantova y Mota, 2014). Los servicios y las políticas de prestaciones públicas hacia el cuidado y la dependencia que proporcionan estos Estados suelen ser menos generosos y de menor cobertura que los de otros países del entorno europeo, lo que conlleva una mayor asunción de funciones de las familias. Esta situación no se debe desligar de la herencia cultural de esta sociedad sobre quién (el Estado o la familia) debería hacerse cargo de las personas en situación de dependencia. Como muestran algunos estudios, una amplia proporción de población española sigue manteniendo una concepción orientada hacia el deber de los miembros de la familia del cuidado. Según los datos que proporciona el CIS sobre las actitudes y orientaciones de los españoles hacia quién debería hacerse cargo de las personas dependientes (por ejemplo, con una edad avanzada, alguna discapacidad o enfermedad crónica) que no pueden realizar sin ayuda actividades básicas de la vida cotidiana (ir al baño, ducharse o vestirse), más de la mitad de los encuestados creen que la mejor opción para organizar el cuidado de dicha persona es que vivan con algún familiar, mientras que aproximadamente una quinta parte ven como mejor opción que residan en un centro o residencia, y otra quinta parte que vivan con una persona cuidadora remunerada (CIS n.º 3009, 2014). Asimismo, una amplia mayoría de la población española está de acuerdo o muy de acuerdo en que el deber de los hijos e hijas es cuidar a sus progenitores enfermos (90,5%), muy por encima de otros países con modelos de bienestar continentales (Alemania, 65,9%), liberales (el Reino Unido, 41,9%) y, especialmente, los nórdicos (Dinamarca, 25%)¹⁸.

A pesar de las orientaciones que tengan las personas, las evidencias muestran que los recursos de que disponen las personas dependientes para ser atendidas, tanto económicos como humanos, son fundamentales para entender las formas de cuidado. Algunos estudios señalan que según el nivel económico de los hogares, las personas dependientes pueden tener mayor o menor probabilidad de ser cuidadas por personal externo a la familia (Kemper, 1992; Ayuso *et al.*, 2010). Otros señalan que según la red familiar o de personas cercanas que tenga una persona dependiente, esta se verá atendida o no por familiares o por personas cercanas (vecinos, amigos, etc.). En cambio,

18. Datos según la *European Values Survey*, 2008.

como Rogero (2009) señala, las personas dependientes casadas suelen tener más probabilidad de recibir cuidados de los servicios sociales en lugar de cuidado informal, debido a que los cónyuges actúan como conectores entre la persona mayor y el sistema público. Así pues, la presencia o la ausencia de redes de apoyo influyen en la elección de diferentes estrategias de cuidado. El caso paradigmático son las personas que viven solas en situación de dependencia funcional, que suelen tener una menor probabilidad de recibir cuidado de algún familiar (Rogero, 2009). Pero no hay que olvidar que las estrategias de cuidado dependen en gran medida del desarrollo de servicios y políticas públicas que ofrezcan los territorios. El comportamiento de las personas mayores que necesitan ayuda y el de sus familiares que puedan tomar las decisiones sobre su cuidado pueden variar dependiendo de los servicios públicos ofrecidos independientemente de los propios recursos. Sin embargo, tal como señalan Eichler y Pfau-Effinger (2009), las personas mayores pueden no acogerse a las ventajas que tienen las (“nuevas”) políticas y servicios públicos de cuidado debido a que prevalecen en sus orientaciones las formas tradicionales de cuidado basadas en la atención familiar. La principal razón de que se produzca este fenómeno, según los autores, se debe a que las personas mayores y sus familias orientan su comportamiento en mayor medida hacia los valores tradicionales de atención, en los que se da prioridad al apoyo mutuo entre cónyuges y descendientes. La segunda razón es que hay ciertas diferencias entre el tipo de atención que puede proporcionar un servicio público y la que puede ofrecer un familiar, haciendo más atractivo para las personas mayores y sus familiares la opción de cuidados por familiares.

Para poder comprender de forma más precisa la situación de las personas dependientes funcionales de Barcelona y los factores asociados que llevan a optar por una u otra estrategia de cuidados, se ha realizado la Encuesta de personas en situación de dependencia funcional (ESPD) de Barcelona durante el año 2018. En el siguiente apartado presentamos las principales características de esta encuesta, y en los apartados posteriores los resultados de su análisis centrado en las personas mayores en situación de dependencia funcional (SDF) en Barcelona.

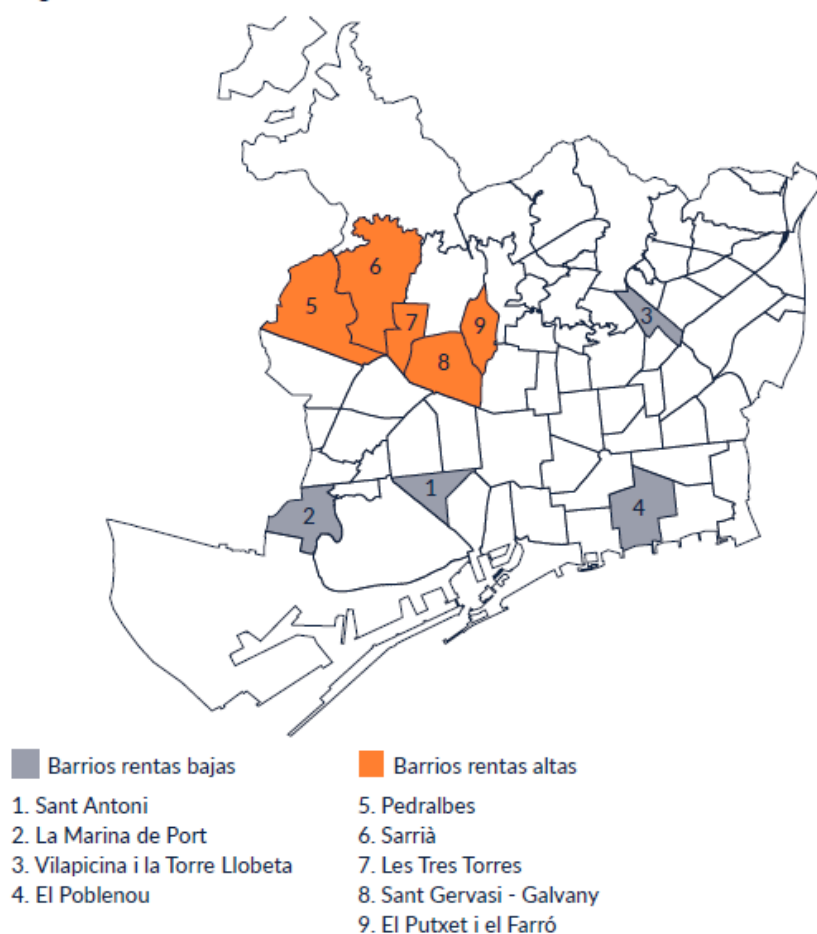
2. Encuesta de personas en situación de dependencia funcional 2018 (EPSPD2018)

La ESPD2018 de Barcelona es una encuesta dirigida a personas en situación de dependencia reconocida. Estas pueden ser usuarias del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) que ofrece el municipio o personas que perciben una prestación económica en lugar del servicio (reconocida según la Ley 39/2006). Tanto la prestación económica como el SAD no tienen establecidos ninguna diferenciación por motivos económicos. Es decir, la situación financiera de las personas dependientes no determina ni la cantidad ni un copago del servicio. En cambio, sí que viene determinado por el grado de dependencia concedido por la Administración pública. La muestra está compuesta por 613 observaciones, representativas de los barrios con rentas bajas (seleccionados cuatro barrios con un nivel medio de 84,3 puntos del índice RFD¹⁹) y barrios de rentas altas (cinco barrios con un nivel de RFD medio de 199 puntos). La muestra de personas mayores (55 años o más) representa el 88,6% de la muestra inicial (n = 543; 74,6% mujeres y 25,4% hombres). Con el conjunto de variables utilizadas en los diferentes modelos hay una pérdida de 13 casos, que deja una muestra final de 530 individuos de 55 años o más. Esta muestra está compuesta por un 36,8% de usuarios del SAD en barrios de rentas bajas, un 28,9% que reciben la prestación económica en barrios de rentas bajas, un 19,2% de usuarios SAD en barrios de rentas altas y un 15,1% que reciben la prestación económica en barrios de rentas altas. En cuanto al grado de dependencia, el 42,2% de las personas en SDF tienen reconocido un grado I; el 33,1%, un grado II; el

19. El índice de la renta familiar disponible (RFD) estima la renta media o la capacidad económica de los residentes de Barcelona a partir de una serie de indicadores que permite otorgar un número en relación con la media de la ciudad, que es 100 (Calvo, 2007).

12%, un grado III, y un 12,7% está pendiente de la adjudicación del grado de dependencia pero puede acogerse al SAD o percibir una prestación.

Figura 1. Barrios incluidos en el estudio



3. Perfiles y formas de convivencia de las personas mayores en situación de dependencia funcional

Los datos de la ESPD2018 muestran de forma evidente que las personas que están en SDF tienen perfiles socioeconómicos y demográficos y grados de dependencia diferentes, por lo que resulta poco recomendable analizar esta población de forma agregada. Teniendo en cuenta estas diferencias, se pueden ver algunas prevalencias claras. El perfil más frecuente de persona en SDF en Barcelona suele ser el de una mujer, de entre 75 y 89 años cuyo grado de dependencia se encuentra entre el I y el II (tabla 1).

Tabla 1. Características de la muestra

	N	%
Tipología		
SAD barrios rentas bajas	200	36,8
CNP barrios rentas bajas	157	28,9
SAD barrios rentas altas	104	19,2
CNP barrios rentas altas	82	15,1
Grado de dependencia		
Grado I	229	42,2
Grado II	180	33,1
Grado III	65	12,0
Sin reconocimiento/NC	69	12,7
Sexo de la persona en SDF		
Hombre	138	25,4
Mujer	405	74,6
Edad		
55-74	102	18,8
75- 89	281	51,7
90 años o más	160	29,5
Nacionalidad de la persona en SDF		
Española	538	99,1
Extranjera	5	0,9

Fuente: Elaboración propia a partir de la EPSD2018.
Situación de dependencia funcional (SDF) y cuidador no profesional (CNP).

Uno de los elementos más relevantes para entender las condiciones de vida de las personas mayores, y en especial de las personas mayores en SDF, es la situación de convivencia en la que se encuentran. La red de apoyo y la cobertura de necesidades que pueden obtener las personas con algún grado de dependencia dependen en gran medida de convivir o no con otras personas, principalmente familiares²⁰. Las personas mayores en SDF suelen tener limitada su autonomía y necesitan en muchas ocasiones compañía para realizar las tareas cotidianas del día a día. Las personas que no disponen de esta compañía porque viven solas no solo tienen más posibilidades de no tener cubiertas sus necesidades, sino que ello puede repercutir en su salud mental debido a que se sienten más solas (Dean *et al.*, 1992). Según los datos de la EPSD2018, el 37,4% de las personas en SDF que viven solas se han sentido excluidas de lo que les pasa alrededor o les ha faltado compañía en los últimos doce meses. Asimismo, según la escala Duke-UNC-11 de apoyo social autopercebido²¹, las personas que viven solas en SDF tienen una

20. El 68,2% de las personas en SDF conviven con algún familiar. El perfil más frecuente suele ser el del marido/mujer/pareja (31,3%), seguido de quienes conviven con hijos o hijas (28,4%).

21. El índice de apoyo social funcional Duke-UNC-11 (Broadhead *et al.*, 1988; edición en castellano de Bellón *et al.*, 1996) se basa en una batería de once preguntas que utilizan una escala Likert (del 1 = “mucho menos de lo que deseo” al 5 = “tanto como lo deseo”), que mide el grado de apoyo social percibido en términos

mayor prevalencia en tener niveles bajos de apoyo social (22,7%) que las personas que conviven con otras personas (6,6%).

De las personas mayores en SDF analizadas en Barcelona, más de una cuarta parte viven solas (tabla 2). En términos de grupos de edad y de diferentes conglomerados de barrios según la renta, no hay diferencias significativas. En cambio sí que se observa cierta asociación entre el sexo y el hecho de no convivir con otras personas. Las mujeres en SDF, debido a que tienen una esperanza de vida mayor que sus parejas masculinas y a que, por tanto, se quedan viudas, casi duplican el porcentaje de personas que viven solas en comparación con los hombres. Asimismo, los datos muestran que existe una asociación más que evidente entre la situación de convivencia y si son usuarios de SAD o no. El 44,7% de las personas usuarias del SAD analizadas viven solas.

Tabla 2. Personas mayores en SDF que viven solas (%)

	Vive solo/a (%)
Total	27,6
Tipología	
SAD	44,7
CNP	5,9
Barrios según renta	
Renta baja	27,7
Renta alta	27,4
Sexo de la persona en SDF	
Hombre	17,4
Mujer	31,1
Grupos de edad	
55-74	26,5
75- 89	29,5
90 años o más	25,0

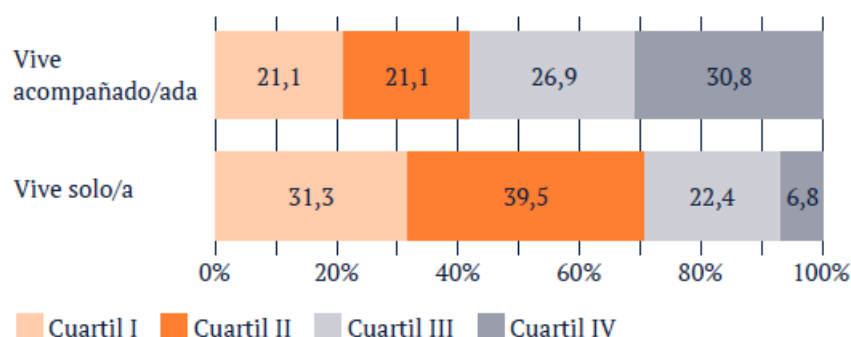
Fuente: Elaboración propia a partir de la EPSPD2018.

Existe cierta asociación entre las formas de convivencia y la situación económica de las familias. El número de personas que forman una unidad familiar de un hogar son determinantes para entender la capacidad económica que pueden llegar a tener. Los hogares compuestos por un menor número de personas activas laboralmente (o de un mayor número de personas dependientes económicamente) suelen tener una mayor probabilidad de tener unos ingresos más reducidos debido a la menor capacidad de obtener ingresos del mercado laboral. Este fenómeno se cumple en ciertos supuestos. En el caso de los hogares con personas mayores en SDF podemos encontrar esta asociación, pero principalmente por medio de las pensiones. De las personas que viven solas hay una mayor proporción con ingresos bajos que con ingresos altos. Solo un 6,8% de las personas que viven solas en SDF se sitúan en el cuarto cuartil de ingresos según la EPSPD2018 (es decir, que están por encima de los 1.600 € mensuales), mientras que el 70,7% se sitúan en los dos primeros cuartiles (por debajo de 1.065 € mensuales). En

relacionales, de pertenencia a un grupo, comunicativo y afectivo. En la escala final de 11 a 55 puntos se determina que apoyo social autopercibido bajo es aquel que se encuentra por debajo de los 24 puntos.

cambio, en los hogares que conviven con otras personas el porcentaje que está en el cuarto cuartil es del 30,8%, y en los dos cuartiles inferiores, del 42,2% (gráfico 1).

Gráfico 1. Porcentaje de personas mayores en SDF en los diferentes cuartiles de Ingresos según si viven solas o con otras personas



Fuente: Elaboración propia a partir de la EPSD2018.

El cuartil I lo componen los hogares con rentas medias inferiores a 745 €/mes; el cuartil II, de entre 745 y 1.065 €/mes; el cuartil III, de entre más de 1.065 y 1.600 €/mes, y el cuartil IV, de más de 1.600 €/mes.

La relevancia de los ingresos de los hogares con personas mayores en SDF subyace en que, al igual que otros hogares, determina en gran medida el poder adquisitivo y las condiciones de vida de sus integrantes, y de forma específica, influye en gran medida en el acceso a las diferentes formas de cuidado y en las estrategias que se establezcan para satisfacer los diferentes niveles de necesidades (Ayuso *et al.*, 2010). En el siguiente apartado se señalan las asociaciones que se producen en los diferentes perfiles de renta con las formas de cuidado, así como por otras características de las personas mayores en SDF de Barcelona.

4. Estrategias de cuidado

Los tipos de cuidados que reciben las personas en SDF dependen de sus características (la edad, el sexo o el grado de dependencia), de las características del hogar (los ingresos o la forma de convivencia), e incluso de la zona en la que residen. Los datos muestran que los hombres mayores en SDF suelen tener en mayor medida apoyo de algún familiar (75,4%) que las mujeres (59%). Por el contrario, las mujeres suelen recibir en mayor porcentaje ayudas provenientes de los servicios municipales de servicios sociales (tabla 3). Como ya se ha comentado, esta diferencia se explica en parte porque las mujeres mayores tienen más riesgo de vivir solas que los hombres, y como se puede apreciar en la tabla 4, las personas que viven solas tienen una proporción muy baja de ayudas de familiares (únicamente el 10%).

El perfil del cuidador principal depende en gran medida de la situación de convivencia y económica de las personas en SDF y de sus familias. Para el 56,9%, el principal perfil cuidador es un familiar; para el 21,9%, una persona remunerada (con o sin contrato), y para el 17,4%, una persona de servicios de atención domiciliaria proporcionada por el Ayuntamiento de Barcelona. Quienes tienen como principal persona cuidadora un/a trabajador/a del SAD, son básicamente personas que viven solas y tienen una red familiar baja o nula.

El grado de dependencia tiene una asociación substancial con el tipo de apoyo que recibe la persona en SDF. Los datos muestran que las personas con mayor grado de dependencia suelen recibir en mayor proporción apoyo de familiares. Así, las que tienen una SDF de grado II y III tienen apoyo familiar en 15 puntos porcentuales más que quienes tienen grado

I; por el contrario, quienes tienen grado I reciben apoyo y cuidados de los servicios sociales municipales de forma más prevalente. Salvo la ayuda de servicios públicos, la lógica de los datos tiende a ser que cuanto mayor es el grado de dependencia (que supone mayores grados de necesidades básicas de la vida cotidiana) mayor es la proporción de apoyo o cuidados de todo tipo que reciben (tabla 3).

Tabla 3. Tipología de las personas cuidadoras según características de las personas en SDF, de su hogar y barrio en el que residen (%)

	Total	Sexo persona en SDF		SAD	CNP	Grado dependencia		
		Hombre	Mujer			I	II	III
Familiar	63,2	75,4	59,0	47,0	83,7	59,8	75,0	75,4
Personal Ayuntamiento Servicios Sociales	48,8	42,0	51,1	86,2	1,3	54,6	36,1	21,5
Persona contratada (con prestación de la ley de dep.)	8,3	5,8	9,1	2,0	16,3	5,2	12,2	16,9
Persona contratada (sin prestación de la ley de dep.)	7,9	9,4	7,4	9,2	6,3	5,2	8,9	15,4
Cuidador/a remunerado/a informal	19,0	19,6	18,8	15,1	23,8	19,7	17,2	30,8
Cuidador/a de una empresa privada de servicios o sanitarios	6,6	3,6	7,7	7,6	5,4	6,1	7,8	7,7
Voluntarios/as tercer sector (Cáritas, Amics de la Gent Gran)	1,1	1,4	1,0	1,0	1,3	0,4	1,7	1,5
Amigo/ga, vecino/a (no remunerado)	9,4	11,6	8,6	7,6	11,7	7,0	13,9	9,2
Otros	1,7	2,9	1,2	1,3	2,1	1,7	1,1	3,1
Ninguna ayuda	2,4	2,2	2,5	3,0	1,7	3,9	0,6	1,5

Fuente: Elaboración propia a partir de la EPSD2018.

Las columnas suman más de 100 % debido a que las personas pueden recibir más de un tipo de apoyo de perfiles diferentes.

Como ya se ha comentado anteriormente, los ingresos del hogar repercuten en gran medida en el acceso a las diferentes opciones de cuidados, ya que suponen la posibilidad o no de acceder al mercado informal o formal de cuidados. Los datos de la EPSD2018 (tabla 4) confirman esta hipótesis. Las personas en SDF que viven en hogares con mayores ingresos cuentan con una persona cuidadora remunerada de manera informal (28,9% en el caso de las situadas en el cuartil IV) o de manera formal (39,5% si tenemos en cuenta el personal contratado con o sin la prestación de la ley de dependencia y los cuidadores que proveen las empresas privadas) en mayor proporción que quienes tienen menores ingresos (para el cuartil I de ingresos representan el 13,4% de manera informal y el 19,7% de manera formal). A pesar de que en ocasiones los costes de los cuidados pueden correr a cargo de miembros de la familia que no conviven con las personas en SDF, la relación entre ingresos del hogar de la persona dependiente y las formas de cuidado es significativa.

Tabla 4. Tipología de personas cuidadoras según características del hogar y barrio en el que residen las personas en SDF (%)

	Ingresos hogar (cuartiles)				Convivencia		Barrios rentas bajas	Barrios rentas altas
	I	II	III	IV	Vive solo/a	Vive con otras personas		
Familiar	54,3	53,2	66,2	80,5	10,0	83,5	65,3	59,1
Personal Ayuntamiento Servicios Sociales	60,6	57,6	49,3	28,9	76,7	38,2	52,7	41,4
Persona contratada (con prestación de la ley de dep.)	5,5	2,2	8,8	17,2	2,7	10,4	7,6	9,7
Persona contratada (sin prestación de la ley de dep.)	8,7	8,6	8,1	7,0	8,7	7,6	9,0	5,9
Cuidador/a remunerado/a informal	13,4	13,7	19,1	28,9	14,0	20,9	14,6	27,4
Cuidador/a de una empresa privada de servicios o sanitarios	5,5	4,3	4,4	11,7	5,3	7,1	1,4	16,7
Voluntarios/as tercer sector (Cáritas, Amics de la Gent Gran)	0,0	0,7	2,2	1,6	0,7	1,3	0,6	2,2
Amigo/a, vecino/a (no remunerado)	9,4	13,7	8,1	6,3	6,7	10,4	11,5	5,4
Otros	3,1	0,7	0,0	3,1	1,3	1,8	2,0	1,1
Ninguna ayuda	2,4	4,3	2,9	0,0	6,0	1,0	2,2	2,7

Fuente: Elaboración propia a partir de la EPSD2018.

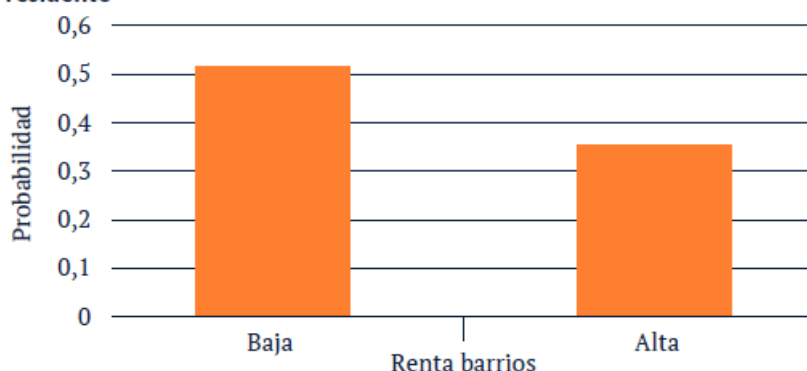
Las columnas suman más de 100 % debido a que las personas pueden recibir más de un tipo de apoyo de perfiles diferentes.

Otro de los factores que puede influir en las formas de cuidado a personas en SDF, y que menos atención ha suscitado en las anteriores investigaciones, es la influencia del territorio. Si bien existen algunas investigaciones que muestran las diferencias de las pautas y formas de cuidado entre territorios rurales y urbanos en otros contextos (Herlitz, 1997), menos se ha analizado sobre las posibles diferencias que puede haber en un mismo entorno urbano al que se le supone una oferta de servicios públicos de atención a la dependencia común. Los diferentes territorios urbanos pueden contener diferencias internas significativas que no se detectan en análisis de ciudades de forma agregada. Las grandes ciudades pueden contener territorios muy desiguales tanto por sus características físicas, el diseño urbanístico, las comunicaciones (por ejemplo, transporte público), como también por el perfil de la población que reside en ellas, que pueden influir en el comportamiento en el cuidado de sus ciudadanos.

Asimismo, las diferencias de perfiles de los ciudadanos en los diferentes barrios pueden afectar a su capital social, redes de apoyo y comportamientos en el uso de servicios sociales. Algunos indicios muestran que el uso o no de algunos servicios sociales por parte de las personas potencialmente beneficiarias puede tener alguna explicación según el barrio o vecindario al que pertenecen. Personas con perfiles socioeconómicos parecidos pueden hacer un uso diferenciado de algunos servicios públicos debido al posible nivel de estigma que esté asociado a cada territorio. Este fenómeno puede intensificarse según el tipo de barrio y los perfiles sociales de las personas del entorno más cercano. Por ejemplo, según los datos que ofrece el Ayuntamiento de Barcelona, se produce una correlación negativa entre el nivel de RFD de cada barrio y el grado de cobertura de la población identificada como vulnerable tanto en la solicitud de la ayuda para una prestación económica para hijos e hijas menores de 16 años a cargo (Blasco y Todeschini, 2019), como también en el número de expedientes abiertos en los servicios sociales por temas relacionados con la cobertura de las necesidades básicas (según datos de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona). Es decir, existen indicios que muestran que en los barrios con rentas más altas las personas vulnerables económicamente suelen demandar menos los servicios y las ayudas públicas municipales que las personas del mismo perfil residentes en barrios con rentas más bajas.

Si siguiendo esta premisa, podemos observar en el gráfico 2 que las personas mayores en SDF que residen en barrios de mayor renta tienen una menor probabilidad de utilizar los servicios públicos de atención domiciliar que ofrece el Ayuntamiento de Barcelona²², con independencia del nivel de ingresos de los hogares con personas en SDF. Concretamente, las personas mayores en SDF residentes en barrios de rentas altas de Barcelona tienen un 32% menos de probabilidad de ser usuarias del SAD que las residentes de zonas en que predominan las rentas bajas.

Gráfico 2. Probabilidad de ser usuario del SAD según el tipo de barrio residente



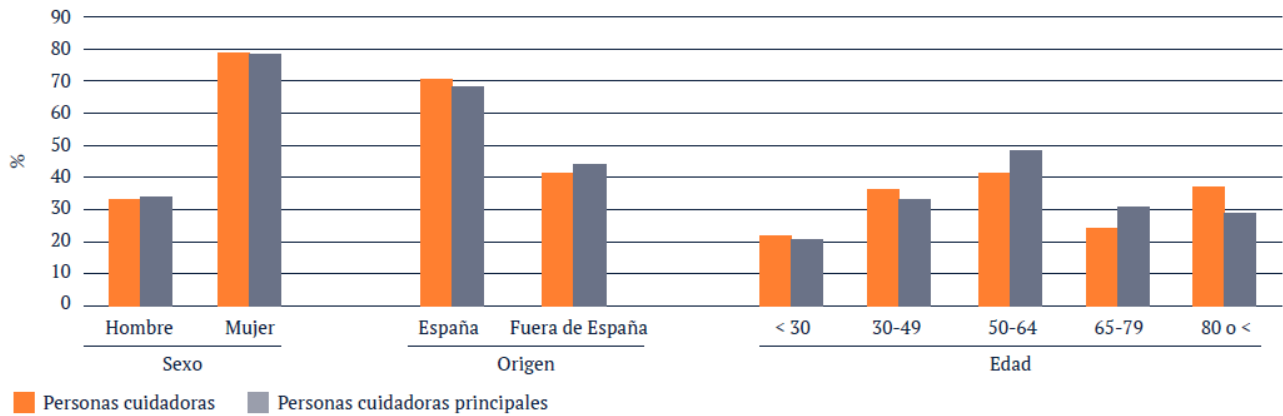
Fuente: Elaboración propia a partir de la EPSD2018.

5. Perfiles de las personas cuidadoras

Algunas investigaciones han mostrado que existen ciertos efectos positivos de la acción de cuidar en las propias personas cuidadoras (Nolan *et al.*, 1996), pero son mucho más numerosas las evidencias que muestran los posibles efectos negativos de realizar dichas actividades (Larrañaga *et al.*, 2008). Algunos colectivos o perfiles sociales pueden verse más abocados a realizar este tipo de tareas, lo que representa una desigualdad social de gran relevancia. En concreto, se trata de un ámbito especialmente significativo en relación con la desigualdad de género. Los datos muestran que las mujeres representan prácticamente el 80% de las personas cuidadoras de personas mayores en SDF, y un porcentaje aproximado de casos que suponen el principal cuidador de dicha persona (gráfico 3).

22. Los resultados de estas probabilidades se basan en modelos de regresión logística basado en otras variables como los ingresos del hogar, las formas de convivencia, el grado de dependencia, el sexo y la edad de las personas en SDF. Los resultados son estadísticamente significativos ($p < 0,01$).

Gráfico 3. Características de las personas cuidadoras y de las cuidadoras principales de personas en SDF (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de la EPSPD2018.

Como se ha señalado en el anterior apartado, hay perfiles informales (no retribuidos) y perfiles formales de personas cuidadoras. En este sentido, tanto el cuidado informal como el cuidado formal siguen siendo una función básicamente feminizada. En los perfiles de personas cuidadoras remuneradas la proporción de mujeres supera el 90%. Se trata de un sector básicamente feminizado y con personas nacidas fuera de España. Más del 75% ha nacido en otros países en el caso de las personas cuidadoras remuneradas (formal o informalmente), y aproximadamente el 50% en el caso de trabajadoras públicas municipales.

A diferencia de las personas cuidadoras remuneradas, la brecha de género se equilibra si se tiene en cuenta a las personas cuidadoras familiares. La diferencia entre mujeres y hombres cuidadores familiares es de 13 puntos porcentuales. En este sentido, los perfiles familiares más frecuentes de cuidadoras/es de persona mayores en SDF suelen ser las hijas (32%), la pareja masculina/marido (21,2%), la pareja femenina/mujer (19,2%), los hijos (18,2%) y las madres (13,5%).

Las personas mayores en SDF pueden tener más de un cuidador familiar. La carga de las personas cuidadoras no siempre es la misma, y es conveniente tener en cuenta quién es la persona que soporta mayores cargas. Los datos muestran que la brecha de género se amplía cuando se tienen en cuenta las personas cuidadoras principales en el caso de los familiares. La diferencia llega a 31 puntos porcentuales entre mujeres y hombres que representan el principal cuidador familiar (65,3% y 34,7%, respectivamente).

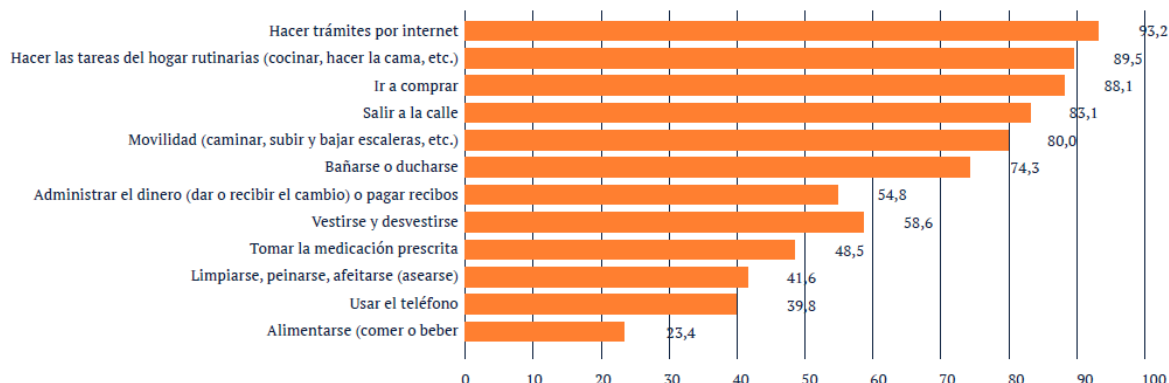
La edad del cuidador es una característica muy relevante si se tienen en cuenta los posibles efectos negativos que pueden acarrear las tareas de cuidado para la salud física y mental de las personas cuidadoras. En este sentido, los datos muestran que el 24,4% de los familiares que son los principales cuidadores tienen 80 años o más. Estas personas suelen ser la pareja de la persona mayor en SDF. A estas edades, convertirse en la principal persona responsable del cuidado de una persona con dificultades para llevar a cabo las actividades cotidianas es especialmente perjudicial y comporta un elevado riesgo de sufrir efectos negativos en la salud.

6. Necesidades y grado de cobertura de los cuidados

El tipo de dependencia que tienen las personas en SDF provoca que existan diferentes actividades de la vida cotidiana que requieran de ayuda de otras personas. En algunos casos son actividades relacionadas con la movilidad (pasear, ir a comprar, subir y bajar

escaleras, etc.), con la higiene personal (ducharse, lavarse, limpiarse, etc.), con las tareas del hogar (limpiar, cocinar, etc.) o incluso con las funciones más básicas como la alimentación. Los datos muestran que las principales necesidades de las personas mayores con SDF se circunscriben en realizar trámites de internet, las actividades que implican movilidad y realizar las tareas del hogar rutinarias (gráfico 4).

Gráfico 4. Personas mayores en SDF que tienen bastante o mucha dificultad para realizar las actividades habituales de la vida cotidiana sin ninguna ayuda o aparato (%)



Fuente: Elaboración propia a partir del ESPD2018.

El grado de cobertura de estas necesidades y de la satisfacción de la ayuda que reciben varía según el tipo de dificultades que tienen y según los diferentes perfiles de las personas en SDF. Según los datos analizados de la ESPD2018, las actividades habituales para las que necesitan ayuda que están menos cubiertas son las relacionadas con la realización de trámites por internet (cerca del 20% no las tienen cubiertas) y las relacionadas con la movilidad (alrededor del 15%). En relación con los diferentes perfiles de personas mayores en SDF que tienen bastante o mucha dificultad para realizar las diferentes actividades habituales de la vida cotidiana, quienes tienen un grado de dependencia I suelen contar —en prácticamente todas las actividades analizadas, salvo la de alimentarse— en mayor medida con ayudas ocasionales o nulas (menor cobertura) que quienes tienen un mayor grado de dependencia (mayor cobertura). Estos resultados muestran que quienes tienen un mayor grado de dependencia o de dificultades para realizar las actividades del día a día tienen mayor cobertura que quienes tienen grados más bajos de dependencia.

Previamente se ha señalado que en los hogares con mayores ingresos es más frecuente que las personas mayores en SDF reciban ayuda de familiares y de personal remunerado. Los datos también muestran que el tiempo que reciben de ayudas y el tiempo de atención también son más intensos. La ESPD2018 permite no solo saber el tiempo de cobertura de las ayudas sino también analizar durante todas las horas de un día entero (uno entre semana y otro en fin de semana) con quién está la persona mayor en SDF, así como todos los cuidadores que están ayudándola en todo momento (como las encuestas de usos del tiempo). Según estos datos, las personas pertenecientes al cuartil IV de ingresos reciben una media de 14,7 horas de cuidados de una persona familiar y 6,8 de una persona remunerada (en ocasiones comparten el mismo tiempo). En cambio, las personas del cuartil I de ingresos del hogar reciben 9,1 y 3,4 horas, respectivamente.

Respecto a estos perfiles no hay diferencias significativas en el tiempo medio de atención del SAD. En general, la diferencia del tiempo que reciben apoyo o ayudas de todos los perfiles de cuidadores juntos a lo largo de un día (teniendo en cuenta que hay momentos que más de un cuidador coincide temporalmente) es de 7 horas: las personas del cuartil I

de ingreso reciben ayudas y atenciones 12,8 horas al día de media (el 53,1% del tiempo diario) y las personas del cuartil IV, 19,8 horas (el 82,3% del tiempo diario).

Las personas en SDF necesitan la ayuda de una persona de apoyo de una forma más continua que intermitente. La presencialidad supone un rasgo importante para la ayuda de este tipo de personas, que varía según el grado de dependencia funcional. En el caso de las personas mayores en SDF de grado III, el 100% necesita ayuda todos los días y el 93,8%, las 24 horas. En el caso de las personas de grado II, el 91,1% declara que necesitan ayuda todos los días de la semana y el 51,1%, todas las horas del día. En cambio, en el caso de las personas de grado I, el 75% necesita ayuda todos los días, y el 27,1% las 24 horas. Que las personas con mayor grado de dependencia necesiten atención y seguimiento durante todo el día es comprensible, pues se trata de personas con dificultades para llevar a cabo todo tipo de tareas de la vida cotidiana. En cambio, que más de una cuarta parte de quienes tienen el menor nivel de dependencia reconocida declaren que necesitan atención continua durante todos los días de la semana a lo largo de los días es, en cierta forma, contraintuitivo. Se trata de perfiles a los que se les entiende que no necesitan una atención muy continua y en base a ello se les suelen conceder menos tiempo de servicios del SAD o prestaciones más bajas en concepto de personas de cuidado no profesional. Estos datos son consistentes con los perfiles que declaran que tienen en menor medida cubiertas las necesidades o el grado de satisfacción de las ayudas que reciben. El doble de las personas en SDF de grado de dependencia I considera que no están satisfechas con las ayudas que reciben para cubrir las necesidades que las personas de grado III (tabla 5).

Tabla 5. Grado en que consideran que las ayudas que reciben de otras personas satisfacen las necesidades según características (%)

	Totalmente	Parcialmente	No
Total	60,0	26,8	13,1
Tipología			
SAD	50,3	32,9	16,8
CNP	72,3	19,2	8,5
Barrios según renta			
Rentas bajas	57,4	29,1	13,4
Rentas altas	65,0	22,4	12,6
Ingresos del hogar			
Cuartil I	54,0	30,6	15,3
Cuartil II	59,3	27,4	13,3
Cuartil III	66,2	23,3	10,5
Cuartil IV	58,6	26,6	14,8
Grado de dependencia			
Grado I	55,5	29,1	15,5
Grado II	65,4	22,9	11,7
Grado III	70,8	21,5	7,7

Fuente: Elaboración propia a partir de la EPSD2018.

7. Conclusión

La situación poblacional actual y futura de Barcelona supone un reto ineludible si se quieren mantener ciertos estándares de calidad de vida de las personas mayores, las que están en situación de dependencia funcional y sus familias. El periodo de las próximas décadas será el clímax de la pirámide demográfica invertida, lo que supondrá el periodo más exigente para las administraciones públicas en dar respuesta a las demandas de políticas efectivas para gestionar la población dependiente funcional envejecida. Como muestran los datos de la ESPD2018, una parte sustancial de esta población vive sola (generalmente mujeres) y con una red baja o nula de apoyo social. En estos casos, los servicios de atención domiciliaria que proporciona el Ayuntamiento de Barcelona, aunque suelen ser de un tiempo reducido, acaban siendo primordiales para el bienestar de estas personas que suelen tener en menor medida cubiertas sus necesidades con el apoyo que reciben.

La ciudad de Barcelona es una sociedad preferentemente familista, ya que el nivel de bienestar de las personas depende en gran medida de la red familiar que tenga cada individuo. El apoyo familiar y las formas de convivencia son esenciales para entender el grado de cobertura de las necesidades y las estrategias de cuidado, puesto que acaban siendo más determinantes que los propios recursos de los hogares. Si bien es cierto que en los hogares con mayores recursos hay una mayor prevalencia en tener personas cuidadoras remuneradas (mercado informal o formal), también es cierto que son los hogares que tienen una mayor prevalencia en tener cuidadores familiares. Los datos muestran que los hogares con personas en SDF con menos rentas tienen una mayor prevalencia en ser unipersonales, con lo que aumenta la probabilidad de que reciban menor atención de familiares. Es decir, los hogares de personas mayores en SDF con mayores ingresos tienen una mayor cobertura durante el día gracias a la multiplicidad de cuidados de que disponen²³, mientras que los que tienen menos recursos tienen menor acceso al mercado privado y al familiar, lo que los deja en una situación de mayor riesgo de vulnerabilidad.

Otro de los factores que nos muestra la ESPD2018 como determinantes para entender las estrategias de cuidado que tienen los diferentes perfiles de personas mayores en SDF es el territorio. Una vez más, resulta pertinente analizar las grandes ciudades de forma desagregada debido a la concentración más o menos homogénea de ciertos perfiles socioeconómicos en áreas concretas. Las diferentes “Barcelonas” muestran pautas y comportamientos diferenciados de la ciudadanía con respecto al uso de servicios sociales, y también a los cuidados de las personas mayores, más allá de las características personales o del hogar. Las personas mayores en SDF que viven en barrios de rentas altas se ven menos atraídas por el uso de servicios sociales municipales que las personas con los mismos perfiles socioeconómicos y de convivencia residentes en barrios de rentas bajas.

En resumen, el estudio presentado muestra una situación de los cuidados de las personas mayores en SDF que está lejos de ser la idónea. La implicación de las diferentes administraciones públicas debería ser más determinante en la facilitación de servicios de atención domiciliaria o prestaciones que, a su vez, permitieran “desfamiliarizar” el bienestar de las personas mayores en SDF. Cualquier paso en esta dirección debería estar orientado a mejorar las condiciones de la atención de las necesidades de este colectivo, y a reducir la desigualdad de atención de los cuidados derivados de tener unos ingresos reducidos o una red familiar o de apoyo social baja o nula. Asimismo, la mejora

23. La desigualdad entre ingresos del hogar y cobertura de cuidados es aún mayor teniendo en cuenta a las personas mayores en SDF que están en residencias o centros. Estos están sobrerrepresentados por hogares con ingresos altos debido a la falta de plazas públicas y a su elevado coste.

en este tipo de políticas públicas revertiría en la salud de las personas cuidadoras familiares, que podrían ver reducida la carga de tiempo y esfuerzo físico y mental que suponen los cuidados de personas mayores en SDF. En este sentido, los perfiles de personas cuidadoras familiares que actualmente están en una posición de mayor vulnerabilidad son las mujeres (el cuidado influye en su realización personal y en su disponibilidad/trayectoria laboral) y, especialmente, las de mayor edad, que padecen graves efectos sobre su salud.

Bibliografía

ADAMS, B., ARANDA, M. P., KEMP, B. Y TAKAGI, K. (2002). "Ethnic and gender differences in distress among Anglo American, African American, Japanese American, and Mexican American spousal caregivers of persons with dementia". *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(4):279-301.

AYUSO, M., RUBIO, R. Y ESCRIBANO, F. (2010). "Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes". *Revista Española de Salud Pública*, 84(6):789-798.

BELLÓN, J. A., DELGADO, A., DE DIOS, J. Y LARDELLI, P. (1996). "Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11". *Atención Primaria*, 18, pp. 153-163.

BLASCO J. Y TODESCHINI F. (2019). *Avaluació del fons extraordinari per ajuts d'urgència social de l'Ajuntament de Barcelona 2017 i 2018*. Ivàlua.

BROADHEAD, W. E., GEHLBACH, S. H., DEGRUY, F. V. Y KAPLAN, B. H. (1988). "The DukeUNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients". *Medicine Care*, 26, pp. 709-723.

CABRERO, R. G. Y CODORNIÚ, M. J. (2002). *Modelos de atención sociosanitaria: una aproximación a los costes de la dependencia*. Imsero.

CALVO, M. J. (2007). *Distribució territorial de la Renda Familiar a Barcelona*. Ayuntamiento de Barcelona.

DEAN, A., KOLODY, B., WOOD, P. Y MATT, G. E. (1992). "The influence of living alone on depression in elderly persons". *Journal of Aging and Health*, 4(1):3-18.

DÍE OLMOS, L., FANTOVA, F. Y MOTA, R. (2014). "Capital social y cultural en España. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014". Madrid.

EICHLER, M. Y PFAU-EFFINGER, B. (2009). "The 'consumer principle' in the care of elderly people: free choice and actual choice in the German welfare State". *Social Policy & Administration*, 43(6):617-633.

GÁZQUEZ, J. J., PÉREZ, M. C., MIRAS, F., YUSTE, N., LUCAS, F. Y RUIZ, M. D. (2007). "Análisis y satisfacción del Servicio de Ayuda a Domicilio en la provincia de Almería (España)". *Anales de Psicología*, 23(1):101-108. Murcia: Editum. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

GÁZQUEZ, et al. (2011). "Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores". *Anales de Psicología*, 27(3):871-876. Murcia: Editum. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

HERLITZ, C. (1997). "Distribution of informal and formal home help for elderly people in Sweden". *The Gerontologist*, 37(1):117-124.

KEMPER, P. (1992). "The use of formal and informal home care by the disabled elderly". *Health Services Research*, 27(4): 421-451.

KRAMER, B. J. Y KIPNIS, S. (1995). "Eldercare and work-role conflict: Toward an understanding of gender differences in caregiver burden". *The Gerontologist*, 35(3): 340-348.

LARRAÑAGA, I., MARTÍN, U., BACIGALUPE, A., BEGIRISTÁIN, J. M., VALDERRAMA, M. J. Y ARREGI, B. (2008). "Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género". *Gaceta sanitaria*, 22(5):443-450.

Mathers, C. D., Stevens, G. A., Boerma, T., White, R. A. y Tobias, M. I. (2015). "Causes of international increases in older age life expectancy". *The Lancet*, 385(9967):540-548.

NOLAN, M., GRANT, G., KEADY, J. (1996). *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham: Open University Press.

ROGERO, J. (2009). "La distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia". *Revista Española de Salud Pública* 83(3):393-405.

ROGERO, J. (2010). *Los tiempos del cuidado*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

SARASA, S. Y MESTRES, J. (2007). *Women's employment and the adult caring burden. Family formation and family dilemmas in contemporary Europe*. Madrid: Fundación BBVA.

Marzo 2020

Palabras clave: maltrato, personas mayores, funcionalidad familiar, tratamiento psicosocial

Contexto relacional y dinámicas familiares: maltrato a las personas mayores

Àngels Campos¹, Carmina Català²⁴ y Anna Vilaregut²⁵

Este artículo presenta los resultados de una investigación aplicada que pretende profundizar en el contexto relacional, las dinámicas y los patrones familiares en que se da el maltrato a las personas mayores (MPM). A pesar de que esta área es especialmente relevante, dado que buena parte de estas situaciones se dan dentro del entorno familiar, hay pocos estudios que establezcan qué factores del ámbito familiar inciden en la aparición de una situación de MPM, de aquí el interés de llevar a cabo una investigación que contribuya a mejorar este vacío de conocimiento. La investigación ha permitido identificar las situaciones tipo de familias en las que emerge el MPM, así como definir cinco dimensiones relacionales básicas que contribuyen a valorar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar, presentes en la emergencia del maltrato. Finalmente, y fruto de los resultados, se ha diseñado una guía para el diagnóstico relacional y familiar en casos de MPM, en la que se recogen orientaciones para el abordaje psicosocial dirigidas a los y las profesionales de los servicios sociales básicos (SSB).

Introducción

La Dirección de Innovación Social del Área de Derechos Sociales, Justicia Global, Feminismos y LGTBI del Ayuntamiento de Barcelona, en el marco del Plan de gestión del conocimiento, promueve el establecimiento de una cultura de investigación aplicada en la Administración pública como base para la intervención, la mejora continua y la innovación.

Dicha investigación se enmarca en una de las líneas de **actuación prioritarias** para promover el buen trato a las personas mayores y mejorar la prevención y el abordaje de las situaciones de maltrato que se puedan producir en la ciudad, y da continuidad al trabajo emprendido por el Ayuntamiento de Barcelona en los últimos años para mejorar el conocimiento sobre las situaciones de maltrato a las personas mayores e innovar el tipo de abordaje psicosocial rehabilitador desde el contexto de los servicios sociales básicos.

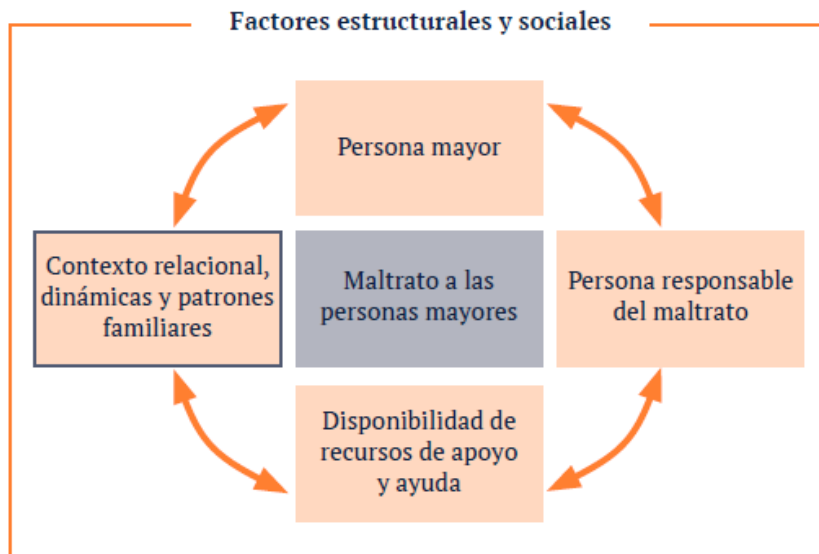
24. Departamento de Planificación y Procesos. Dirección de Innovación Social. Área de Derechos Sociales, Justicia Global, Feminismos y LGTBI.

25. Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y el Deporte, Blanquerna, URL. Grupo de Investigación de Pareja y Familia (GRPF, por sus siglas en catalán).

La investigación forma parte de un proyecto más amplio que se ha llevado a cabo en diferentes fases. La fase de desarrollo técnico estaba dirigida a establecer las bases teóricas y conceptuales que permitieron identificar las situaciones tipo en que se dan los MPM, así como los diferentes factores implicados, desencadenantes y variables asociadas que intervienen.

La elaboración del Mapa de áreas clave²⁶ fue el inicio del camino hacia la definición de los parámetros de funcionamiento familiar que intervienen en la emergencia del MPM.

Esquema 1. Mapa de las áreas clave



Este mapa es una herramienta visual que organiza los parámetros relevantes en la emergencia y el desarrollo de los casos de maltrato, así como la forma en que interaccionan entre ellos. De esta manera, muestra los factores y elementos que están presentes en una situación de MPM y, al mismo tiempo, enfatiza el carácter multivariable y relacional. En definitiva, el mapa tiene el objetivo de recoger y poner en relación todos los factores que intervienen de forma interconectada en los casos de MPM de una manera esquemática y resumida.

Este mapa se organiza en cuatro áreas clave, que hacen referencia a los cuatro grandes ámbitos que hay que tener en cuenta para valorar una posible situación de maltrato. Estas áreas interactúan entre ellas, haciendo más o menos probable la aparición de un caso de maltrato a las personas mayores. Tal como recoge la figura 1, las cuatro áreas son las siguientes: a) la persona mayor; b) la persona responsable del maltrato; c) la falta o disponibilidad de recursos de apoyo y ayuda, y d) el contexto relacional, las dinámicas y los patrones familiares. Todas estas áreas están, a su vez, influenciadas por una serie de factores estructurales y sociales que determinan el contexto más amplio de emergencia de las situaciones de MPM.

26. Dirección de Innovación y Estrategia, Departamento de Planificación y Procesos, SPORA Sinergies (2018), *Informe fase 2. Projecte de desenvolupament tècnic. Identificació de les situacions en què es dona maltractament a les persones grans. Factors implicats, desencadenants i variables associades*, documento interno no publicado, Área de Derechos Sociales, Ayuntamiento de Barcelona.

Cada una de las áreas clave es uno de los ámbitos que hay que analizar para comprender la situación en que emergen los casos de MPM. Con el fin de facilitar este análisis, cada área del mapa incluye toda una serie de parámetros que hay que valorar. Así, dentro de cada área hay indicadores, variables o bien factores de riesgo y de protección que ayudan a discernir qué probabilidad hay de que se dé una situación de MPM. Además de valorar cada área clave por separado, es igualmente importante tener presente la relación entre todas y cada una de ellas.

Ninguna de las áreas clave ni de los indicadores que se incluyen són explicativos por sí solos, sino que actúan de manera conjunta. Por lo tanto, hay que valorar todos los parámetros, factores de riesgo y de protección relacionados con cada área, así como su posible combinación. En ningún caso se puede tomar de manera aislada ninguno de los factores o áreas para valorar la probabilidad de emergencia de una situación de MPM.

El área del contexto relacional, dinámicas y patrones familiares es una de las cuatro áreas clave; la revisión bibliográfica que se ha llevado a cabo permite afirmar que es en este ámbito donde se observa una falta de estudios y de evidencia científica que haya explorado la vinculación entre esta y las situaciones de MPM (Cardona, Meyer, Schiamberg y Post, 2007; Iborra, 2009; Sanmartín *et al.*, 2001; Tabueña, 2006). Por lo tanto, a diferencia del resto de áreas, casi no hay estudios que establezcan qué factores de la esfera familiar y relacional inciden en la emergencia de una situación de MPM, aunque es especialmente relevante, dado que buena parte de las situaciones de maltrato se dan dentro del entorno familiar, tal como se indica en múltiples documentos, guías y protocolos dirigidos a la atención de los MPM.

De ahí el interés de llevar a cabo una investigación aplicada que disminuya este vacío de conocimiento y pueda contribuir a mejorar tanto la prevención y el diagnóstico como la intervención en casos de MPM. Para hacerlo posible, se estableció una colaboración con el Grupo de Investigación de Pareja y Familia (GRPF, por sus siglas en catalán) de la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y el Deporte Blanquerna (FPCEE —por sus siglas en catalán—, Universidad Ramon Llull), con los siguientes objetivos:

Identificar y describir los contextos relacionales, dinámicas y patrones familiares que se dan en las situaciones donde emerge el MPM:

- Validar las situaciones tipo relacionadas con la emergencia de los maltratos a las personas mayores.
- Identificar qué procesos relacionales con la funcionalidad familiar están presentes y de qué manera intervienen en cada una de las situaciones tipo.
- Hacer el diagnóstico relacional para definir cuál es el abordaje psicosocial y la estrategia de intervención más adecuada.

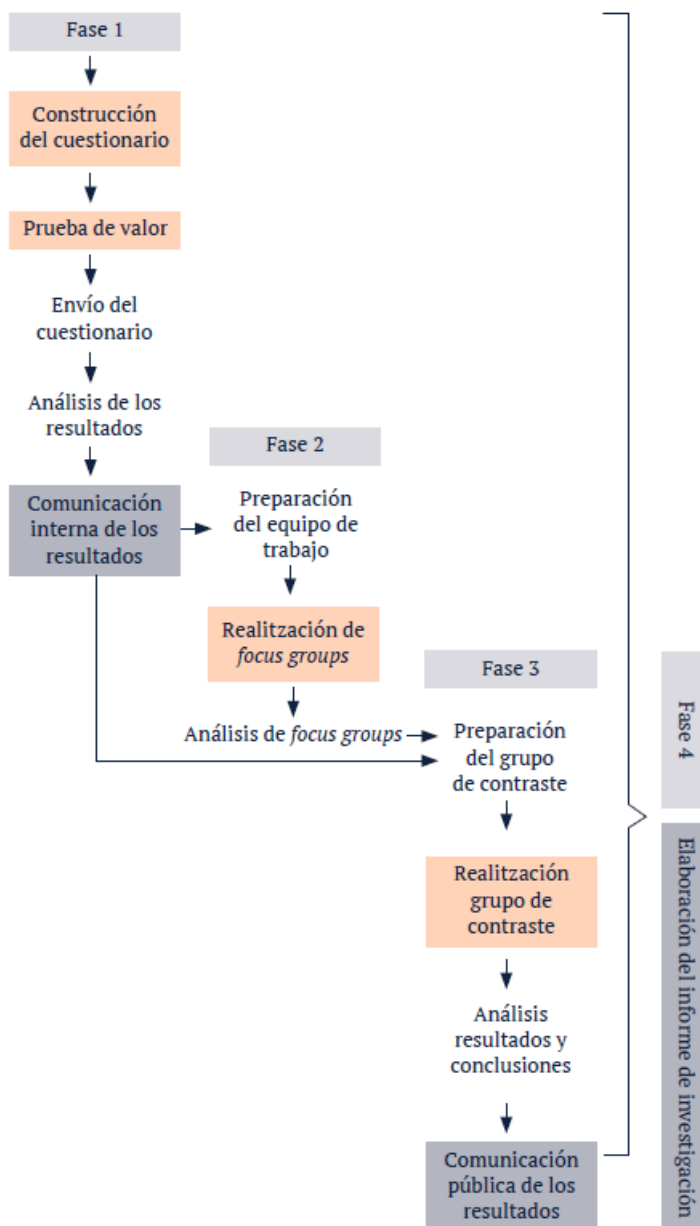
La metodología de la investigación se basó en una aproximación mixta cuantitativa y cualitativa.

1. Metodología

Diseño. El diseño de esta investigación está basado en una aproximación mixta cuantitativa y cualitativa con la finalidad de obtener una mayor comprensibilidad en relación con los objetivos de estudio. En concreto, de los diferentes tipos de diseños mixtos posibles, nos hemos basado en el diseño explicativo según Creswell y Plano Clark (2011), cuyo objetivo es obtener información cuantitativa, utilizando posteriormente la información cualitativa para explicar, potenciar o matizar los resultados obtenidos.

Procedimiento. La presente investigación aplicada se desarrolló en cuatro fases siguiendo un proceso secuencial para favorecer la recogida de datos a través de diferentes técnicas y su posterior análisis (esquema 2).

Esquema 2. Las cuatro fases de la investigación aplicada



Técnicas y participantes. El trabajo de campo se llevó a cabo mediante tres técnicas principales de investigación:

1. Cuestionario

Su diseño permitió la recogida de información relativa al ejercicio de los profesionales en los centros de servicios sociales (CSS) y a su experiencia en la atención de casos de MPM. Constaba de tres apartados:

- En el primer apartado había preguntas sobre los datos profesionales de cada participante: rol profesional, distrito en el que trabajaban y años de experiencia profesional en los SSB.
- El segundo apartado recogía información sobre la frecuencia de las situaciones tipo familiares en que se da MPM, con o sin disfuncionalidad familiar, qué se habían encontrado a lo largo de su práctica profesionales en los CSS.
- El tercero y último apartado se centraba en responder a varias preguntas en relación con dos casos (caso A y caso B) aleatorios de las siete situaciones tipo disfuncionales identificadas. La batería de preguntas de este último apartado hacía referencia a variables relacionadas con el MPM, las dimensiones relacionales y los indicadores que valoraban el grado de funcionalidad familiar.

Este cuestionario se envió a todos los y las profesionales de los CSS. Lo respondieron un total de 64 profesionales que forman parte de la Unidad de Seguimiento, Tratamiento y Acción Colectiva (USTAC) y atienden a personas mayores. El 89,06% de los participantes fueron trabajadores sociales y, en un porcentaje menor, psicólogos y educadores, 7,81% y 3,12%, respectivamente.

En cuanto a la distribución por distritos de los CSS en los que trabajan los participantes, el 23,4% lo hacen en el distrito de Horta-Guinardó, un 20,3% en L'Eixample, un 10,9% en el distrito de Sant Martí, seguido por un 9,4% en el distrito de Ciutat Vella y en el de Sant Andreu. Con respecto a los años de experiencia profesional, hay que destacar que el 34,4% tenían una trayectoria laboral de más de 16 años. Por lo tanto, se puede afirmar que los y las profesionales que respondieron al cuestionario tenían mucha experiencia en el ámbito objeto de estudio.

2. Focus group o grupo de discusión

Para recoger los datos cualitativos, se realizaron tres *focus groups*, siguiendo las guías propuestas por Breen (2006) y por Morgan y Krueger (1998). Esta técnica se considera apropiada para facilitar la generación de nuevas ideas en un contexto de interacción (Breen, 2006) y es un procedimiento de recogida de datos idóneo para captar las necesidades de los profesionales como grupo, para facilitar la emergencia de un discurso conjunto y conocer el fenómeno de estudio a través de las propias palabras de los profesionales como individuos y como parte de un colectivo. Participaron 24 profesionales de los CSS.

Se estructuró en tres partes:

- Explorar las cuestiones asociadas a la derivación y la detección de los casos de maltrato.
- Recoger las dificultades durante la intervención (tanto en la fase de recogida de datos como en la de toma de decisiones sobre el tipo de abordaje), matizar el patrón de familias de acuerdo a la realidad con la que se encuentran, para contrastarlas con las situaciones tipo detectadas en la fase de desarrollo técnico, y explorar la modalidad de trabajo (interdisciplinario, en coordinación o en solitario).
- Recoger el tipo de intervención que los profesionales llevaban a cabo.

3. Grupo de contraste técnico

Una vez analizados los datos recogidos tanto del cuestionario como de los *focus groups*, se presentaron a un grupo de contraste técnico formado por seis profesionales para

validar y tomar decisiones sobre los datos triangulados. Estos profesionales tenían experiencia atendiendo casos de MPM y también habían contestado el cuestionario y participado en los *focus groups*. El procedimiento de triangulación permite dar más consistencia a los datos obtenidos (Patton, 2002) y afinar la propuesta para que se ajuste a las necesidades del día a día de los profesionales que intervienen (Cantor, 2002). Los objetivos de esta fase eran los siguientes:

- Reflexionar sobre la conceptualización de las situaciones tipo.
- Contrastar y validar las categorías y subcategorías a partir del análisis del contexto relacional en familias con MPM.
- Mostrar y discutir los ejes de diagnóstico relacional con respecto al grado de funcionalidad familiar a partir de las cinco dimensiones relacionales básicas.
- Analizar la utilidad de los mapas relacionales de cada situación tipo validada, a la hora de definir cuál es el abordaje psicosocial y la estrategia de intervención más adecuada para abordar la situación familiar.
- Y, finalmente, el trabajo conjunto con estos profesionales permitió el contraste de los contenidos de la Guia d'orientació pel diagnòstic i el tractament del context relacional, dinàmiques i patrons familiars en què es dona el maltractament a persones grans, así como la estructura en la que se ha llevado a cabo.

2. Resultados

Los resultados de la investigación aplicada que expondremos deben leerse desde un contexto más macro y general sobre la categorización de las situaciones tipo en que se da MPM, fruto del análisis descriptivo realizado; después se pasa por el análisis del grado de funcionalidad familiar y los procesos que lo explican a partir de cinco dimensiones básicas (identidad, estructura, adaptabilidad, comunicación y dinámica familiar); finalmente, se acaba con las conclusiones extraídas de un análisis más micro, resultado de las correlaciones más significativas entre los indicadores de una misma dimensión y entre el conjunto de los indicadores de las cinco dimensiones. Por lo tanto, las conclusiones quedan agrupadas en tres grandes bloques:

- Categorización de las situaciones tipo de familias donde se da MPM
- Patrones relacionales de las familias con disfuncionalidad familiar según las cinco dimensiones de funcionalidad familiar
- Conclusiones del análisis de las correlaciones intraindicadores e interindicadores de las dimensiones relacionales de las cinco situaciones tipo con disfuncionalidad familiar previa a la situación de maltrato

1. Categorización de las situaciones tipo de familias en casos de MPM

Las situaciones tipo en casos de MPM que han sido validadas se pueden agrupar en dos grandes grupos en función de la presencia o no de disfuncionalidad familiar previa a la situación de MPM (tabla 1).

Tabla 1. Situaciones tipo de familias en casos de MPM

Disfuncionalidad Familiar	1. Hijos o hijas mayores que no se han independizado nunca y conviven con la persona mayor
	2. Hijos o hijas mayores que vuelven a la convivencia: pseudoindividuación
	3. Situación de violencia machista de pareja en personas mayores
	4. Familias con patrones disfuncionales instaurados anteriores a la situación actual
	5. Aprovechamiento oportunista con relaciones de parentesco lejanas
No disfuncionalidad familiar	6. Situaciones de sobrecarga del cuidador o cuidadora
	7. Dificultad para enfrentarse al cambio de etapa de ciclo vital. Interdependencia familiar. Dificultad para cambiar roles y funciones

La situación 1. “Hijos/hijas mayores que no se han independizado nunca y conviven con la persona mayor”

- Son hijos o hijas que no han hecho el proceso de individuación y no se han desvinculado nunca de la familia porque el tipo de relación establecida no lo ha permitido.
- Son familias que no facilitan la autonomía de sus miembros y donde se dan relaciones de dependencia mutua y vínculos poco diferenciados y fusionales. Aun así, la vinculación afectiva está poco preservada y hay un escaso sentimiento de pertenencia.
- Pueden darse, y es habitual observar, problemas de salud mental o consumo.
- Un desencadenante frecuente es la muerte de uno de los progenitores, que supone un momento crítico, el cual provoca un grado de exigencia superior por el hijo o hija que no es capaz de gestionar.

La situación 2. “Hijos/hijas mayores que vuelven a la convivencia: pseudo-individuación”

- La persona mayor vuelve a convivir con el hijo o hija, ya sea porque este vuelve al domicilio familiar, o bien porque la persona mayor se traslada a casa del hijo o hija.
- A pesar de tener similitudes con la situación tipo 1, aquí el proceso de desvinculación familiar se ha producido con más o menos éxito. La vuelta puede estar vinculada con la presencia de estresores vitales, como separaciones, pérdidas de trabajo o de vivienda, inestabilidad económica cronicada ..., que provocan nuevas situaciones de dependencia.
- Hay una disfunción del vínculo y suelen darse relaciones de conflicto previas

La situación 3. “Situación de violencia machista de pareja en personas mayores”

- La persona mayor convive con su pareja, que es la que ejerce los maltratos.
- La conducta violenta está ligada a la relación que la pareja ha mantenido a lo largo de su historia. Hay que tener en cuenta que tener que cuidar de la pareja puede provocar un cambio en la definición del “poder” en la relación. En parejas con antecedentes de violencia, puede aumentar, disminuir o invertir el rol de quien ejerce la conducta violenta.

La situación 4. “Familias con patrones disfuncionales instaurados anteriores a la situación actual”

- A pesar de no haber convivencia, se observa una historia de relación conflictiva de larga evolución, maltrato previo o uso de la violencia como forma para resolver las desavenencias.
- Los patrones disfuncionales se pueden observar en dos dimensiones: vertical (de padres a hijos, de hijos a padres o ambos) u horizontal (entre hermanos).
- Los patrones pueden ir de menos a más gravedad, y se sitúan en un continuum que va de la conflictividad (mensajes descalificadores o desconfirmadores) a la violencia instaurada (maltrato físico).

La situación 5. “Aprovechamiento oportunista con relaciones de parentesco lejanas”

- La mayoría de las veces, la función del cuidador o cuidadora no está definida claramente y, al no haber un vínculo significativo, hay sentimiento de obligatoriedad en el cuidado y no de compromiso.
- La persona mayor se puede convertir en un estorbo, a medida que aumenta la situación de dependencia y la necesidad de cuidado, se pueden dar situaciones de negligencia y, si hay bienes y recursos materiales, puede aparecer el abuso económico.

En cuanto a las situaciones tipo 6 y 7, se ha comprobado que pesar de estar presentes en el ejercicio profesional, corresponden a dificultades más funcionales y adaptativas de las familias, en que la conducta violenta sería un síntoma más o menos puntual, pero no corresponderían a un patrón de comportamiento instaurado y estable, por lo que no pasarían a formar en sí mismas una situación tipo.

Por lo tanto, el abordaje psicosocial no sería tan complejo y seguramente requeriría de una intervención más de gestión de recursos de apoyo y ayuda.

Comentar, sin embargo, que cuando estas circunstancias aparecen junto con las situaciones validadas donde hay disfuncionalidad familiar previa a la situación de MPM, son un elemento que añade complejidad y dificultad.

2. Patrones relacionales de las familias con disfuncionalidad familiar según las cinco dimensiones de funcionalidad familiar

El funcionamiento familiar es un componente esencial en la salud emocional y física de sus miembros, ya que considera que la calidad de su relación determina la promoción de la salud de la familia y actúa como factor predictivo de la dinámica familiar (Castilla y Palma, 2014). Aunque la familia se considera el lugar idóneo para la protección de sus miembros, este se convierte también en el ámbito donde se suelen observar más conflictos y disfuncionalidad familiar (Reyes, Valderrama, Ortega y Chacón, 2010). Cuando el funcionamiento es inadecuado, los problemas o las frustraciones se convierten en una amenaza para su dinámica interna. Valorar el grado de funcionalidad familiar puede ayudar a identificar los conflictos o disfunciones presentes en la familia, con el objetivo de dotar de herramientas para mejorarlos.

Reformulando la propuesta de Martín y Menéndez (2014), consideramos cinco dimensiones que son primordiales para entender el grado de funcionalidad familiar (identidad, estructura, adaptabilidad, comunicación y dinámica / dinámicas familiares o

juego relacional). Para valorar cada una de estas dimensiones, se dispone de una serie de parámetros binarios que permiten identificar el tipo de funcionalidad familiar dentro de un gradiente que va de menos a más funcionalidad. Además de las dimensiones, hemos identificado una serie de indicadores para cada una de ellas, que permiten captar la realidad de cada contexto familiar (tablas 2 y 3).

Tabla 2. Valoración del grado de funcionalidad familiar

Dimensiones	Parámetros	
Identidad familiar	Individuación - diferenciación de los miembros. Independencia de pensamientos, sentimientos y juicios Pertenencia-cohesión proximidad emocional, compromiso mutuo, intimidad	Simbiosis - límites precarios entre la identidad familiar y la identidad individual, dependencia mutua, fusión y poca diferenciación Distancia afectiva - falta de contacto social, prevalece la individualidad y la distancia afectiva
Estructura familiar	Estructuración - marco familiar estable. Límites claros entre roles y jerarquías, patrones de comportamiento complementarios	Desestructuración - falta de acuerdos sobre la complementariedad de comportamientos. Carece de claridad en las normas de funcionamiento familiar, en los límites y las jerarquías
Adaptabilidad familiar	Flexibilidad - capacidad de ajustarse a diferentes condiciones y cambios	Rigidez - respuestas inadecuadas y de manera estereotipada a diferentes condiciones
Comunicación familiar	Comunicación clara - intercambio de informaciones de manera abierta y eficaz	Comunicación confusa - intercambio confuso y estilo de interacción negativo
Dinámica familiar o juegos relacionales	Funcionales - dinámicas familiares y triángulos relacionales flexibles y adaptativos al ciclo vital familiar	Disfuncionales - dinámicas familiares y triángulos relacionales rígidos y no adaptativos al ciclo vital familiar Triangulación (descalificaciones) o coalición (desconfirmaciones)

Los resultados obtenidos han puesto de manifiesto que las dimensiones relacionales definidas son válidas y útiles para valorar el grado de funcionalidad de las familias con MPM, y al mismo tiempo permiten discernir si hay unos procesos relacionales más discriminantes que otros para orientar el diagnóstico y el tratamiento.

Con respecto a la dimensión de identidad familiar, se observa que los indicadores tienden a una polarización y configuran dos patrones relacionales. Se pueden encontrar familias con casos de MPM en las que la identidad familiar tiende a caracterizarse por una vinculación afectiva alta, con un elevado grado de sentimiento de pertenencia y con límites difusos entre la identidad familiar y la individual, cosa que facilita que entre los miembros de la familia no haya diferenciación (simbiosis). También encontramos familias en las que el patrón de identidad familiar se caracteriza por una desvinculación afectiva elevada, con un sentimiento de independencia alto, con presencia de límites rígidos entre la identidad familiar y la individual que facilita que entre los miembros de la familia haya una extrema diferenciación y autonomía (individuación). Siguiendo con las aportaciones de Minuchin (1974) y Minuchin y Fishman (1982), podemos hablar de familias con MPM, según los indicadores que configuran la identidad familiar, con un grado de funcionamiento que tiende al aglutinamiento o bien con un grado de funcionamiento que tiende a la desvinculación.

Tabla 3. Indicadores específicos de cada dimensión relacional del funcionamiento familiar

Dimensiones	Indicadores
Identidad familiar	- Vinculación afectiva - Sentimiento de pertenencia - Individuación y simbiosis: límites y presencia de diferenciación y autonomía
Estructura familiar	- Roles y jerarquías - Normas y reglas
Adaptabilidad familiar	- Capacidad de reacción ante una situación de desequilibrio - Desconfianza y resistencia a la hora de compartir un problema - Capacidad de pedir ayuda
Comunicación familiar	- Presencia de mensajes positivos, claros y eficaces - Presencia de dobles mensajes - Capacidad de compartir emociones abiertamente - Presencia de desconfianza - Uso de lenguaje excesivamente crítico y descalificador - Uso de un lenguaje desconfirmador - Habilidades comunicativas y resolución de conflictos
Dinámica familiar o juegos relacionales	- Presencia de dinámicas o juego relacional tipo triangulación - Presencia de dinámica o juego relacional tipo coalición

Por lo tanto, se puede concluir que la identidad familiar es un proceso relacional relevante y necesario, aunque no suficientemente discriminativo para conocer el grado de funcionalidad familiar en casos de MPM.

En relación con la dimensión de adaptabilidad y estructura familiar, se observa que las familias con MPM tienden a una adaptabilidad baja (poca capacidad de reacción ante una situación de desequilibrio y poca capacidad de compartir problemas con la red natural de apoyo, a un tipo de estructura familiar que se caracteriza por roles difusos entre subsistemas (especialmente parentales y filiales), con presencia de normas y reglas familiares implícitas y secretas, así como una habilidad baja o muy baja para pedir ayuda. Eso comporta que la construcción de la estructura familiar sea confusa y no permita una adaptación funcional y sana (Minuchin y Fishman, 1982), y que los miembros de la familia tengan menos capacidad de afrontar adecuadamente los retos del momento vital que viven (Segrin y Flora, 2001; Smith *et al.*, 2009).

Finalmente, el patrón mayoritario de estas familias en cuanto a comunicación y dinámica familiar se caracteriza por un tipo de comunicación basada en la desconfianza, con grandes dificultades para compartir emociones abiertamente y con una elevada presencia de dobles mensajes. Siguiendo con las aportaciones de Watzlawick *et al.* (1985), estas familias se caracterizan por emitir mensajes confusos y contradictorios que afectan a la comunicación sana y fluida entre sus miembros.

De la misma manera, si se tiene en cuenta a Segrin y Flora (2011) y a Smith *et al.* (2009), son familias en las que se evidencia que la comunicación es negativa. Es decir, utilizan habitualmente la crítica, la negación de sentimientos y el conflicto excesivo, y no presentan capacidad de escucha.

Si, además, añadimos el análisis de los juegos relacionales del tipo triangulación o coalición, podemos hacer una fotografía más precisa del grado de funcionalidad o

disfuncionalidad familiar, ya que nos informa del nivel de presencia de mensajes descalificadores o desconfirmadores.

Según Guerin *et al.* (1996), identificar triángulos relacionales dentro de un sistema familiar ayuda a discernir el grado de cronificación y de rigidez del conflicto relacional entre los miembros. Siguiendo con las aportaciones de Minuchin (2003), las familias con un juego relacional de tipo triangulación suelen utilizar a la persona mayor como un instrumento para su beneficio, y la interacción entre sus miembros se basa en mensajes descalificadores.

Hay que decir que en el presente estudio, el juego relacional de tipo coalición no se ha observado con tanta frecuencia. A pesar de todo, se ha detectado en algunos casos y, por lo tanto, hay que tener presente que la coalición se convierte en un juego relacional más patológico y conflictivo, dado que la alianza entre los dos miembros tiene como objetivo ir en contra de un tercero (Minuchin, 1986).

Así, pues, estas consideraciones van en la misma línea que Corsi (1999) cuando resalta la importancia de la comunicación familiar como foco de análisis obligado, ya que la evaluación de este ámbito es una herramienta y un recurso vital en los procesos psicosociales de intervención y un predictor muy eficaz del grado de funcionamiento familiar.

3. Conclusiones del análisis de las correlaciones intraindicadores e interindicadores de las dimensiones relacionales de las cinco situaciones tipo con disfuncionalidad familiar previa a la situación de maltrato

Situación tipo 1. Hijos o hijas mayores que no se han independizado nunca y conviven con la persona mayor

- Identidad familiar: la falta de diferenciación entre los miembros correlaciona con un alto nivel de vinculación y la presencia de mensajes tipo desconfirmadores.
- Estructura y adaptabilidad familiar: se observa una adaptación baja ante situaciones de desequilibrio, con una escasa capacidad para compartir problemas y pedir ayuda. Al mismo tiempo, se evidencia la presencia de roles difusos, así como normas y reglas implícitas y secretas.
- Comunicación y dinámica familiar: se hace explícita la presencia de dobles mensajes, comunicación emocional basada en la desconfianza y una gran dificultad para compartir las emociones abiertamente, elementos que al mismo tiempo se relacionan con escasas habilidades comunicativas y una baja capacidad para pedir ayuda. También se dan mensajes desconfirmadores y descalificadores que pueden facilitar la presencia de triangulaciones o coaliciones.

Los indicadores interrelacionados más discriminativos son los indicadores de adaptabilidad familiar con los de comunicación familiar.

Situación tipo 2. Hijos o hijas mayores que vuelven a la convivencia: pseudoindividuación.

- Identidad familiar: nivel alto de vinculación afectiva y sentimiento de pertenencia, que implica una falta de diferenciación entre los miembros de la familia y la presencia de límites, roles y normas difusas. Se observa desconfianza a la hora de compartir los problemas. Se pueden encontrar familias, a diferencia de la situación tipo 1, en las que

hay una cierta vinculación afectiva y presencia de mensajes claros, pero eso no implica necesariamente más capacidad de pedir ayuda, pero sí menos probabilidad de coaliciones.

- Estructura y adaptabilidad familiar: la adaptación es baja ante situaciones de desequilibrio. Se hace evidente la presencia de roles difusos, normas y reglas implícitas y secretas que se relaciona con una falta de diferenciación y presencia de dobles mensajes.
- Comunicación y dinámica familiar: presencia de dobles mensajes y descalificaciones, comunicación basada en la desconfianza y dificultad para compartir las emociones abiertamente. Puede haber triangulaciones o coalición. También se pueden encontrar familias en las que los mensajes sean claros, hecho que indicará presencia de vinculación afectiva y, por lo tanto, un mejor pronóstico de la situación familiar.

Los indicadores interrelacionados más discriminativos son los indicadores de comunicación familiar con los de dinámica familiar.

Situación tipo 3. Situaciones de violencia machista de pareja en personas mayores

- Identidad familiar: se observa una elevada vinculación afectiva y sentimiento de pertenencia, y por lo tanto una falta de diferenciación. Se constata la presencia de límites difusos entre la identidad personal y la conyugal con presencia de dobles mensajes. Según se desprende de los resultados, la identidad individual y familiar se fusiona con la identidad de pareja. Esta dimensión es más discriminativa en esta situación tipo que en las situaciones 1 y 2.
- Estructura y adaptabilidad familiar: se da la presencia de roles y normas confusas, implícitas y secretas. También se observa poca capacidad de reacción ante situaciones de desequilibrio y desconfianza para compartir problemas y pedir ayuda.
- Comunicación y dinámica familiar: se confirma la presencia de dobles mensajes que se relaciona con la existencia de límites difusos entre la identidad individual y la de pareja. Comunicación emocional basada en la desconfianza y dificultad para compartir las emociones y problemas abiertamente. Uso de lenguaje crítico y desconfirmador por parte del cónyuge que adopta la conducta violenta. Asimismo, se observa por parte del cónyuge que recibe el maltrato escasas habilidades comunicativas, y menos capacidad para pedir ayuda, información o recursos institucionales.

Los indicadores interrelacionados más discriminativos son los de comunicación familiar con los de adaptabilidad familiar.

Situación tipo 4. Situaciones de familias con patrones disfuncionales instaurados anteriores a la situación actual

- Identidad familiar: se constata una falta de diferenciación entre los miembros, con un elevado sentimiento de pertenencia y vinculación afectiva, que al mismo tiempo se correlaciona con límites difusos entre la identidad individual y familiar. La estructura familiar se caracteriza por un funcionamiento con normas difusas, secretas o implícitas, que provoca una inversión de los roles y las jerarquías. La comunicación está basada en la desconfianza y se hace complicado compartir problemas y emociones, y aumenta el uso de un lenguaje crítico y descalificador o desconfirmador.

- Estructura y adaptabilidad familiar: se observa poca capacidad para pedir ayuda, así como para reaccionar ante situaciones de desequilibrio; al mismo tiempo, cuanto más presencia de normas y reglas implícitas y secretas, más confusos serán los límites entre la identidad individual y la familiar y más difusión de los roles se dará.
- Comunicación y dinámica familiar: se percibe la presencia de dobles mensajes, una comunicación basada en la desconfianza y una gran dificultad para compartir las emociones abiertamente. Asimismo, en la dinámica familiar se observa la presencia de triangulación o coalición, un uso de lenguaje crítico descalificador o desconfirmador que se relaciona con normas confusas, secretas e implícitas.

Comunicación, estructura y dinámica familiar son dimensiones que tienen un peso significativo a la hora de valorar el grado de funcionalidad familiar en este tipo de situación.

Situación tipo 5. Aprovechamiento oportunista con relaciones de parentesco distanciadas.

- A pesar de confirmarse la existencia de esta situación, no son las más frecuentes y, por este motivo, el análisis de los datos no ha podido ser tan exhaustivo como en el resto de situaciones tipo analizadas.
- No obstante, hay que subrayar que para hacer una buena exploración de esta situación tipo, la dimensión más discriminativa es la de comunicación familiar y está relacionada con el grado de vinculación afectiva (identidad familiar) entre la persona mayor y el familiar con relación de parentesco lejano. También, la presencia de triangulación (dinámica familiar) y difusión de roles (estructura familiar).

3. Conclusiones

En vista de los resultados obtenidos, se puede afirmar que se han alcanzado los objetivos planteados de esta investigación aplicada colaborativa, ya que ha sido posible identificar y describir los contextos relacionales, las dinámicas y los patrones familiares en que se da el maltrato, validar la categorización de las situaciones tipo de familias en casos de MPM e identificar qué procesos relacionados con la disfuncionalidad familiar están presentes y de qué manera intervienen en cada una de estas.

Fruto de estos resultados, se ha diseñado la *Guia d'orientació pel diagnòstic i el tractament del context relacional, dinàmiques i patrons familiars en què es dona el maltractament a persones grans*, que pretende dotar a los y las profesionales de los SSB de estrategias útiles para el diagnóstico relacional y ofrecer recomendaciones para el abordaje psicosocial y el tratamiento social y psicológico.

Esta guía consta de dos partes: una primera, de contextualización, que enmarca y recoge los aspectos conceptuales y técnicos más relevantes y que da paso a una segunda parte, que es la guía propiamente.

El documento resultante es un cuaderno de trabajo muy práctico que resulta de ayuda en los siguientes aspectos:

- Sistematizar la recogida de información decisiva para el caso: análisis de la demanda.
- Facilitar elementos para la exploración del sistema familiar y relacional: genograma trigeracional y mapa relacional, factores de riesgo o protección vinculados a la persona mayor y sus familiares, red de apoyo y de recursos.

- Recoger la información para valorar el grado de funcionalidad familiar a partir de las dimensiones relacionales definidas: identidad, estructura, adaptabilidad, comunicación y dinámica familiar.
- Y, finalmente, despliega orientaciones de trabajo para los y las profesionales en relación con las dinámicas familiares en cada una de las situaciones tipo validadas, definiendo objetivos de trabajo y ofreciendo los elementos más relevantes para el abordaje y el tratamiento social y psicológico.

Bibliografía

- AYUNTAMIENTO DE BARCELONA (2017). *Línies d'intervenció en l'abordatge dels maltractaments a les persones grans 2017-2019*. Documento interno no publicado. Barcelona: Dirección de Intervención Social, Departamento de Personas Mayores. Área de Derechos Sociales.
- AYUNTAMIENTO DE BARCELONA (2018). *Informe fase 2. Projecte de desenvolupament tècnic. Identificació de les situacions en què es dona maltractament a les persones grans. Factors implicats, desencadenants i variables associades*. Documento interno no publicado. Barcelona: Área de Derechos Sociales. Dirección de Innovación y Estrategia, Departamento de Planificación y Procesos, SPORA Sinergies.
- BREEN, R. L. (2006). "A practical Guide to Focus-Group Research". *Journal of Geography in Higher Education*, 30(3), pp. 463-475.
- CANTOR, G. (2002). "La triangulación metodológica en ciencias sociales". *Cinta de Moebio. Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales*.
- CARDONA, J. R. P.; MEYER, E.; SCHIAMBERG, L.; POST, L. (2007). "Elder abuse and neglect in Latino families: An ecological and culturally relevant theoretical framework for clinical practice". *Family Process*, 46(4), pp. 451-470.
- CASTILLA, R.; PALMA, M.^a O. (2014). "El maltrato a personas mayores en el ámbito familiar. Aproximación a la situación en Málaga (España)". *Trabajo Social Global. Revista de investigaciones en intervención social*, 4(7), pp. 20-35.
- CORSI, J. (1999). *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2.^a ed.). Thousand Oaks, CA (EE. UU.): Sage.
- GUERIN, P.; FOGARTY, T.; FAY, L.; GILBERT, J. (2000). *Triángulos relacionales: el a-b-c de la psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- IBORRA, I. (2009). "Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española". *Zerbitzuan*, 45, pp. 49-57.
- MARTÍN, J. C.; MENÉNDEZ, S. (2014). *Instrumentos para la evaluación del contexto familiar. V Jornadas de Parentalidad Positiva*, [en línea]. <http://www.vjornadasparentalidad.esm>

- MINUCHIN, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA (EE. UU.): Harvard University Press.
- MINUCHIN, S. (1986). *Calidoscopio familiar: imágenes de violencia y curación*. Barcelona: Paidós.
- MINUCHIN, S.; FISHMAN, H. C. (2008). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- MORGAN, D.; KRUEGER, R. (1998). *The focus group kit*. Thousand Oaks, CA (EE. UU.): Sage.
- PATTON, M. Q. 2002. *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3.^a ed.). Thousand Oaks, CA (EE. UU.): Sage.
- REYES, S.; VALDERRAMA, O.; ORTEGA, K.; CHACÓN, M. (2010). "Funcionalidad familiar y estilos de vida saludables. Asentamiento humano Nuevo Paraíso-distrito de Pativilca, 2009". *Aporte Santiaguino*, 3(2), pp. 214-221.
- SANMARTÍN, A. R.; TORNER, J. A.; MARTÍ, N. P.; IZQUIERDO, P. D.; SOLÉ, M. C.; TORRELLAS, N. R. (2001). "Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos". *Atención Primaria*, 27(5), pp. 331-334.
- SEGRIN, C.; FLORA, J. (2011). *Family communication* (2.^a ed.). Nueva York: Routledge.
- SMITH, K. M.; FREEMAN, P. A.; ZABRISKIE, R. (2009). "An examination of family communication within the core and balance model of family leisure functioning". *Family Relations*, 58(1), pp. 79-90. DOI: 10.1111/j.1741-3729.2008.00536.x.
- TABUEÑA, M. (2006). "Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial". *Psychosocial Intervention*, 15(3), pp. 275-292.
- WATZLAWICK, P.; HELMICK, J.; JACKSON, D. (1985). *Teoría de la comunicación humana: Teorías, patologías y paradojas*. Barcelona: Editorial Herder.
- WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J. H.; FISCH, R. (1992). *Cambio*. Barcelona: Editorial Herder.

Marzo 2020

Palabras clave: brecha digital, fractura digital, estereotipos de género y edad, envejecimiento activo

La brecha digital de género en la experiencia vital de las mujeres mayores

Gabriela del Valle Gómez

Socióloga, especializada en temas de envejecimiento

A pesar de las dificultades en la adaptación a las competencias digitales, cada vez más personas mayores interactúan en el ciberespacio; sin embargo, la doble brecha digital, de género y de edad, continúa siendo un desafío para su e-inclusión. Las mujeres mayores han tenido más impedimentos para socializarse en las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) como consecuencia de la conjunción de desigualdades que han configurado sus biografías. El uso y apropiación de las TIC puede implicar auténticas transformaciones en su vida cotidiana, generando la oportunidad de desarrollar otros roles, ocupar otros espacios, crear otras formas de relación personal, etcétera, lo que mejoraría su calidad de vida. Este artículo ofrece una interpretación de la relación de las mujeres mayores y las TIC a través del relato vital de mujeres catalanas que se convirtieron en usuarias transitando la etapa vital de la vejez²⁷.

Introducción

La sociedad de la información emerge como un fenómeno que ha acompañado a la creación de una sociedad global y del conocimiento, en la que el acceso y uso de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) es una fuente de nuevas oportunidades, pero también de nuevas desigualdades sociales (Bonder, 2004; Castells, 1998; García Canclini, 2004; Wolton, 2004; Tezanos, 2004). La “sociedad red” (Castells, 2006) ha dado lugar a nuevas formas de sociabilidad y nuevos mecanismos de participación social y ha entramado el espacio de la ciudadanía digital. El acceso a las TIC y su uso es una condición para la participación en el espacio de la ciudadanía digital; actualmente, la participación es desigual y está condicionada por factores como la clase social, el género, la etnia o la edad.

La brecha digital es una manifestación de dichas desigualdades. La primera brecha digital está relacionada con el acceso al ordenador y a la conexión a internet; la segunda afecta

27. El contenido del artículo se basa en la investigación realizada para el proyecto subvencionado por el Instituto Catalán de las Mujeres (ICD, por sus siglas en catalán) “Análisis de la relación de las mujeres de 65 y más años con las nuevas tecnologías en los entornos asociativos y formativos”, realizado durante el 2011 por el equipo del Instituto Catalán del Envejecimiento de la UAB, del cual formé parte.

a los usos (tanto a la intensidad como a la variedad) y está determinada por las capacidades y habilidades de las personas para utilizar equipos y recursos TIC. Aunque la brecha de acceso aún persiste entre personas mayores o entre grupos de bajo nivel económico y formativo, actualmente las políticas promueven el uso y las habilidades (Castaño, 2008). En el caso específico de las mujeres mayores, la brecha digital tiene una expresión en ambos sentidos: en el acceso y en el uso. Las mujeres se sitúan en una posición de desventaja frente a los hombres, debido a que hacen un uso más restringido y que requiere, generalmente, menos destreza tecnológica.

Las motivaciones y las barreras de acceso de las personas mayores a las TIC es un tema muy analizado (Castaño, 2009; Miranda, 2007; Sayago, 2009). No obstante, el abordaje desde la perspectiva de género continúa siendo un ámbito de interés, especialmente si el análisis ayuda a identificar las barreras y los facilitadores en el proceso de apropiación de las tecnologías. Castaño (2008) se concentra en este punto y especifica la manera en que influyen el nivel formativo, la trayectoria laboral, el nivel económico y la edad de las mujeres, en la relación con las TIC.

En la segunda brecha influyen elementos culturales, familiares y sociales, y comprender cómo están incidiendo puede ser clave para intervenir (Gil, Vitores, Feliu y Vall-Llovera, 2011). En este contexto, los estereotipos de género como construcción social mediada por interpretaciones socioculturales podrían estar actuando negativamente en el caso de las mujeres mayores y reforzando su efecto con los prejuicios de edad. Dicha duplicidad tendría un efecto directo en la reproducción de la fractura digital. Además, se trata de mujeres que han afrontado dificultades en el desarrollo personal y formativo y para la participación social. Algunos estudios remarcan la importancia de investigar los factores que ayudan a superar la fractura y a mantenerse en el ciberespacio (Faulkner y Lie, 2007). Así, se considera que conocer cómo operan los estereotipos de género puede aportar conocimiento sobre las barreras de acceso y uso de las TIC. Así como también posibilita dar visibilidad a las prácticas y estrategias de las mujeres mayores para formar parte de la ciudadanía digital. De este modo, este artículo propone mostrar el análisis de la influencia de los estereotipos de género y edad, así como también de barreras y facilitadores en la relación de las mujeres mayores con las TIC. Para ello se analizaron los relatos de mujeres que efectuaron el paso de no usuarias a usuarias como mínimo durante los últimos tres años antes de efectuarse el trabajo de campo, y que son miembros activos en ámbitos de participación, formativo y asociativo de entornos rurales y urbanos.

1. El reto del uso de las TIC para el envejecimiento activo

Según los datos de la Encuesta sobre equipamientos y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares del Instituto Nacional de Estadísticas del 2018, en Cataluña utilizan habitualmente internet el 85,7 % de los hombres y el 84,6 % de las mujeres. El salto generacional es notable: el 95 % de los jóvenes usa internet de forma habitual, mientras que solo el 48,5 % de las personas mayores de 65 años navega por la red (tabla 1).

Tabla 1. Personas de 16 a 74 años, por sexo y edad y principales variables de uso de las TIC. Cataluña 2018

	Total	Uso de internet en los últimos 3 meses (%)	Uso habitual de internet (1 vez por semana) (%)	Compras por internet en los últimos 3 meses (%)
Sexo				
Hombre	2.730.029	88,0	85,7	47,7
Mujer	2.797.719	87,9	84,6	50,8
Edad				
De 16 a 24	659.239	97,8	95,8	62,2
De 25 a 34	854.198	94,5	91,1	61,4
De 35 a 44	1.222.974	97,3	96,0	60,0
De 45 a 54	1.155.520	95,0	92,8	46,4
De 55 a 64	915.625	80,0	76,6	38,4
De 65 a 74	720.192	54,2	48,5	23,1

Fuente: Idescat, a partir de la Encuesta sobre equipamientos y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares del INE.

El informe anual “La sociedad en red”, en su edición del 2018, del Observatorio Nacional de Telecomunicaciones y de la Sociedad (ONTSI), confirma la tendencia de estos datos para España. En lo referente a la contratación de servicios TIC en los hogares con jóvenes o mayores, hay diferencias en el acceso a internet, pues nueve de cada diez hogares con jóvenes tienen conexión, mientras que, en el caso de hogares con personas mayores, esa proporción se queda en cinco de cada diez. En cuanto al equipamiento individual, más del 90 % de los jóvenes dispone de ordenador o teléfono inteligente, mientras que entre los mayores de 65 años estos porcentajes se reducen al 59,7 % en el caso del ordenador y al 28,3 % en el caso del teléfono inteligente. Aún mayores son las diferencias en la frecuencia del uso del teléfono móvil: el 93,1 % de los jóvenes que lo tienen lo usan a diario, mientras que entre los mayores el uso diario es realizado por el 36,6 %. El 86,9 % de los jóvenes acceden a internet a través del móvil, frente al 26,8 % de los mayores (además, se conectan de forma más esporádica). En cuanto al uso de internet, casi todos los jóvenes lo han usado en los últimos tres meses (97,1 %), fundamentalmente en sus casas, en casas de amigos o en el centro de estudios. Entre los mayores de 64 años, su uso desciende a un 36,9 % y lo realizan mayoritariamente desde casa. Si se observa el uso de internet y del teléfono inteligente en los últimos tres meses, el 61,6 % de las mujeres mayores no se ha conectado durante este tiempo, frente al 38,4 % de los hombres. Aunque, entre las que están conectadas, el 53,2 % son mujeres y el 46,8 % son hombres.

Estas cifras muestran la doble fractura digital, por sexo y por edad, y también la consolidación como usuarias de las mujeres una vez que se utiliza la tecnología. Asimismo, conducen a la formulación del objetivo de continuar la alfabetización y capacitación tecnológica de la ciudadanía española, reafirmando, a su vez, las metas de la agenda digital para Europa. La brecha digital de las mujeres mayores es un tema prioritario de análisis e intervención, considerando que las tecnologías pueden convertirse en una oportunidad para la inclusión social de las personas mayores y especialmente de las mujeres (Seguí Dolz, 2006; Ramírez Pino, 2008; Instituto de la Mujer, 2008).

El uso de las TIC representa una doble cara de inclusión y de exclusión social para las mujeres mayores. Por una parte, las TIC articulan nuevas formas compartidas de vivir la vida, puesto que facilitan la creación de nuevas redes sociales y el mantenimiento de las relaciones familiares (correo electrónico y redes sociales) y el acceso a servicios en la red o que se pueden gestionar desde el hogar (por ejemplo, formación para cuidadoras, foros de salud, gestión de ayudas sociales, programación de visitas médicas, etc.), y representan un potencial para los proveedores de asistencia sanitaria y social y una herramienta innovadora para las asociaciones de personas mayores (COM, 2007). Por

otra parte, el no acceso y uso pueden limitar las posibilidades de relación social, de gestión administrativa y comercial, que podrían facilitar la vida en situaciones de dependencia (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad *et al.*, 2011). En síntesis, la apropiación de las tecnologías de la información y de la comunicación ofrece a las mujeres mayores la oportunidad de empoderamiento en el acceso a recursos que mejoren su calidad de vida, siendo un medio para envejecer activamente.

El envejecimiento activo ha sido definido como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad (OMS, 2002) y de formación (ILC-Brazil, 2015) para mejorar la calidad de vida de las personas en su proceso de envejecimiento. En este sentido, el concepto de “actividad” hace referencia a un proceso de participación social, cultural y cívica que va más allá de los aspectos físicos y de trabajo productivo y, a su vez, tiene un valor implícito de empoderamiento de las personas mayores hacia sus capacidades y potencialidades, alejándose de la concepción de la vejez asociada a limitaciones y carencias. El uso de las TIC y el papel que juegan en el proceso de envejecimiento es un tema presente en la agenda de políticas europeas para mejorar las condiciones en diferentes ámbitos: el trabajo, puesto que tienen efectos positivos para la permanencia en el mercado de trabajo, al proporcionar flexibilidad y desarrollo de cualificaciones; la comunidad, ya que facilitan la participación social, fomentan la inclusión social y reducen el riesgo de aislamiento; y el hogar, debido a que prolonga la independencia y la autonomía para permanecer en casa el mayor tiempo posible (COM, 2005, 2007). Además, el hecho de que las personas mayores utilicen las TIC como sus familiares y el resto de la población genera un efecto de igualdad que contribuye a su inclusión social (Sayago, 2009).

Algunos estudios como “Mujeres y nuevas tecnologías de la información y la comunicación” (Instituto de la Mujer, 2008), relacionan la brecha digital con el factor generacional, puesto que el proceso de socialización configura una serie de roles y pautas de conducta que condicionan el uso de las TIC. Siendo así, la brecha disminuiría con las generaciones futuras, debido a que la cultura y la socialización TIC serían más homogéneas (Querol, 2011). Por su lado, Castaño (2005) argumenta que la brecha digital es una manifestación de las desigualdades sociales que dependen de una multiplicidad de factores: a) la estructura de oportunidades (disponibilidad y universalidad de la educación tecnológica, la inversión en ciencia y tecnología, los costes de los servicios y la regulación de las telecomunicaciones, etc.); b) las actitudes culturales relativas al uso de ordenadores y de la información que circula en la red; c) el conocimiento del idioma inglés; y d) los recursos económicos y educativos de las personas para el dominio de la informática.

Por otra parte, existen una serie de iniciativas orientadas a la intervención social que tienen por objetivo promocionar acciones inclusivas de las mujeres en el mundo de las tecnologías: portales de buenas prácticas de TIC y género, guías para incorporar el criterio de igualdad de género a los formatos electrónicos institucionales y recolección de recursos (Instituto Catalán de las Mujeres, 2009) y acciones para la mejora en la capacitación tecnológica de la ciudadanía (programa E-igualdad; programa CERES del Instituto de la Mujer; Plan Avanza, y Plan Avanza 2; Estrategia 2011-2015). El alcance de la documentación es significativo; sin embargo, el enfoque de este tipo de estudios e iniciativas no llegan a profundizar comprensivamente sobre la influencia de factores culturales en la apropiación de las tecnologías, ni a descubrir los espacios de ruptura en el distanciamiento y sensación de extrañamiento por parte de las mujeres mayores que han estado al margen del proceso tecnológico.

2. Los estereotipos de género y edad y su relación con las TIC

Los roles de género tradicionalmente se han construido sobre una base “binaria” de división sexual del trabajo, según la cual las mujeres se ocupaban del trabajo doméstico y

el cuidado familiar, mientras que los hombres desarrollaban su actividad en el ámbito público, en lo que se refiere a su participación en el mercado formal de trabajo y en el espacio de las decisiones políticas, fundamentalmente. En este sentido, el modelo familiarista es la base de una organización social basada en unas líneas performativas de las actividades, expectativas y de los imaginarios que definen las identidades de género (Martín Palomo, 2008).

No obstante, esta tipología está en transformación, como consecuencia de cambios sociales que se están sucediendo aceleradamente desde finales del siglo XX y tienen una influencia decisiva sobre el modelo tradicional de reproducción de los roles de género. Entre algunas de las dimensiones más importantes de estos roles, destaca la transformación de los modelos de comportamientos sexuales, reproductivos y familiares (parejas de convivencia más tardías, hogares unipersonales, monoparentales, baja natalidad, maternidad tardía, feminización de la vejez, incorporación de las mujeres al mercado laboral que ha diversificado la corresponsabilidad en las tareas del hogar, etc.). De este modo, el género es un concepto que denota determinadas construcciones culturales, conformadas a través de la creación de ideas sobre los roles asignados a hombres y mujeres, una forma de referirse a los orígenes sociales de las identidades subjetivas, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado (Scott, 1990). Así, las formas en que los hombres y las mujeres experimentan la vejez están relacionadas con los contextos culturales en los que se han constituido los patrones de comportamiento y las atribuciones de género para cada sexo (Fischer y Manstead, 2000). Jayme y Sau (1993) señalan que el género tiene una doble vertiente: la colectiva, en cuanto que implica la adaptación de las personas a las expectativas de la sociedad y a los roles de género, y la individual, referida a la forma en que cada persona vive su propio género. La identidad de género es la experiencia personal del rol de género, y este es la expresión pública de la identidad de género.

Por su parte, los estereotipos son creencias exageradas que están asociadas a una categoría (raza, sexo, edad, clase social, etc.) cuya función es justificar (racionalizar) la conducta en relación con dicha categoría (Colom, 1997). Existe una estrecha relación entre los conceptos de estereotipos, prejuicios y discriminación, y su efecto sobre las actitudes. El prejuicio se define como el conjunto de creencias y juicios de carácter negativo sobre un grupo social. Están compuestos por conocimientos, juicios y creencias, y como tales constituidos por “estereotipos”, es decir, que estos últimos son el componente cognitivo de los prejuicios. Los estereotipos facilitan la identidad social, la conciencia de pertenencia a un grupo social, a través de la aceptación e identificación y la integración grupal, y tienen un valor adaptativo, puesto que ayudan a comprender el mundo de una manera simplificada, coherente y unificada. Asimismo, al ser aprendidos en la interacción social los estereotipos, pueden extinguirse con el tiempo (González Gabaldón, 1999). Jayme y Sau (1993) argumentan que en el análisis de la personalidad existen algunas dimensiones clásicas diferenciadas por género que se asocian a masculino o femenino, que puestas en relación con otros parámetros como el espacio exterior e interior de las interacciones puede llevar a la clasificación expuesta en la tabla 2.

Tabla 2. Dimensiones de personalidad clásicas diferenciadas por género

Actividad	Espacios	Masculino	Femenino
Pública	Exterior	Actividad, dominancia, control, agresividad	Pasividad, sumisión, labilidad, inhibición
Privada	Interior	Pasividad, sumisión, labilidad, inhibición	Actividad, dominancia, control, agresividad

Fuente: Jayme y Sau, (1993: 249).

Así, pues, es posible observar que en una primera clasificación basada en los estereotipos de género, su influencia sobre la personalidad varía según se trate de actividades públicas o privadas, en espacios interiores o exteriores, siendo posible, incluso, que estas se inviertan en sus patrones de comportamiento. Este planteamiento es interesante a la hora de reflexionar sobre los roles de género en la vejez. Prieto (2009) argumenta que en la vejez las identidades tienden a construirse por disposiciones culturales que se definen por oposiciones entre ellas:

- La centralidad ante lo periférico: los hombres centralizan el espacio de la cultura, sobre todo aquellos espacios de poder como la política, la toma de decisiones en el hogar, entre otros; mientras que las mujeres han permanecido en los márgenes del poder, elaborando estrategias adaptativas para desarrollarse en consecuencia.
- El espacio de lo público ante lo doméstico: directamente relacionado con el punto anterior, Prieto afirma que el espacio público constituye el lugar por excelencia para la construcción de la identidad masculina. El espacio privado y del hogar no se trata específicamente de un lugar de las mujeres, sino que es un espacio de los hombres en el que las mujeres construyen sus posibilidades de identidad.
- La independencia ante la dependencia: los valores más masculinizados se ponen en tela de juicio cuando se presentan signos de dependencia en los hombres, siendo cuestionada su posición para “poner las normas”. En este clima masculino es en el que las mujeres construyen su identidad heterónoma, para ser y cuidar a los demás.
- La cotidiana fachada de lo extraordinario: la mujer tiene que representar la estabilidad para sostener los riesgos que el hombre asumirá fuera del hogar.
- Lo racional frente a lo emocional: parece que en la vejez los valores considerados positivos se invierten, a menudo, provocando más dificultades en los hombres para asumir y comprender los propios sentimientos en esta nueva etapa.

No obstante, también se afirma que actualmente no existe una dicotomía tan marcada entre los atributos adscritos a los sexos, sino que se ha experimentado una similitud entre los atributos conferidos a los hombres y las mujeres (Colom Bauzá, 1997). Esto estaría marcado por los cambios en el “autoconcepto” que las mujeres tienen de sí mismas debido a la atribución de características instrumentales, además de las expresivas. Este proceso se ha basado en los cambios socioculturales que se desarrollan a partir de la década de los sesenta y a partir de los cuales se han transformado sustancialmente los roles de las mujeres. En este sentido, Prieto y otros (2009) añaden una noción importante en la experiencia de la constitución de las identidades de género en la vejez: más allá de este juego de oposiciones en la construcción de las identidades en esta etapa de la vida, la vejez se conjuga en femenino. Esto se basa en que las mujeres tienen más peso en la estructura demográfica, y en el protagonismo en el cuidado familiar. Así mismo, la conciencia y el

conocimiento sobre el autocuidado las sitúa positivamente, fundamentalmente en cuanto a la aceptación del paso de los años. Las habilidades para incrementar la autonomía, para ocupar el tiempo y para saber cómo recrear situaciones difíciles emocionalmente las posiciona favorablemente, y ganan espacios de poder respecto a los hombres que se resisten a los nuevos cambios.

3. Identidades de género, estereotipos y TIC

La literatura sobre la relación entre género y tecnologías empezó a desarrollarse a partir de los años setenta, en la línea de los movimientos libertarios de género que venían de la década anterior, y brindó la oportunidad al movimiento feminista de reivindicar la participación de la mujer en la ciencia y la tecnología. Los enfoques teóricos contextualizaron y situaron históricamente la relación de la mujer y el desarrollo tecnológico, tanto desde el punto de vista del acceso y el uso como de la creación de dispositivos técnicos, así como su influencia en la estructura de poder de la sociedad. A través de estas lecturas teóricas del género y la tecnología se consolidaron las corrientes del feminismo liberal, el ecofeminismo, las feministas socialistas y las constructivistas (Vergés *et al.*, 2009). En la revisión de Gil-Juárez, Vitores, Feliu y Vall-Llovera (2011), se argumenta la infravaloración de las habilidades tecnológicas de las jóvenes y una menor confianza que los hombres, que, además de expresar menos interés por los ordenadores, también sienten mayor ansiedad (He y Freeman, 2009; Meelissen y Drent, 2008; Todman, 2000). En este sentido, los estudios indican que, en las personas jóvenes, las experiencias positivas con las TIC desde los primeros contactos y la informalidad en el aprendizaje facilitan que se conviertan en usuarios/as expertos. A pesar de ello, las chicas tienen menos experiencias positivas, y esto impacta negativamente en el proceso de aprendizaje de usos expertos (Baldassarri *et al.*, 2009; Hackbarth, 2001). Estos comportamientos aprendidos contribuyen a la conformación de identidades diferentes, tanto en aptitudes como en competencias de uso de las TIC.

En este sentido, la falta de interés de las mujeres por las tecnologías está determinada por una construcción sociocultural sobre el tema, que asocian a una actividad propia de los hombres (Wajcman, 2006). Las competencias tecnológicas están performadas por el género. Se considera que los hombres son más competentes por una supuesta afinidad con atributos de masculinidad, mientras que las mujeres carecerían de esas competencias en la performatividad de sus feminidades (Cockburn, 1992). La indagación sobre las cuestiones simbólicas construidas alrededor del género y su relación con las tecnologías es una manera de descubrir alternativas de intervención en este sentido, que ayuden a ampliar la cantidad de mujeres mayores que acceden a las TIC aprovechando la oportunidad que ofrecen frente a algunos problemas sociales de las personas mayores.

4. El acceso a las TIC y su uso: la perspectiva generacional y de ciclo vital

La implantación del ciberespacio en la vida cotidiana influye en los estereotipos de edad; existe una asociación constante entre la juventud y la tecnología, construida sobre denominaciones como la de “nativos digitales” o de “generación red” (Querol, 2011).

Los estereotipos de la edad se encuentran tanto entre grupos de población joven (Montañés y Latorre, 2004) como entre grupos de personas mayores (Chasteen *et al.*, 2002). Este factor puede operar desde fuera, es decir, desde los valores que la sociedad impone a la etapa de la vejez, y, extensivamente, sobre las personas mayores; o bien como una “autolimitación”, puesto que ellas mismas perciben la edad como una limitación para la participación social y la experimentación en diferentes ámbitos de la vida cotidiana (aprendizaje y ejercicio físico, entre otros). A su vez, actúan negativamente cuando mantienen al margen del ciberespacio a las personas mayores, desincentivando y minusvalorando el esfuerzo y el interés de cada vez más personas mayores que luchan por dejar atrás esa barrera de inclusión digital. La caracterización estereotipada de las personas mayores se basa en una serie de “mitos” que refuerzan la idea de considerarlos

como una “carga para la sociedad” y se construye en oposición a la idea de juventud (Fernández Ballesteros, 1992; Losada, 2004; Duque y Echanogorria, 2008). Al contrario, las percepciones positivas de las personas mayores y sobre la vejez tienen efectos sobre el incremento de la esperanza de vida y en la adaptabilidad en este proceso (Levy *et al.*, 2002). En la tabla 3 se reproduce una clasificación de mitos sobre la vejez y sus protagonistas y cómo es la realidad.

Tabla 3. Los mitos y los hechos sobre la vejez

Mito	Hecho
La vejez comienza a los 65 años	La vejez no comienza a una edad uniforme, sino que es variable e individualizada
Las personas mayores son un colectivo homogéneo	La diversidad es una característica de la experiencia de la vejez, basada en la heterogeneidad de trayectorias vitales, la pertenencia generacional, el lugar de residencia, las historias familiares, etcétera
La persona jubilada ha pasado a una fase de improductividad	La improductividad puede interpretarse de diversas formas, dependiendo de las circunstancias de la persona
Existe una progresiva retirada de los intereses de la vida, incluso hasta llegar al aislamiento	Muchas personas mayores se interesan por diversos proyectos sociales, incluso aumenta su participación
Las personas mayores se encuentran muy limitadas en sus aptitudes	Las personas mayores tienen muchas posibilidades
Las personas mayores son inflexibles e incapaces de cambiar y de adaptarse a nuevas situaciones	Muchas personas mayores no solo se adaptan continuamente a nuevas situaciones, sino que nos enseñan a través del ejemplo
La vejez puede venir acompañada de pérdida de memoria.	La pérdida de memoria puede darse a cualquier edad
Las personas mayores son dependientes	La mayoría de las personas mayores viven de manera independiente
La persona mayor es una figura idílica que vive en un contexto feliz lleno de afecto	Existen muchas y variadas situaciones en esta etapa
La vejez es una etapa totalmente negativa	La vejez es una etapa vital peculiar
La persona mayor es conservadora y depositaria de la tradición	Cada persona refleja la esencia de su personalidad a medida que pasa el tiempo
En la vejez se renuncia a la sexualidad	Con la edad no desaparece la sexualidad

Fuente: Pérez Serrano, G. (coord.) (2004). Calidad de vida en personas mayores. Madrid: Dykinson.

Por lo que respecta a la inclusión digital de las personas mayores, a veces se produce una peligrosa asociación de estereotipos negativos y un supuesto desinterés y capacidad de las personas mayores por adquirir nuevos aprendizajes, que forman parte de los mitos más clásicos. Castaño y otros (2009) argumentan que, a pesar de las dificultades que presentan en este ámbito, el hecho de disponer de más tiempo libre que dedicar a desarrollar los intereses personales es una motivación importante para acceder a las TIC y usarlas. La misma autora señala que las motivaciones de las mujeres mayores para acercarse a internet son de naturaleza práctica y se organizan en torno a tres categorías: 1) motivos laborales (formación en el ámbito del trabajo), 2) motivos familiares (los hijos lo necesitaban para estudiar y ellas se adaptaron paulatinamente) y 3) la necesidad de comunicarse con la familia y amistades. Las personas mayores han carecido de una socialización en este ámbito; en el mejor de los casos, por motivos personales las TIC se introdujeron durante la última etapa de sus trayectorias laborales. Las generaciones más cercanas a la actualidad (desarrollo, *baby boom* y de la transición) responden más a las características de una conciencia de derechos adquiridos y socializada en una cultura

más participativa (Duque y Echanogorria, 2008); sin embargo, aún entre ellas continúa persistiendo la desigualdad digital.

La perspectiva generacional ayuda a comprender los valores, los roles y las rutinas cotidianas que dan sentido al proyecto vital de las mujeres y los hombres que las constituyen. Estos marcos de entendimiento ayudan a comprender las dificultades y las prácticas sociales de las personas mayores frente a las tecnologías. Cómo se construyeron sus trayectorias laborales, cuáles fueron sus oportunidades de formación y

de participación sociocultural, qué niveles de ingreso tenían sus hogares: cada uno de estos factores inciden en los conocimientos y permeabilidad respecto de la apropiación de las TIC en la vida cotidiana. Solo así evitaremos una visión evolucionista-tecnológica de las generaciones y considerar que las más recientes son “mejores” para atender a la diversidad de trayectorias personales (Querol, 2011).

En este sentido, la decisión de estudiar el colectivo de mujeres de más de 65 años está basada en una perspectiva de ciclo vital, no cronológica del envejecimiento que recupera el carácter dinámico que constituye la biografía de las personas (Villar y Triadó, 2006). La noción de ciclo vital hace referencia a determinadas situaciones de sus trayectorias que resultan significativas para las personas. Los 65 años no son una línea fija de corte, sino todo lo contrario, invitan a analizar los procesos de apropiación de las TIC en unas circunstancias y contextos vitales determinados. El momento vital de la prejubilación, por ejemplo, a pesar de que en el caso de las mujeres mayores no es una situación generalizable, dado que una parte de ellas no ha participado en el mercado formal de trabajo. Para ellas toman protagonismo otras situaciones, como la recuperación del proyecto personal después de la etapa de las obligaciones familiares, la vivencia de la viudedad, el cuidado de familiares con dependencia, etcétera. El reto para el análisis es intentar evitar el reduccionismo del “problema de las mujeres en las TIC” (Gil *et al.*, 2011) como si se tratara de un problema de las mujeres con las TIC, pues es el género y las identidades femenina y masculina lo que está en cuestión.

5. Modelo de análisis

El modelo de análisis se construyó desde la perspectiva de considerar el acceso a las TIC y su uso como una oportunidad para el envejecimiento activo. Las mujeres mayores deben sortear estereotipos de género para introducirse en el mundo tecnológico y profundizar en sus usos. Los estereotipos, en parte, se han consolidado a través de las prácticas sociales de las generaciones de pertenencia. Por tanto, la perspectiva generacional es clave para comprender el proceso de apropiación de las TIC por parte de las mujeres mayores. El análisis de la relación entre las TIC y el ciclo vital de las mujeres mayores pondrá de manifiesto el significado que la tecnología tiene para ellas, en qué momentos de sus vidas deciden incursionar y cómo cambian o dotan de nuevos sentidos la vivencia de sus cotidianidades. En este sentido, el hecho de convertirse en usuarias tecnológicas puede generar espacios de ruptura con la aceptación de roles asignados tradicionalmente, produciendo el cambio de la función de los estereotipos que los hubieran reforzado. Así, la tecnología se vuelve constitutiva de las identidades de las mujeres mayores en las que operan una serie de factores como facilitadores o como barreras para acceder a las TIC y usarlas. Algunos de ellos funcionarán como refuerzo de los estereotipos y otros como factores claramente de resistencia y ruptura.

Para la recolección de datos se han realizado entrevistas en profundidad semiestructuradas. Los temas que se abordan identifican las situaciones vitales en las que las TIC han sido significativas para las mujeres mayores, así como su influencia en la construcción de identidades de género. Las entrevistas respondieron a un criterio de muestreo intencional. Se entrevistaron a ocho mujeres de más de 65 años que viven en Cataluña y que utilizan el ordenador desde hace tres años como mínimo, fundamentalmente internet. Las mujeres se contactaron en espacios de participación y en programas de universidad para personas mayores. Para conseguir más diversidad entre las personas consultadas, se buscó que residan tanto en contexto urbano (ciudad de Barcelona) como en rural (pueblos de menos de 5.000 habitantes) de Cataluña. Asimismo, también se buscó diversidad en el nivel de estudios, el estado civil, las características de la unidad de convivencia (viven solas, en pareja, con familiares) y en las ocupaciones desarrolladas como actividad principal a lo largo de sus vidas (trabajo

productivo y reproductivo). Se analizaron un total de siete entrevistas: cuatro urbanas y tres rurales²⁸. El análisis de contenido se efectuó con el soporte del programa Atlas Ti.

6. Resultados

Seguidamente presentamos los principales resultados del análisis de los relatos de vida, ordenados según las siguientes dimensiones: a) barreras, b) facilitadores, c) motivaciones, d) momento vital, e) estereotipos de género y f) usos/no usos de las TIC.

a) Las barreras

Entre las barreras identificadas, se encuentran algunas directamente vinculadas a la generación, como las dificultades de adaptación a los cambios de *software* y a la comprensión del lenguaje informático en general. La falta de confianza y seguridad personal se asoció a una desconexión generacional con respecto al entorno tecnológico, que emerge como un universo nuevo y desvinculado de las prácticas sociales habituales. La cotidianidad se construye a partir de relaciones familiares y de proximidad, así como por la realización de actividades que solo permiten el uso del ordenador cuando se interpone una necesidad suficientemente justificada. El cuidado familiar se conecta con la barrera anterior y queda en evidencia su valor como tiempo de trabajo que impide tanto el acceso como el aprendizaje de usos más avanzados de las TIC.

Otro componente que limita el acceso a las TIC y su uso es la prioridad que impone la pareja masculina en la organización del tiempo y las actividades que se realizan en el hogar, dando mayor importancia a las que “corresponden” al trabajo de cuidado y rechazando las de uso tecnológico. El coste económico del ordenador y la conexión a internet también son percibidos como barreras. En el contexto rural es más difícil compensar la falta de ingreso individual con el acceso a equipamientos públicos, porque los espacios socioculturales con equipos y conexión a internet libre pueden estar ubicados lejos del domicilio, y, a su vez, también disminuyen las posibilidades de acceso a recursos de apoyo para el aprendizaje.

La edad emerge como una barrera asociada al estado de salud, fundamentalmente en relación con la capacidad cognitiva y con la imposibilidad de permanecer mucho tiempo frente al ordenador por problemas musculares, óseos, de vista, etcétera.

b) Los facilitadores

Con respecto a los facilitadores, ocupan un lugar central tres dimensiones: a) la proximidad de los equipamientos socioculturales (específicamente, los centros para personas mayores); b) la metodología de aprendizaje; y c) el apoyo mutuo y el familiar.

La proximidad de los equipamientos que imparten formación en el uso del ordenador y de herramientas TIC facilita a las mujeres que trabajan cuidando de sus familiares (pareja y nietos/as, principalmente) que puedan combinar las actividades cotidianas con la

realización de los cursos. En este tema en concreto, la variable del género juega un papel favorable, en el sentido de que hay una costumbre de sincronizar varias tareas al mismo

28. Se ha seguido un equilibrio de ámbitos de participación. El nivel de ingresos delimita la muestra a realidades de clase media, una muestra con usuarias de menor nivel de ingresos puede dar más complejidad al análisis, aunque los estereotipos seguirán jugando un papel decisivo dada su base sociocultural de constitución. No obstante, una primera exploración sobre la transformación tecnológica en la vida cotidiana de las usuarias TIC puede aportar pistas para construir un mapa situacional sobre el efecto de los estereotipos de género, que posteriormente podrá ser comparado con trayectorias de personas que no participan en equipamientos y de otro perfil socioeconómico (menores niveles de ingresos y educativos, etc.).

tiempo que permite a las mujeres organizarse para pasar por el casal de barrio a hacer el curso de informática, practicar, etcétera. Así, la capacidad de organizar el tiempo de trabajo reproductivo ofrece un margen de autonomía para participar en actividades fuera del hogar. El equipamiento (centro de mayores, asociación, aula, etc.) donde se hace el curso es un espacio importante para las relaciones sociales, y la tecnología, un nuevo elemento para generar vínculos interpersonales.

En cuanto a la metodología, se valoran muy positivamente las formas personalizadas de acceso y ritmo de aprendizaje: han identificado como ideales los espacios informales de acceso a las TIC en los equipamientos donde se pueda utilizar un ordenador por persona y tomarse el tiempo que necesiten para la comprensión de los contenidos. La ayuda de apuntes y la repetición de cursos para afirmar y repasar contenidos complementan los recursos metodológicos. Podría decirse que son recursos creados por ellas mismas. El apoyo mutuo entre compañeros/as y la ayuda de voluntarios/as son clave en el proceso; algunas valoran tanto este recurso que posteriormente se hacen voluntarias. Asimismo, el apoyo familiar es otro facilitador clave en el acceso a las TIC y su uso: la ayuda de los hijos/as y nietos/as es un aspecto relevante en este sentido, principalmente en el impulso para aprender con un añadido de motivación que viene dada por el regalo de un dispositivo tecnológico o por compartir aprendizajes con nieto/as.

La conjunción de facilitadores incide en la inclusión social de las mujeres mayores porque pueden entrar en el ciberespacio y en el proceso encuentran nuevos espacios de relación social, más igualitarios y sobre temas que facilitan el contacto intergeneracional. Las mujeres advierten que una buena parte de las barreras existentes se sortearán en el futuro gracias al relevo de nuevas generaciones que estarán socializadas en el uso de las TIC y para las que la continuidad en el uso será más sencilla.

Las emociones también tienen un espacio clave en la lectura de género del acceso a las TIC; en el discurso sobresale la necesidad de usar instrumentos que permitan mantener los lazos de afectividad entre las personas cercanas (amigos y familia), una práctica de cuidado mediada por la tecnología y la transmisión de valores intergeneracionales. Asimismo, se ha señalado en reiteradas ocasiones la vergüenza que provoca las dificultades en el acceso, y también se explica que, una vez cumplido el objetivo de controlar la herramienta, las usuarias manifiestan un gran sentido de seguridad y reafirmación personal. Se trata de una importante conquista sobre un ámbito de conocimiento sobre el que históricamente se han sentido deslegitimadas en su capacidad para controlarlo. Así pues, cuando se comprueba la destreza en el uso, el sabor del triunfo es doble, esto es, tanto personal como social. A continuación, se muestra un ejemplo de dichos facilitadores expresado por una de las mujeres entrevistadas:

“Primero pensé que era tonta; después pensé que no era tonta, que simplemente era algo [campus virtual UAB] que desconocía y que si [no] lo sabía hacer, aprendería a hacerlo —si no en dos veces, en diez, da igual—, pero tenía que saber hacerlo. Después pensé... también por el orgullo de pensar que si los demás pueden, yo también puedo; siempre he creído que lo que pueden hacer otras personas también puedo hacerlo yo. Las mujeres siempre cometemos el error de dejar a los hombres que nos resuelvan los problemas técnicos. No, rotundamente, y eso se lo digo a todas las señoras: no dejemos nunca que nos hagan nada, porque ahí es donde nosotras somos un tipo de víctimas que a veces, quizás, nos conviene” (mujer del ámbito formativo, 72 años, contexto urbano).

La influencia de la trayectoria laboral en el acceso y uso es relativa, puesto que no se ha identificado como un factor favorable al aprendizaje, argumentando que solamente se

utilizaban algunos programas específicos para la administración, una característica que se mantiene en las mujeres que actualmente tienen entre 65 y 75 años.

c) Las motivaciones en el acceso a las TIC y su uso

Entre las motivaciones más importantes se encuentran la necesidad de luchar contra el analfabetismo digital, la necesidad de ocupar el tiempo, el interés por aprender cosas nuevas y la curiosidad. Colaboran con las mismas el esfuerzo y la perseverancia. Algunas de las entrevistadas remarcan el placer y el entretenimiento que les proporcionan el uso de las TIC, sintiéndose como más gratificante y preferente el uso actual al que podría haber sido durante la fase de trabajo remunerado. En el caso de las entrevistadas que participan en espacios de formación, aparece el interés por acceder a información especializada y aplicar herramientas informáticas para el aprendizaje. El voluntariado tecnológico también es una motivación para continuar formándose y adaptándose a los cambios tecnológicos. En general, las motivaciones están muy conectadas con el momento vital, como veremos en el siguiente punto.

d) El momento vital del acceso a las TIC y su uso

Existen algunos momentos del ciclo de vida que las entrevistadas consideran clave en su relato y que marcan alguna transición o cambio en las historias de vida. En algunos casos, juegan un papel activo el acceso a las TIC, siendo los más ejemplificadores la viudez y el final del cuidado familiar intensivo o, por el contrario, el inicio del cuidado a personas con dependencia. La cita que sigue ejemplifica cómo el uso del ordenador significó un espacio de respiro en el cuidado a un familiar dependiente, que muy probablemente implicó un recurso saludable para la sobrecarga emocional del momento.

“En el proceso de evolución de la dependencia de mi marido, el ordenador me sirvió porque me facilitó hacerle compañía, estar más tiempo cerca de él y poder seguir con mis tareas. Además, yo antes hacía mucho punto y cosía, pero me operaron de los dos hombros, de las dos muñecas, y eso no me lo permite, y el ordenador sí que puedo... entonces, me hace compañía, escribo, hago *power*, envío correos, siempre intentando que lo que haga sea positivo para mí y para alguien más, también. La informática me ha servido para mucho” (mujer del ámbito asociativo, 81 años, contexto urbano).

La jubilación surge con menor fuerza, en parte porque el empleo pocas veces ha sido el hilo conductor del relato de vida como elemento principal. El empleo tiene presencia en el discurso, pero más importante es el espacio del trabajo reproductivo y las connotaciones afectivas y de construcción de la identidad que tiene en consecuencia. La viudez y la dedicación al cuidado familiar son momentos vitales que en la mayoría de los casos presentan interdependencia con los estereotipos de género, como veremos a continuación.

e) Los estereotipos de género

El análisis muestra que los momentos vitales más significativos en el relato de las mujeres entrevistadas se vincula a prácticas sociales asignadas a las mujeres: a) el trabajo reproductivo, b) la finalización de la etapa del cuidado familiar intensivo y c) la viudedad. La narración de la relación con las TIC de las mujeres mayores conecta experiencias tecnológicas importantes con estos momentos vitales. A continuación, se reproduce una cita que deja ver cómo la tecnología dio respuesta a un vacío existencial después de la muerte repentina del marido, a quien cuidaba. La experiencia de la entrevistada también refleja la inexactitud de los estereotipos de edad, mostrando que, ante situaciones de ruptura, se vive una nueva oportunidad de aprender y hacer cada vez más actividades nuevas:

“Mi marido tuvo una enfermedad larga... La segunda vez que lo operaron de un aneurisma se murió de una infección. Se murió de golpe, pasó muy rápido, y yo necesitaba hacer otras cosas. Él tenía 67 años. Yo tenía que distraerme, porque la vida seguía y yo no le iba a traer problemas a mi hija de ningún tipo [...], y, sobre todo, de que había que aprovechar la vida hasta el final. La tenía que aprovechar con dignidad y tenía que darle ánimos a la gente que me rodeaba, es decir, a toda mi familia. Entonces, claro, los estudios es lo que más [me] gustaba, también me gusta mucho hacer labores, pero pensé que había pasado la época de hacerlas, porque hacer labores equivalía a que no pensase, y a mí lo que me convenía para distraerme de este disgusto que tenía era llenar mi cabeza al máximo con mis estudios, y que había muchas cosas que hacer para seguir adelante. Todavía pienso hoy que si tuviese mil vidas, me faltarían más para hacer todo lo que me gustaría hacer; por mucho que se viva, nunca se sabe suficiente, y a mí me gusta saber al máximo. Digamos que soy una entrometida de la vida, me gusta la vida y pienso vivirla hasta el final” (mujer del ámbito formativo, 72 años, contexto urbano).

En los relatos que sitúan las TIC en momentos vitales críticos, se hace referencia a la elaboración de historias de vida, aprendiendo a utilizar nuevas funciones para añadir fotos, editar textos, buscar información, etcétera. Es interesante observar en una de las narraciones la recuperación de la propia vida anterior a la boda; es decir, se necesita recuperar una identidad profunda, más allá de los roles familiares reproductivos como esposa, madre, abuela.

“Hice mi propia historia de vida, sí. No llega a mis nietos, fue hasta que me casé, con fotos de cuando era pequeña, de mis padres cuando se casaron, yo de pequeña, de épocas de guerra porque nací en el 32, y puse algún recuerdo, no demasiados, de cuando íbamos al refugio, cosas que me venían a la memoria [...]. También después he hecho otras cosas, por ejemplo, recuperar todas las fotos de mis hijos, desde que eran pequeños hasta que se hacían mayores; alguna la he retocado si estaba estropeada. Ahora tenemos un compañero voluntario que nos ayuda mucho con todo eso”, (mujer del ámbito asociativo, 78 años, contexto urbano).

Observando los vínculos entre las dimensiones queda explícita la influencia de la división sexual del trabajo dentro y fuera del hogar como una dimensión estructural en el acceso a las TIC. Cabe aclarar que esta situación podría estar vinculada a las oportunidades de formación y desarrollo personal en general; sin embargo, las trayectorias muestran una ruptura cuando se registran puntos de transformación en todas las rutinas del trabajo reproductivo o en parte de ellas. Las mujeres que se han dedicado al cuidado familiar por completo, justo cuando los hijos se van de casa y los nietos están escolarizados encuentran horas para poder aprender cosas que les resultan interesantes, y es en ese momento cuando aparece la tecnología. Algunas argumentan que los hombres tienen más posibilidades de aprender porque disponen de más tiempo libre para ello. En relación con el uso del ordenador en el hogar, hay dos episodios singulares que invitan a la reflexión sobre cómo operan los estereotipos de género en el espacio privado a través de un proceso desigual en el poder para tomar decisiones en el uso del espacio y el tiempo. En primer lugar, el espacio de la casa en el que se hace uso del ordenador; las experiencias de la viudez tienen como efecto una reestructuración de espacios y funciones en el hogar. En una de las entrevistas, la habitación matrimonial se transforma en el estudio y el lugar donde se desarrollarán las nuevas actividades, como el uso del ordenador y la formación universitaria.

Asimismo, en otras narraciones se explica que lo que antes era el “estudio donde el marido pasaba más horas”, ahora está en fase de remodelación y el portátil está en el

comedor. El segundo hecho destacable es el caso de una voluntaria tecnológica que ha encontrado un terreno de pasión en el tema, pero que no puede disfrutar en su casa por el desagrado de su pareja y porque no puede quitar horas de trabajo de su cuidado. Las trayectorias laborales productivas corresponden a trabajos feminizados, como el de dependienta, secretaria, modista, peluquera, etcétera. Solo dos de ellas lograron un emprendimiento personal. Al tratarse de personas que pertenecen a una cohorte generacional en la que las mujeres ocupaban el lugar de producción de bienestar familiar y el hombre asumía el rol de trabajador productivo, existe una desigualdad para acceder al conocimiento y al ocio. Este es uno de los relatos en este sentido:

“No trabajé porque me casé a los 20 años, justo cuando acabé los estudios. Hice el último examen en setiembre y en octubre me casé. Entonces mi marido tenía tienda, restaurante, panadería, y ya no me pude mover de allí” (mujer del ámbito asociativo, 76 años, contexto rural).

También se registran usos que invierten la lógica de distribución de tareas establecida según el binarismo hombre/mujer, donde las mujeres asumen la realización de actividades que antes hacían sus parejas. Por ejemplo, algunas gestiones administrativas o el seguimiento de las cuentas del banco y del gasto familiar. Asimismo, se hacen usos de manera diferenciada; por ejemplo, los hombres organizan viajes, las mujeres buscan información, o bien delegan acciones concretas en sus compañeros masculinos de las asociaciones o en sus yernos.

f) Los usos y no usos de las TIC

La finalidad de analizar los usos es la de observar cómo influyen en el proceso de apropiación tecnológica y cómo impactan en temas de envejecimiento activo. En este sentido, se ponen de relieve algunos usos que fueron clave en la etapa de “entrada” del proceso de aprendizaje y uso con mayor intensidad. Cuando controlan el instrumento se vuelven afectas a actividades de la formación, como acceder al campus virtual, a la documentación que necesitan y para facilitar el aprendizaje en general. En el caso de las personas que participan en ámbitos asociativos, las inquietudes han sido de índole más personal o para participar en ámbitos políticos, culturales o religiosos.

Respecto a los usos de las TIC en temas de salud, en general es de bastante baja intensidad (por interés cuando le pasa algo a algún familiar). También se usan para buscar información sobre viajes, lugares y temas de interés, y para relacionarse con amigos y familiares. Podemos afirmar que el aspecto relacional es clave en el valor de los usos y, posiblemente, uno de los valores reconocidos como más importantes. Relacionarse con coetáneos, mantener y renovar las redes afectivas, acceder a información sobre familiares que viven lejos, ayudar a otras personas a aprender a usar las TIC, hablar con los nietos/as sobre algunos temas, jugar con ellos/as en línea, etcétera.

La mayoría de las personas entrevistadas encuentran que el uso de las TIC puede ser muy útil en situaciones de soledad y argumentan que aumentan su uso cuando se sienten solas, o cuando ya no tienen nada que hacer (sin relación social), y manifiestan que han cambiado de manera importante sus vidas después de enviudar. En este sentido, puede relacionarse algunos de los no usos de las TIC, como la gestión de la banca en línea, las compras virtuales o para gestionar citas de salud. No saben buscar información sobre recursos de ayuda para la vida diaria, no les interesa participar en foros sobre temas específicos y el uso del chat es reducido, aunque tienen más inquietud por aprender. Estos usos y no usos están relacionados también con un tipo de actividades de la vida cotidiana según unos roles de género, y promocionarlos podría ayudar a sobrellevar situaciones que requieren de apoyo para desarrollar actividades de la vida diaria; por ejemplo, encargar la compra por internet y gestionar la entrega a domicilio.

7. Conclusiones

Los estereotipos de género, así como los factores educativos, laborales y generacionales, influyen en la inclusión digital de las mujeres mayores

El análisis efectuado cristaliza el papel central de algunos factores asociados a los estereotipos de género en la relación de las mujeres mayores con las TIC. La división sexual del trabajo es una dimensión central en esta relación y demuestra los efectos negativos de ese contrato social en las diferentes generaciones de mujeres. La asignación de determinados roles sociales, la realización de unas prácticas delimitadas al espacio de lo privado, con la consiguiente carga de trabajo reproductivo, han tenido consecuencias para sus trayectorias vitales. El cuidado implica una carga rígida de trabajo durante todo el ciclo de vida que tiene consecuencias directas sobre la disponibilidad del tiempo libre y sobre la posibilidad de decidir el desarrollo personal y la búsqueda de oportunidades de formación y de participación social.

La dimensión generacional es igualmente neurálgica; las trayectorias analizadas demuestran que la dedicación al cuidado familiar en exclusiva y la “doble presencia” cuando también trabajaban fuera de casa las han mantenido alejadas de la revolución tecnológica de la información, posiblemente porque no era necesaria para la reproducción de unas rutinas básicas de trabajo. No obstante, sí fueron protagonistas del desarrollo de otro tipo de tecnologías, como es la de artefactos domésticos, porque estos sí hacen más “eficiente” el uso del tiempo en las tareas del hogar para sumar otras responsabilidades simultáneas, y este rol no ha tenido ningún tipo de reconocimiento. Estas mujeres no necesitaron las TIC en el trabajo productivo ni para el estudio porque no tuvieron la oportunidad de continuar formándose a lo largo de sus vidas. En este sentido, consideran que las nuevas generaciones de mujeres que se han incorporado al mercado laboral estarán socializadas en el ámbito de las TIC. También creen que ahora hay menos desigualdades, que los valores son diferentes y que las tareas domésticas se comparten más con las parejas, lo que conlleva que las mujeres pueden disponer de más recursos (tiempo).

Las estrategias de apropiación de las TIC: la oportunidad de los momentos vitales, los recursos de proximidad y el apoyo mutuo

Las TIC entran en sus vidas precisamente cuando el ciclo del trabajo reproductivo prácticamente se da por concluido. Es entonces cuando retoman deseos postergados, buscan las actividades que darán sentido a sus nuevas rutinas, experimentan la oportunidad de volver a comenzar y vuelven a dar significado a un proyecto vital. La viudez, la partida de los hijos/as del hogar familiar, la escolarización de nietos/as e incluso el cuidado a la pareja en situación de dependencia pueden ser motivos para encontrar en las TIC un recurso que otorgue nuevos sentidos a la vida. Ocupar el tiempo en algo que agrade, en lo que siempre se quiso hacer, es una manera de buscar el placer. La vejez puede ser vivida como una época de liberación y de apertura a nuevas oportunidades, en palabras de una de las entrevistadas:

“El ordenador fue clave, me pasaba muchas horas, aquella etapa fue un desfogue total: escribir mi historia, las costumbres de Banyoles... una auténtica liberación. Ha sido importantísimo para mí y se lo aconsejo a la gente que está jubilada y a la gente que vive sola” (mujer del ámbito asociativo, 78 años, contexto rural).

En la medida en que se hacen mayores, algunas mujeres que cuestionaban poco los papeles asignados al género en los que se socializaron empiezan a oponerse y resistirse a estos roles (Arber y Ginn, 1996). Los estereotipos de edad son percibidos por el contraste con la población más joven, ante la sorpresa que expresan frente a esta nueva realidad de que la abuela utilice el ordenador e incluso pueda enseñar algunas funciones, pero manifiestan que no tienen influencia alguna sobre la experiencia tecnológica. Por el

contrario, se identifican episodios vitales que demuestran la errática construcción estereotipada de las personas mayores como individuos solitarios, sin motivaciones y que han renunciado a participar activamente.

Los entornos de pertenencia son importantes porque plantean mayores o menores posibilidades de acceso a recursos para el acceso a las TIC y su uso. Los equipamientos específicos (centros para personas mayores) son decisivos en este proceso: su carácter de proximidad es clave para la gestión del tiempo de las mujeres que programan una jornada de tareas reproductivas. Asimismo, son un tipo de equipamientos con carácter “universal” al que pueden asociarse fácilmente y con un coste muy asequible, con el único problema de que se disponga de plazas suficientes para la demanda de actividades. En el contexto rural es más compleja esa realidad. No siempre los equipamientos son próximos y podría pasar que algunas mujeres no sepan conducir. Además, hay menos oferta de espacios de participación para personas mayores que ofrezcan estos cursos. Sin embargo, una vez aprendido el uso, puede ser de gran utilidad, ya que generan la posibilidad de diversificar actividades cotidianas (entretenimiento, relaciones sociales, formación, etc.).

También es importante destacar el valor positivo que le otorgan al apoyo mutuo en el proceso de aprendizaje, hasta el punto de que, luego de efectuar los cursos de informática, en algunos casos, se han convertido en voluntarias tecnológicas. Las metodologías de enseñanza parecen no estar muy desarrolladas porque la mayoría ha explicado técnicas de autoaprendizaje, de ahí la importancia que le otorgan al apoyo mutuo.

Los usos de las TIC en clave de envejecimiento activo

El desarrollo de las relaciones sociales es una dimensión de vital importancia en la etapa de la vejez. La formación tecnológica muchas veces es una excusa para relacionarse con otras personas, pero también es utilizada para revitalizar relaciones de siempre o socializar en charlas con otras personas sobre el tema. Cualquiera que sea la motivación, está claro el papel central que tienen en la promoción de las relaciones sociales entre las mujeres mayores, y este factor debe ser tenido en cuenta a la hora de planificar intervenciones en el ámbito. Posiblemente esta sea la dimensión más importante de los usos tecnológicos para el envejecimiento activo, ya que impulsan la participación social y son un espacio reconocido por ellas mismas para la inclusión social o, en sus propias palabras, “para ser parte de la actualidad”. También hay una conciencia de los efectos en la salud mental, puesto que son recursos utilizados para sentirse bien y, a veces, para distraerse de los problemas cotidianos. Además, generan una sensación de seguridad personal, siendo esta una dimensión subjetiva muy importante en las estrategias empleadas para afrontar los cambios de la vejez. Sin embargo, aún queda mucho por hacer en el ámbito del fomento de los usos en la prevención de situaciones de dependencia, en el aprendizaje de nuevos usos e, incluso, en la profundización de algunos que puedan ser de ayuda en la vida diaria, como aplicaciones para el ejercicio físico.

No se visualiza la importancia de las TIC para los usos económicos como las compras por internet o la gestión de trámites administrativos o bancarios. También se hace un escaso uso para la búsqueda de información especializada, desconocen el uso y la construcción de blogs o de aplicaciones de actualización de información, etcétera. En este sentido, sería importante promocionar otros usos del ordenador y de la red, ayudando a profundizar en conocimientos y descubrir nuevos intereses personales.

El valor de las TIC y las oportunidades en la vejez para las mujeres mayores

Las tecnologías, por sí mismas, no han sostenido los cambios que se pudieran producir en las identidades de las mujeres que nos relataron sus experiencias, pero se han vuelto parte de la historia de cada una de ellas. Por lo tanto, se trata de nuevas etapas vitales

que emergen acompañadas de un recurso innovador y que las posiciona de una manera diferente frente al mundo. Luchar contra la brecha digital implica actuaciones que van más allá de la propia tecnología. Por ello, es necesario observar cómo inciden los factores contextuales. Los elementos que configuran los estereotipos existen, pero cambian según sean las relaciones sociales que los sostengan, las historias de vida y las nuevas interacciones que se gestan alrededor. No solo es importante acceder a recursos, sino también encontrar cuál es el sentido de las tecnologías en sus experiencias de vida. Sus propios testimonios son un factor de empoderamiento para quienes aún sienten este aprendizaje como una asignatura pendiente.

Es posible que las nuevas generaciones de mayores tengan más conocimiento de las TIC; sin embargo, también existe la tendencia de que perduren las desigualdades en aspectos referidos al uso y en la incorporación de las mujeres al diseño de las tecnologías. La adaptación a los instrumentos y el valor que tengan para la vida cotidiana requerirán de actualizaciones tecnológicas continuas; por lo tanto, el problema no se acaba con una generación. Incidir en ejes como la división sexual del trabajo y los usos del tiempo es una cuestión que se mantiene vigente, y más en un modelo social en crisis como el actual, donde algunas prácticas se reproducen incluso con más fuerza, como el cuidado de las personas.

Bibliografía

ARBER, S. Y GINN, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid: Narcea.

BALDASSARRI, S.; MOLINA-GAUDO, P.; VILLARROYA-GAUDO, M.; CEREZO, E. (2009). "The 1st Girls' Day at the University of Zaragoza: attracting women to technology", *Interacción*, 14, pp. 1-8.

BONDER, G. (2004). "Mujeres en la ruta hacia la Sociedad del Conocimiento: Reflexiones sobre contextos y oportunidades". Cátedra Regional Unesco. Jornadas Solidaridad en Red: Nuevas tecnologías, ciudadanía y cambio social organizadas por Hegoa-Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional, Universidad del País Vasco, España.

CASTAÑO, C., FERNÁNDEZ, J. M., VÁZQUEZ, S.; MARTÍNEZ, J. L. (2009). *La brecha digital de género: Amantes y distantes*. Madrid: Observatorio E-Igualdad de la Universidad Complutense de Madrid.

CASTAÑO, C. (2008). *La segunda brecha digital*. Madrid: Cátedra.

CASTAÑO, C (2005). *Las mujeres y las tecnologías de la información. Internet y la trama de nuestra vida*. España: Alianza.

CASTELLS, M. (2006). *L'era de la informació. Vol. II: El poder de la identitat*, caps. I y IV. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

CASTELLS, M. (1998). *La era de la información: Economía, sociedad y cultura*. Alianza Editorial.

CHASTEEN *et al.* (2002). "The Activation of Aging Stereotypes in Younger and Older Adults. The journals of gerontology". *Series B, Psychological Sciences & Social Sciences*, 57, pp. 540-547.

COCKBURN, C. (1992). "Abriendo la caja negra: la tecnología en los análisis de la sociología feminista". *Sociología del Trabajo*, 15, pp. 91-107.

COLOM BAUZA, J. (1997): "Aportaciones al estudio de los estereotipos de género". *Pedagogía social*, 15-16, pp. 145-154.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS-CCE (COM) (2007). "Envejecer mejor en la sociedad de la información. Una iniciativa i2010". Plan de acción sobre Tecnologías de la Información y de la Comunicación y envejecimiento. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas.

COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL CONSEJO, PARLAMENTO EUROPEO AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES (COM) (2005). *La accesibilidad electrónica*. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas, p. 425.

DUQUE, J.; ECHANOGORRIA, A. (coord.) (2008). *La participación social de las personas mayores*. Colección Estudios. Serie Personas Mayores, n.º 11005. Madrid: Imsero.

FAULKNER, W.; LIE, M. (2007). "Gender in the Information Society: Strategies of Inclusion". *Gender Technology and Development*, 11 (2), pp. 157-177.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: SG Editores.

FISCHER, A. H.; MANSTEAD, A. S. R. (2000). "The relation between gender and emotion in different cultures", en Fischer, A. H. (ed.). *Studies in emotion and social intervention. Second series. Gender and emotion: Social psychological perspectives*, pp. 71-94. Cambridge University Press.

GARCÍA CANCLINI, N. (2004). *Diferentes, desiguales y desconectados*. Barcelona: Gedisa.

GARCÍA UREA, S. (2007). "La democratización tecnológica y la inclusión social: un análisis desde lo sociocultural", acceso en línea en: www.analitica.com/premium/ediciones2007/4876591.asp.

GIL-JUÁREZ, A.; VITORES, A.; FELIU, J.; VALL-LLOVERA, M. (2011). "Brecha digital de género: Una revisión y una propuesta", en Barrios Vicente, I. M. (coord.). "Mujeres y la sociedad de la información". *Revista Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, Universidad de Salamanca, 12 (2), pp. 22-53.

GONZÁLEZ GABALDÓN, B. (1999). "Los estereotipos como factor de socialización en género", *Comunicar*, 12, pp. 79-88. *Revista científica de educación y comunicación*, pp. 89-95.

HACKBARTH, S. L. (2001). "Changes in Primary Students' Computer Literacy as a Function of Classroom Use and Gender", *TechTrends*, 45 (4), pp. 19-27.

HE, J.; FREEMAN, L. (2009). "Are Men More Technology-Oriented Than Women? The Role of Gender on the Development of General Computer Self Efficacy of College Students", *AMCIS 2009 Proceedings. Paper 672*. Extraído el 18 de marzo de 2012: <http://aisel.aisnet.org/amcis2009/672>.

ILC-BRAZIL (2015). *Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution*, International Longevity Centre Brazil.

INSTITUTO DE LA MUJER (2008). *Mujeres y nuevas tecnologías de la información y la comunicación*. Madrid: Instituto de la Mujer.

JAYME, M.; SAU, V. (1993). "Sexo, género y personalidad", en *Psicología diferencial del sexo y el género*. Barcelona: Icària.

LEVY, B. R.; SLADE, M. D.; KUNKEL, S. R.; KASL, S. V. (2002). "Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging", *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (2), pp. 261-270.

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD *et al.* (eds.) (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero).

LOSADA B. A. (2004). "Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención". *Informes Portal Mayores*, n.º 14. Madrid: Portal Mayores.

MARTÍN PALOMO, M. T. (2008). "Los cuidados y las mujeres en las familias", *Política y sociedad*, 42 (2), pp. 29-47.

MEELISSEN, M. R. M.; DRENT, M. (2008). "Gender differences in computer attitudes: Does the school matter?", *Computers in Human behavior*, 24, pp. 969-985.

MIRANDA DE LARRA, R. (2007). *Los mayores en la Sociedad de la Información*. Pozuelo de Alarcón (Madrid): Fundación Orange.

MISA, T. J. (2010). *Gender Codes: Women and Men in the Computing Professions*. New Jersey (EE. UU.): Wiley IEEE Computer Society.

MONTAÑÉS, J.; LATORRE, J. M. (2004). *Psicología de la vejez. Estereotipos juveniles sobre el envejecimiento*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LAS NACIONES UNIDAS (2002). "ENVEJECIMIENTO ACTIVO: UN MARCO político", *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37 (2), pp. 74-105.

PÉREZ SERRANO, G. (coord.) (2004). *Calidad de vida en personas mayores*. Madrid: Dykinson.

PRIETO, D., *et al.* (2009). *Las dimensiones subjetivas del envejecimiento*. Madrid: Imsero.

QUEROL, V. (2011). *Las generaciones que llegaron tarde. Análisis de las prácticas sociales de los mayores en el ciberespacio*. Barcelona: Editorial UOC.

RAMÍREZ PINO, R. (2008). *¿Dónde estás...? El teléfono móvil y la vida cotidiana. Análisis del caso de las personas mayores en la ciudad de Barcelona* (tesis doctoral). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad.

SAYAGO, S. (2009). "Older people and ICT: towards understanding real-life usability and experiences created in everyday interactions with interactive technologies", en Stephanidis, C. (ed.). *Universal Access in Human-Computer Interaction, Part I*, HCII 2009, LNCS 5614, p. 154.

SCOTT, J. W. (1990). "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en Amelang, J. S.; Nash, M. (eds.) *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Edicions Alfons el Magnànim, Institución Valenciana de Estudios e Investigación.

SEGUÍ DOLZ, (2006). *Jóvenes en cibercafés: la dimensión física del futuro virtual*. Barcelona: Editorial UOC.

TEZANOS, J. F. (2004). *La sociedad dividida. Estructura de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

TODMAN, J. (2000). "Gender Differences in Computer Anxiety among University Entrants since 1992", *Computers & Education*, 34 (1).

VERGÉS, N.; CRUELLES, E.; HACHE, A. (2009). "Retos y potencialidades de las mujeres en la participación de la sociedad de la información". *Feminismo/s*, 14, pp. 163-182.

VILLAR, F.; TRIADÓ, C. (2006). *El estudio del ciclo vital a partir de historias de vida: Una propuesta práctica*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

WOLTON, D. (2004). *La otra mundialización: Los desafíos de la cohabitación cultural global*. Barcelona: Gedisa.

Marzo 2020

Palabras clave: soledad no deseada, envejecimiento, factores de riesgo, salud, programas de intervención

La soledad en personas mayores: cómo hacerle frente desde su complejidad²⁹

Montserrat Celdrán³⁰ y Regina Martínez³¹

“La soledad no tiene edad, explorando vivencias multigeneracionales” es el primer estudio publicado por el Observatorio de la Soledad. El observatorio nace como iniciativa de la Fundación Amics de la Gent Gran para crear un foro de conocimiento y unos espacios de reflexión en torno a la soledad no deseada, especialmente, la soledad que afecta a las personas mayores. Este primer estudio tiene como objetivo explorar las vivencias de diferentes personas que, en su momento vital (adolescencia, adultos jóvenes, adultez y vejez), hayan podido sentirse solas, qué estrategias de afrontamiento utilizan cuando tienen ese sentimiento y qué acciones se podrían llevar a cabo para poder intervenir en la soledad no deseada. En este documento destacaremos algunos de los elementos del estudio que se refieren a la soledad no deseada en procesos de envejecimiento y las acciones y los programas para hacerle frente que se hacen en la ciudad de Barcelona.

1. La soledad en el envejecimiento

Desafortunadamente, hablar de soledad está de moda. Cada vez más, los medios de comunicación se hacen eco de las importantes consecuencias que tiene la soledad en la sociedad, muchas veces con finales poco deseables (por ejemplo, el alto número de actuaciones por parte del cuerpo de bomberos a la hora de abrir un domicilio donde se ha encontrado muerta a una persona mayor, sin que ningún vecino o familiar hubiera alertado durante semanas, o incluso, en algún caso, años, de la ausencia de esa persona). La falta de relaciones significativas altera la calidad de vida de las personas y las posibilidades de recibir apoyo, así como los sentimientos de pertenencia y utilidad dentro de la comunidad. Una problemática que no solo afecta a las personas mayores, pero que les supone importantes consecuencias respecto a su salud física y psicológica.

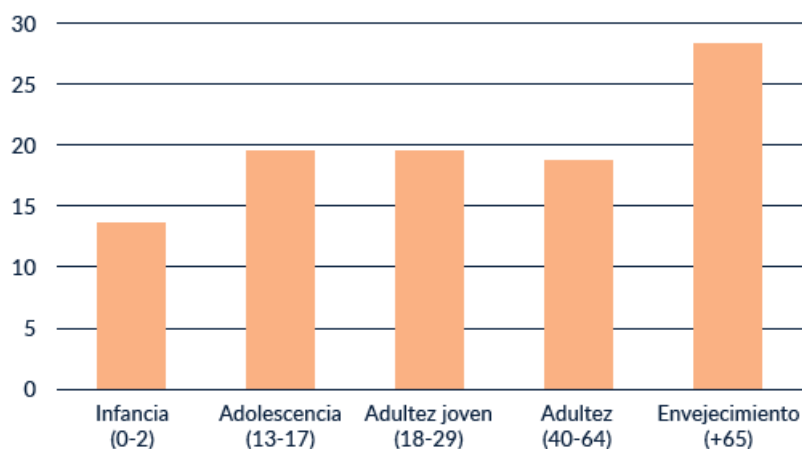
29. Este artículo se ha elaborado a partir de las principales conclusiones del estudio “La soledad no tiene edad, explorando vivencias multigeneracionales, del Observatorio de la Soledad. Se puede consultar el informe en https://amicsdelagentgran.org/es/la_soledad_no_tiene_edad

30. Patrona de la Fundación Amics de la Gent Gran. Profesora e investigadora en psicogerontología, Facultad de Psicología (Universidad de Barcelona). mceldran@ub.edu

31. Psicóloga. Coordinadora del Observatorio de la Soledad. rmartinez@amicsdelagentgran.org

En el mismo sentido, la investigación sobre esta soledad no deseada también ha ido en aumento y se ha centrado especialmente en las personas mayores (gráfico 1), aunque la soledad puede estar presente a lo largo de todo el ciclo vital. De hecho, esta perspectiva de ciclo vital es esencial cuando intentamos entender la soledad en las personas mayores. Preguntas como “¿En qué momento de la vida de la persona empezó ese sentimiento de soledad?” o “¿Cómo le ha hecho frente en otras etapas de su vida?” se intuyen como cruciales para entender la complejidad de la soledad.

Gráfico 1. Porcentaje de publicaciones en la base de datos científica Psycinfo con la palabra clave soledad (*loneliness*) según la edad de los participantes del estudio



Fuente: Elaboración propia.

Así, algunos estudios longitudinales han asociado la soledad no deseada en una etapa concreta de la vida de la persona, como la infancia, con consecuencias negativas en su salud una vez que llega a la adolescencia —por ejemplo, mayor presencia de síntomas depresivos— (Qualter, Brown, Munn y Rotenberg, 2010); o la soledad en la adolescencia, con problemas de salud en la adultez joven (Goosby, Bellatorre, Walsemann y Cheadle, 2013).

De forma similar, en la misma concepción del proceso de envejecimiento es esencial observar qué elementos o factores llevan a una persona a poder entrar en una situación de soledad no deseada a medida que envejece. En este sentido, encontramos abundante literatura sobre los factores de riesgo que pueden derivar en que la persona mayor experimente de manera crónica sentimientos de soledad no deseada (tabla 1).

Tabla 1. Factores de riesgo para sufrir soledad no deseada

Factor de riesgo	Ejemplos
Cambios en la red de apoyo social	Viudedad Muerte de amigos o de personas próximas Jubilación Cambio de domicilio/ciudad Ser cuidador
Factores de personalidad/estrategias de afrontamiento	Niveles altos de neuroticismo Niveles bajos de responsabilidad como rasgo de personalidad Estrategias de afrontamiento no efectivas, como la rumiación o la resignación
Aspectos estructurales	Problemas estructurales en el edificio o en el hogar Falta de transporte adaptado Gentrificación
Problemas de salud	Problemas de movilidad Mala salud Pérdida visual o auditiva Pérdida cognitiva
Ciclo de vida	Desigualdades acumuladas a lo largo de la vida que predisponen a más aislamiento social

Fuente: Elaboración propia a partir de Cohen-Mansfield, Hazan, Lerman y Shalom (2016), Pinazo y Donio-Bellegarde (2018) y Warburton y Lui (2007).

En un estudio longitudinal de 28 años de seguimiento, de las personas de entre 60 y 86 años que en el momento inicial de la investigación manifestaban no sentirse solas, un tercio desarrolló sentimientos de soledad no deseada a largo plazo. Entre los factores que se relacionan con la aparición de la soledad se encuentran haber perdido al compañero o la compañera sentimental, una reducción en las actividades sociales, el incremento de las dificultades físicas y el aumento de los sentimientos de inutilidad, nerviosismo o estado de ánimo más bajo, si se comparaba con el momento inicial del estudio (Aartsen y Jylhä, 2011). Asimismo, en otro estudio longitudinal también podemos encontrar personas mayores que pueden salir de situaciones de soledad no deseada, en la que elementos como una buena salud autopercebida, una mejora en la frecuencia de actividades de socialización y menos estrés en las relaciones familiares se asociaban con esta disminución de la soledad (Hawkey y Kocherginsky, 2018).

No obstante, no todos los estudios conceptualizan y miden la soledad del mismo modo. La literatura normalmente asocia la soledad con un sentimiento que proviene de la discrepancia entre las relaciones que tenemos y las que desearíamos (Gierveld, 1987). Dos de las medidas más habituales para evaluar la soledad, como la escala de soledad UCLA (Russell, Peplau y Ferguson, 1978) y la escala de soledad de Jong-Gierveld (DJGLS) (Jong-Gierveld y Kamphuls, 1985), también siguen esta línea conceptual de entender la soledad como subjetiva y no deseada. No obstante, para las personas es difícil reconocer la soledad, sobre todo si, además, la persona no está sola (por lo tanto, si soledad objetiva y subjetiva no van juntas), así como por las connotaciones negativas que habitualmente la sociedad atribuye a la soledad (por ejemplo, que sea culpa de la persona mayor o que esta tenga alguna característica de la personalidad que haya provocado que se haya quedado sola).

Por lo tanto, sería preciso diferenciar entre el componente objetivo de la soledad (“estoy solo”) y el componente subjetivo (“me siento solo”), pero, además, distinguir también la valoración positiva o negativa que la persona haga de esa soledad. Hay momentos vitales en los que las personas pueden necesitar sentirse solas o quieren sentirse solas, y esa necesidad positiva de la soledad también debería preverse (esquema 1). La soledad deseada no está muy estudiada, pero también es un sentimiento importante en el desarrollo personal, ya que, a veces, para conseguir alguna nueva competencia, ser creativos en una tarea o ser autónomos a la hora de tomar una decisión, es necesario poder tener un espacio propio para abstraerse y estar con uno mismo o una misma. No obstante, no es habitual que las personas mayores mencionen esa soledad deseada (Hauge y Kirkevold, 2010).

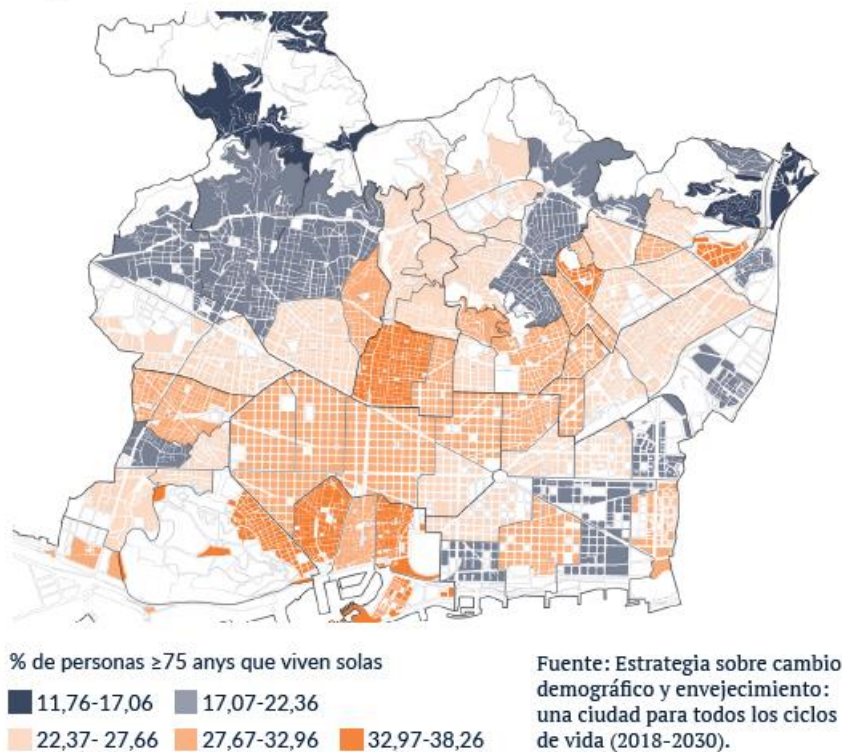
Esquema 1. Conceptualització entre soledat objectiva i subjectiva



Fuente: Elaboración propia.

Si observamos los datos sobre estos tipos de soledades en nuestro territorio, en relación con la soledad objetiva, en Barcelona indican que sigue la misma tendencia que otras ciudades europeas en relación con el envejecimiento de su población. También se advierte que muchas personas mayores, sobre todo a partir de 75-80 años, viven solas y que la distribución de esa soledad es desigual según los diferentes distritos y barrios de la ciudad (figura 1).

Figura 1. Porcentaje de personas ≥ 75 años que viven solas, con respecto a la población total. Barcelona



Los datos son más heterogéneos si entramos a valorar el sentimiento de soledad en las personas mayores. Así, mientras los datos en el ámbito poblacional europeo sitúan el sentimiento de soledad en las personas de más de 65 años en el 12% (es más alto en mujeres mayores que en hombres) (Fernández, Abellán y Ayala, 2018), otras encuestas lo elevan hasta el 39,8% de la población mayor (La Caixa, 2019). En el mismo estudio de

Fernández *et al.* (2018) encuentran una relación entre vivir en un hogar unipersonal y un nivel más alto de percepción de soledad no deseada. Los datos de entidades como Amics de la Gent Gran resaltan que 1.758 personas mayores que acompañan se encuentran en situaciones de soledad no deseada, de las cuales un 64% viven en la ciudad de Barcelona. La media de edad es de 87 años, y el 84% son mujeres y solo un 16% hombres (Amics de la Gent Gran, 2019).

La importancia de actuar frente a la soledad no deseada se plasma en las consecuencias en la salud física y psicológica que tiene para la persona mayor. De hecho, hay autores como Walsh, Scharf y Keating (2017) que entienden esa falta de buenas relaciones sociales como una de las seis dimensiones de la exclusión social en el envejecimiento, además de 1) vecindad y comunidad, 2) servicios y movilidad, 3) recursos materiales y económicos, 4) aspectos socioculturales y 5) la participación cívica. A largo plazo, una soledad subjetiva crónica y no deseada trae consecuencias como una peor salud física tanto objetiva como subjetiva, un aumento de la morbilidad y mortalidad y un factor de riesgo para desarrollar un deterioro cognitivo, así como una merma de la autoestima y del sentido de identidad de la persona mayor (Courtin y Knapp, 2017; Hawkey y Cacioppo, 2010).

Con la misión de hacer frente al sentimiento de soledad no deseada y a sus consecuencias en el bienestar y la salud de la persona mayor, en 1987 nació la Fundación Amics de la Gent Gran, bajo la guía de la fundación francesa Les Petits Frères des Pauvres. Además de la mejora continua en sus programas de acción social, en los proyectos de sensibilización, formación y participación de los voluntarios, la entidad quiso dar un paso adelante en el 2018 y creó el Observatorio de la Soledad³² con el objetivo de generar y compartir nuevos conocimientos en torno a la complejidad del abordaje de la soledad no deseada en las personas mayores. La publicación “La soledad no tiene edad, explorando vivencias multigeneracionales”, sobre la que gira este artículo, es uno de los primeros frutos de este observatorio.

2. Metodología

Para esta publicación se crearon cuatro grupos de discusión en los que participaron personas de un rango de edad determinado (tabla 2), ya que el objetivo era poder compartir experiencias que, por el momento vital que estaban viviendo (la adolescencia), podrían tener en común el sentimiento de soledad no deseada. Cada grupo de discusión siguió la misma secuencia de cuatro bloques temáticos: 1) su propia vivencia de la soledad, 2) estrategias de afrontamiento hacia la soledad 3) percepción de la soledad hacia las personas mayores y 4) propuestas de acción.

Tabla 2. Resumen de la metodología cualitativa del estudio sobre soledad

Moderación grupal Metaplan® o tormenta de ideas estructurada	4 grupos de discusión	Adolescentes (de 16 a 18 años)	Adultos jóvenes (de 19 a 35 años)	Adultos (de 36 a 65 años)	Adultos mayores (de 65 años o más)
	Guion por bloques temáticos sobre soledad y...	1) vivencia, 2) estrategias de afrontamiento, 3) percepción en otras generaciones y 4) propuestas de acción			
Investigación bibliográfica, análisis de resultados y discusión					

Personas de la sociedad civil a título individual y miembros del Casal de Personas Mayores de Ciutat Vella, el Grupo Àgata (Asociación Catalana de Mujeres Afectadas de Cáncer de Mama), la Fundación Roure, Sarau Asociación de Ocio Inclusivo y la Fundación Amics de la Gent Gran.

32. https://amicsdelagentgran.org/es/observatorio_soledad

3. Principales conclusiones

3.1 La soledad no tiene edad

El sentimiento de soledad está presente durante toda la vida y se relaciona con la necesidad que tenemos como seres humanos de relacionarnos, de tener un vínculo, un apego importante con personas significativas que puedan garantizar nuestras necesidades de pertenencia, estima, reconocimiento, etcétera (tabla 3).

Tabla 3. Elementos de soledad a lo largo del ciclo vital

	Infancia	Adolescencia	Adulthood joven	Adulthood Intermedia	Adulthood tardía
En esta etapa...	Consecución de habilidades y necesidades esenciales para el desarrollo	Posiblemente el periodo en que la soledad deseada tenga un papel más importante	Proceso de construcción de un proyecto vital	Afrontamiento de demandas que pueden venir de los diferentes roles adquiridos	La soledad no deseada en personas mayores se convierte en la más estudiada
Elementos específicos...	Apego	Grupo de iguales	Pareja	Ser cuidador o cuidadora	Pérdida de la red social
	Niños de la llave ¹	Singularidad difíciles	Soledad y momentos	Maternidad	Reflexión sobre los cambios sociales
	Importancia del juego	Acoso escolar	Culpabilización	Nido vacío	Nuevas tecnologías
		Redes sociales			Expectativas

Fuente: Elaboración propia

1. "Niños de la llave" fue un término utilizado para referirse a aquellos niños y niñas que salían de la escuela con la llave de su casa colgada al cuello porque nadie los esperaba en su casa.

El grupo de discusión formado por las personas de mayor edad fue el único que no mencionó la soledad como deseada o buscada, cuando, tanto en los adolescentes como los adultos, sí que se veía la necesidad de sentirse solo de manera positiva. Mientras que el adolescente buscaba una soledad deseada asociada a la necesidad vital de buscarse a sí mismo, en la adultez la persona considera la soledad como un privilegio, sobre todo si tenía que cuidar de otras personas o tenía fuertes cargas laborales o familiares.

3.2 Diversidad en las formas de afrontamiento

En los grupos de discusión se plantearon diferentes acciones que cada persona podía efectuar para afrontar, mitigar o eliminar un sentimiento de soledad no deseada. Cabe decir que el uso de una estrategia no significa que esta sea realmente efectiva, pero es importante conocer qué puede hacer una persona de forma espontánea cuando se encuentra en una situación de soledad no deseada (tabla 4).

Tabla 4. Formas de afrontamiento de la soledad no deseada

Esfera	Tipo	Descripción	Aportación de los grupos de discusión
INDIVIDUAL relacionadas con...	El pensar	Estrategias de carácter más cognitivo y emocional, centradas en la parte interna del individuo	"Gritar y llorar" "No reprimir la soledad" "Hay que desestigmatizarla" "Tener una actitud abierta"
	El hacer	Se sitúan más en la acción; ponen el acento en la conducta o el manejo visible del problema	"Recurrir a vídeos de Youtube" "Recursos de entretenimiento al alcance" "Pedir ayuda" "Llevar a cabo nuevas actividades"
SOCIAL de tipo...	Formal	Se dan dentro de una estructura funcional, en una organización o institución	"Protocolos escolares" "Hacer actividades asociativas" "Creación de grupos de ayuda" "Llevar a cabo acciones de voluntariado"
	Informal	Se dan de manera espontánea, en un contexto no institucional	"Relacionarse con gente similar" "Contacto con antiguas amistades" "Tener una familia bien avenida" "Socializar con personas diversas"

Fuente: Elaboración propia.

De las respuestas analizadas, destaca que las personas mayores del grupo de discusión:

- Remarcaron más las estrategias centradas en pensar y utilizar mecanismos cognitivos y actitudinales para hacer frente a la situación de soledad.
- Resaltaban la importancia de que las personas mayores no pierdan su autonomía a la hora de poder decidir el tipo de relaciones que quieren. Las acciones paternalistas, en las que los y las profesionales o los familiares acaban tomando decisiones sobre la vida cotidiana de la persona mayor, aunque siempre sea desde la perspectiva de hacer lo que es mejor para esta, vulneraría el principio de autonomía de la persona para tomar sus propias decisiones (Cicirelli, 1992).
- A veces, tanto los jóvenes como las personas mayores hablaban de las mismas acciones de afrontamiento en el área de hacer (entretenimiento o distracciones), pero lo que variaba era el formato que utilizaban. Por ejemplo, mientras que los adolescentes hablan de ver vídeos de *influencers* a través de plataformas como Youtube, las personas mayores buscan esa “compañía” a través de la radio.
- En el ámbito formal, destacan la utilidad de los diferentes equipamientos que las ciudades como Barcelona tienen para que las personas se puedan relacionar, como, por ejemplo, los centros de personas mayores, los centros cívicos o las bibliotecas. También remarcan las acciones que la misma persona mayor puede hacer como voluntario o en una entidad a escala comunitaria.
- Finalmente, como acciones informales, las personas mayores hablan de poder diversificar sus relaciones sociales, así como salir y hacer actividades culturales. Las personas mayores fueron el grupo de discusión que mencionó menos a la familia como recurso de relaciones informales para mitigar los sentimientos de soledad.

3.3 Propuestas de acción

Se llevó a cabo un vaciado temático de las diferentes propuestas de acción que surgieron en los grupos de discusión. Es interesante destacar como, en muchos casos, se hablaba de crear algún tipo de servicio o programa, sin mencionar ninguno en concreto de los que ya podía haber (como, por ejemplo, viviendas intergeneracionales). Este hecho puede indicar que es necesario dar más visibilidad del mapa de recursos actualmente disponibles para hacer frente a situaciones de soledad no deseada. En el esquema 2 pueden verse, del nivel más macro al más micro (más próximo a la persona mayor), las cuatro grandes acciones propuestas por los grupos de discusión.

Esquema 2. Propuestas de acción para hacer frente a la soledad no deseada



Fuente: Elaboración propia.

No obstante, las propuestas más mencionadas están relacionadas con el ámbito de la ciudad y las relaciones sociales que se experimentan en las comunidades, con la vecindad o en el hogar. Sorprende también que en el grupo de discusión de personas mayores no se mencionara ninguna acción en la línea de sensibilizar a la población sobre la problemática de la soledad no deseada. En la tabla 5 se ponen ejemplos de cada una de estas áreas de acción y se indican programas o acciones ya existentes en la ciudad de Barcelona.

Tabla 5. Acciones y programas para hacer frente a la soledad de las personas mayores

1. Sensibilización y educación sobre la soledad	
Sensibilizar al conjunto de la población sobre el fenómeno de la soledad no deseada	“Soy mayor, ¿y qué?”, una iniciativa para desmontar estereotipos sobre las personas mayores “Rosas contra el olvido” (Amics de la Gent Gran)
Introducir en el currículum escolar contenidos y metodologías para promover valores de solidaridad y respeto	Centro promotor de APS (aprendizaje y servicio)
2 Promoción de políticas públicas	
Aumentar los recursos públicos, económicos y profesionales que se destinan a las personas mayores	Servicios, investigación, renta mínima garantizada
Promover la conciliación entre los cuidados y la vida laboral, así como la necesidad de cuidar al cuidador o la cuidadora	Unidades de respiro Espacio Barcelona Cuida
Dotar de más apoyo y acompañamiento a las entidades del tercer sector que trabajan con personas mayores	Trabajo en red, servicios de vigilancia y detección de la soledad no deseada
3 Vivienda, convivencia y relaciones sociales	
Crear viviendas o barrios/comunidades para personas mayores	Viviendas con servicios, Sostre Cívic, Fundació Llars Compartides
Fomentar las viviendas intergeneracionales	“Vivir y convivir” (Fundación Roure)
Servicios residenciales que fomenten las relaciones intergeneracionales y se adapten a las preferencias	Acompañamiento en residencias (Amics de la Gent Gran), Resivol (Cáritas)
Incrementar los espacios de convivencia que promuevan la corresponsabilidad y la ayuda mutua	Radars, Vincles
Ciudades más amigables con las personas mayores	Red de Ciudades Amigables
4 Fomento de la participación	
Crear mecanismos para garantizar el protagonismo de las personas mayores en las medidas y los ámbitos que les afectan, así como facilitar la comunicación entre las personas mayores y las administraciones públicas	Consejo Asesor de las Personas Mayores de Barcelona, Consejo de las Personas Mayores de Cataluña
Facilitar e impulsar actividades significativas para las personas mayores	FATEC (Federación de Asociaciones de Personas Mayores de Cataluña)
Participación intergeneracional para no perder el capital social que supone el conocimiento y los valores de las personas mayores	SECOT
Proporcionar actividades de ocio a domicilio para las personas mayores con problemas de movilidad	Tertulias a domicilio (Amics de la Gent Gran), “Bajemos a la calle” (Plan comunitario del Poble Sec)

Fuente: Elaboración propia.

4. A modo de reflexión

La publicación “La soledad no té edat. Explorant vivències multigeneracionals” supone un punto de inflexión para la trayectoria de más de treinta años de la Fundación Amics de la Gent Gran en su trabajo social para hacer frente a la soledad no deseada. Poder generar conocimiento y compartir sinergias con otras entidades nos permite seguir creciendo y adaptándonos a las nuevas necesidades de una población cada vez más envejecida, pero, a la vez, más diversa en sus características personales, sociales y culturales. La soledad no solo nos afecta a todas y a todos en algún momento de nuestra vida, sino que, además, cómo nos enfrentamos a ella en cada momento influirá en nuestra mochila emocional y en nuestras habilidades sociales para afrontar los diferentes retos que implica nuestro proceso de envejecimiento. La mirada más transversal realizada en este estudio también nos permite plantearnos cómo vivirán la soledad las personas que en la actualidad tienen 50-60 años y que, muchas veces, están asumiendo roles de cuidado hacia otros familiares dependientes, un hecho que no solo pasa factura en la actualidad (por la sobrecarga que supone tener que cuidar sin el apoyo necesario del entorno), sino también en el futuro (Serrano *et al.*, 2018). Estudios sobre este segmento de población en nuestro entorno cultural (Rodríguez *et al.*, 2013) apuntan que llega una generación que envejecerá con unos niveles más altos de estudios obligatorios, que utilizan más las TIC y con otras expectativas en relación con su autonomía a la hora de tomar decisiones o sobre cuál debe ser su papel en la sociedad y en las comunidades. Algunos de los retos que implicará hacer frente a la soledad en las personas mayores quedan resumidos en la tabla 6.

Tabla 6 Reflexiones finales a raíz del estudio sobre soledad a lo largo de la vida

Expectativas y soledad no deseada	Cuidados y apoyo familiar	Aprendizajes multigeneracionales y estereotipos
Factores generacionales y culturales	La familia como proveedora de ayuda	Combatir estereotipos
Sociedades mediterráneas y familia	Los cambios socioeconómicos refuerzan tensiones	Estrategias de afrontamiento preferidas a la hora de diseñar programas
Mejorar la realidad y modificar o ajustar expectativas	Las personas mayores son los testigos del cambio	Significados similares de la soledad
Efectos de los discursos que construimos	Valorar el cuidado de calidad Favorecer la prevención	

Fuente: Elaboración pròpia

Expectativas y soledad no deseada: La sociedad y la ciudad de Barcelona está cambiando vertiginosamente. La manera como tejemos las relaciones en las comunidades y en los barrios de la ciudad tiene una fuerte vinculación con cómo las personas se relacionan y, por lo tanto, cómo pueden combatir los sentimientos de soledad no deseada. Además, los cambios en las configuraciones familiares y el aumento de determinados valores como el individualismo son importantes a la hora de hacer políticas sociales que ayuden a construir un buen tejido de relaciones sociales a lo largo de la vida, especialmente durante el envejecimiento.

Cuidados y apoyo familiar: El apoyo familiar y los cuidados de las personas mayores se han visto relacionados con sentimientos de soledad y riesgo de aislamiento social, no solo de la persona cuidadora, sino también de la persona mayor. Cuidar a la principal persona cuidadora (no solo con grupos de apoyo o programas para que pueda cuidar mejor, sino también para que no olvide otras esferas de su vida y para que no pierda relaciones sociales importantes) es un objetivo de intervención que hay que destacar (Kovaleva, Spangler, Clevenger y Hepburn, 2018). Además, en muchas ocasiones no se tienen en cuenta los sentimientos de soledad no deseada que pueden experimentar las personas cuidadas, sobre todo en casos de demencia, lo que plantea nuevas oportunidades de acción social en el acompañamiento de personas mayores con demencia, especialmente en los estadios iniciales de la enfermedad (Balouch, Rifaat, Chen y Tabet, 2019).

Aprendizajes multigeneracionales y estereotipos: Para acabar, este primer estudio del observatorio nos ha permitido ver las similitudes que hay entre las formas de soledad que aparecen a lo largo de la vida y la manera como las personas se enfrentan a ellas. Esto puede abrir puertas a plantear formas multigeneracionales de afrontar el problema de la soledad no deseada que, a la vez, ayuden a combatir los estereotipos, normalmente negativos, asociados al envejecimiento. Programas de vivienda intergeneracional, espacios de cultura y trabajo intergeneracionales y la educación intergeneracional son formas de intercambio entre personas de diferentes edades que pueden ayudar a innovar en el trabajo comunitario y educativo a lo largo de la vida.

Bibliografía

AARTSEN, MARJA; JYLHÄ, MARJA. "Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study". *European journal of ageing*. Vol. 8 (2011), n.º 1, pp. 31-38.

AMICS DE LA GENT GRAN. *Memòria 2018* [en línea]. 2019.
<https://amicsdelagentgran.org/ca/descargables_biblioteca#memorias> [Consulta: 4 de noviembre de 2019].

BALOUCH, SARA, *et al.* "Social networks and loneliness in people with Alzheimer's dementia". *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Vol. 34 (2019), n.º 5, pp. 666-673.

CICIRELLI, VICTOR G. *Family caregiving: Autonomous and paternalistic decision making*. Sage Publications, Inc, 1992.

COHEN-MANSFIELD, JISKA, *et al.* "Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights". *International Psychogeriatrics*. Vol. 28 (2016), n.º 4, pp. 557-576.

COURTIN, EMILIE; KNAPP, MARTIN. "Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review". *Health & Social Care in the Community*. Vol. 25 (2017), n.º 3, pp. 799-812.

JONG-GIERVELD, JENNY DE. "Developing and testing a model of loneliness". *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 53 (1987), n.º 1, p. 119.

JONG-GIERVELD, JENNY DE; KAMPHULS, FRANS. "The development of a Rasch-type loneliness scale". *Applied Psychological Measurement*. Vol. 9 (1985), n.º 3, pp. 289-299.

FERNÁNDEZ, ISABEL; ABELLÁN, ANTONIO; AYALA, ALBA. ...*Sentirse solo. Envejecimiento en Red* [en línea]. 2018. <<http://envejecimientoenred.es/sentirse-solos/>> [Consulta: 4 de noviembre de 2019].

GOOSBY, BRIDGET J., *et al.* "Adolescent loneliness and health in early adulthood". *Sociological Inquiry*. Vol. 83 (2013), n.º 4, pp. 505-536.

HAUGE, SOLVEIG; KIRKEVOLD, MARIT. "'Older Norwegians' understanding of loneliness". *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. Vol. 5 (2010), n.º 1, p. 4654.

HAWKLEY, LOUISE C.; CACIOPPO, JOHN T. "Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms". *Annals of Behavioral Medicine*. Vol. 40 (2010), n.º 2, pp. 218-227.

HAWKLEY, LOUISE C.; KOCHERGINSKY, MASHA. "Transitions in loneliness among older adults: A 5-year follow-up in the National Social Life, Health, and Aging Project". *Research on Aging*. Vol. 40 (2018), n.º 4, pp. 365-387.

KOVALEVA, MARIYA, *et al.* "Chronic stress, social isolation, and perceived loneliness in dementia caregivers". *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. Vol. 56 (2018), n.º 10, pp. 36-43.

LA CAIXA. *Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores* [en línea]. 2019. <https://premsa.lacaixa.es/obrasocial/enquesta-la-caixa-sobre-la-soledat-cat_816-c-29493_.html> [Consulta: 4 de noviembre de 2019].

MARTÍNEZ, REGINA; CELDRÁN, MONTSERRAT. *La soledad no tiene edad, explorando vivencias multigeneracionales*. Barcelona: Observatorio de la Soledad. Fundación Privada Amics de la Gent Gran, 2019.

PINAZO, SACRAMENTO; DONIO-BELLEGARDE, MONICA. *La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. Madrid: Fundación Pílares, 2018.

QUALTER, PAMELA, *et al.* "Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: an 8-year longitudinal study". *European Child & Adolescent Psychiatry*. Vol. 19 (2010), n.º 6, p. 493-501.

RODRÍGUEZ, G., *et al.* *Las personas mayores que vienen. Autonomía, solidaridad y participación social*. Madrid: Fundación Pílares, 2013.

RUSSELL, DAN; PEPLAU, LETITIA ANNE; FERGUSON, MARY LUND. "Developing a measure of loneliness". *Journal of Personality Assessment*. Vol. 42 (1978), n.º 3, pp. 290-294.

SERRANO Garijo, P., *et al.* "Situación de las personas mayores cuidadoras usuarias del programa «Cuidar al cuidador» tras la pérdida de la persona cuidada". *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. Vol. 53 (2018), p. 171.

WALSH, KIERAN; SCHARF, THOMAS; KEATING, NORAH. "Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework". *European Journal of Ageing*. Vol. 14 (2017), n.º 1, pp. 81-98.

WARBURTON, Jeni; Lui, Chi-Wai. *Social isolation and loneliness in older people: A literature review*. Queensland: Australasian Centre on Ageing, 2007.



Experiencias

Marzo 2020

Palabras clave: personas mayores,
aislamiento, barreras arquitectónicas,
salud comunitaria

“Baixem al carrer” [Bajamos a la calle]: diez años trabajando para mejorar la salud de las personas aisladas por barreras arquitectónicas

Pilar Ramos³³, Ferran Daban³³, Irene García³³, Olga Juárez³³, Elia Díez³³, Esther Andrés³⁴, Pilar Solanes³⁴ y Victoria Porthé³⁵

El programa “Bajamos a la calle” pretende reducir la soledad y el aislamiento y mejorar la calidad de vida, la salud mental y el estado de salud física de las personas mayores con dificultades para salir de casa debido a barreras arquitectónicas. Ofrece a estas personas la posibilidad de salir de casa y recuperar la vida social mediante la ayuda del voluntariado y de un salvaescaleras y, a escala comunitaria, de incrementar la red social, la relación vecinal y la participación ciudadana. La intervención se diseñó comunitariamente en el 2009 en el marco del programa “Barcelona, salud en los barrios” en el Poble Sec, y en los últimos años se ha extendido a toda la ciudad. Este artículo presenta, en primer lugar, el desarrollo y la evaluación del programa en el periodo 2009-2015, y a continuación la situación en el 2019. Los resultados del primer periodo muestran la mejora del estado de salud y la calidad de vida de las personas usuarias tras seis meses de participación en el programa. Después de una extensión progresiva, en el 2019 “Bajamos a la calle” se implementa en toda la ciudad con financiación municipal mediante tres proveedores. En el 2019, se ha atendido a 279 personas de 38 barrios de la ciudad, que han hecho un total de 4.031 salidas a la calle. Los retos actuales son consolidar su extensión, garantizar la atención a todas las personas que lo necesiten y profundizar en la calidad de la prestación.

Introducción

El aislamiento social y la soledad, definida como la experiencia subjetiva de la ausencia o la pérdida involuntaria de compañía (Dickens, 2011), empeoran la calidad de vida y aumentan la mortalidad en las personas mayores (Hand, 2017; Singh, 2009). Muchas personas mayores se sienten solas porque han perdido a su pareja o a otras personas queridas (Dahlberg, 2014), y su soledad se agrava cuando experimentan dificultades con respecto a la movilidad, porque chocan con barreras arquitectónicas que les impiden salir

33. Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB).

34. Departamento de Salud del Ayuntamiento de Barcelona.

35. CIBERESP.

de casa y relacionarse con el entorno (Gené-Badia, 2019). Está bien documentado el efecto positivo de la participación y el apoyo social en la salud, en el bienestar y la esperanza de vida de las personas mayores (Wilkins, 2006). La participación en actividades sociales o de ocio y la interacción con familiares y amistades mejora la función de razonamiento y es una fuente de apoyo emocional (Hsu, 2007; Gleib *et al.*, 2005). Las personas que mantienen relaciones sociales y se implican activamente en la vida son más felices, tienen mejor estado de salud física y mental y más capacidad para afrontar los cambios y las transiciones vitales (Pool, 2017, Niedzwiedz, 2016, Cattani, 2005).

“Barcelona, salud en los barrios” (BSaB, por sus siglas en catalán) es un programa de salud comunitaria iniciado en el 2007 por la Agencia de Salud Pública de Barcelona en colaboración con el Consorcio Sanitario de Barcelona y de los Distritos, con el objetivo de reducir las desigualdades en salud entre barrios (Fuertes, 2012; Díez, 2012). En estos doce años, una necesidad priorizada con frecuencia con respecto a la población en los barrios intervenidos ha sido combatir la soledad y el aislamiento social de las personas mayores asociadas a las barreras arquitectónicas. Los datos muestran que en Barcelona, en el 2018, el 21,6% de la ciudadanía tenía más de 65 años, y el 25,6% de estas personas vivían solas. El mismo año, un 31,6% de los edificios de Barcelona no tenían ascensor, y el porcentaje era superior en los barrios con peores indicadores económicos y sociales.

En el 2009, en el marco del programa BSaB en el barrio del Poble Sec, el diagnóstico comunitario señaló la existencia de personas sin contacto con el entorno porque vivían en edificios sin ascensor. Este hecho, junto con el conocimiento del riesgo de deterioro psíquico y físico de las personas aisladas y de la mejora de la salud que produce la interacción social, motivaron que el Plan de desarrollo comunitario del barrio y la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), junto con el CAP y otros agentes del grupo motor de salud del barrio, desarrollaran y pilotaran la intervención “Bajamos a la calle” (antes denominada “Súbeme, bájame”). La intervención ayudó a fortalecer la red comunitaria del barrio porque respondió a una necesidad identificada por profesionales, agentes comunitarios y vecinos y vecinas. Y dos años después se extendió de forma piloto en el barrio de Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera y en los tres barrios de la Zona Nord: Ciutat Meridiana, Torre Baró y Vallbona. La evaluación de la prueba piloto mostró una mejora en varios indicadores de salud de las personas participantes (Díez *et al.*, 2014), y dio pie, a partir del 2013, a la extensión gradual del programa a otras zonas.

Los objetivos de este artículo son, en primer lugar, describir el programa y sus resultados con respecto a la salud en la primera fase de implementación (2009-2015) y, en segundo lugar, describir la situación actual en la fase de extensión en toda la ciudad, haciendo una breve descripción del perfil de las personas participantes y de los retos de futuro.

Desarrollo y evaluación del programa “Bajamos a la calle” (2009-2015)

En este apartado se presenta el programa y sus objetivos, criterios de inclusión, actividades y resultados de la evaluación del periodo 2009-2015. El objetivo del programa “Bajamos a la calle” era reducir la soledad y el aislamiento y mejorar la calidad de vida, la salud mental y el estado de salud general de las personas mayores con dificultades para salir de casa por las barreras arquitectónicas, y ofrecerles la posibilidad de recuperar su vida social. También se dirigía a las personas que, aunque pueden salir de casa porque viven en una planta baja, viven una situación de aislamiento social por dificultades de movilidad en la calle. Como objetivos específicos, “Bajamos a la calle” pretendía incrementar la red social y la relación vecinal de las personas mayores aisladas y fomentar el voluntariado y la participación ciudadana.

El programa se dirigía a las personas mayores de 65 años que se encontraban en una situación de aislamiento social y soledad no deseada, tanto por barreras arquitectónicas y por escaleras o peldaños en el edificio que les impiden salir a la calle como por dificultades de movilidad. Los criterios de inclusión en este periodo eran el hecho de estar tres o más meses sin salir de casa y no sufrir una patología aguda. Los criterios de exclusión eran: a) vivir en un edificio con escaleras que no permitieran el uso del salvaescaleras y en los que no se podía utilizar una silla de ambulancia (por la escalera, por obesidad, etc.), b) sufrir un déficit cognitivo o demencia severa con dificultades para relacionarse, c) el equipo sanitario desaconseja la salida por motivos de salud y d) personas encamadas. La detección de las personas participantes la llevaban a cabo los equipos de atención primaria, los equipos de servicios sociales y los agentes comunitarios que formaban parte de las mesas comunitarias del barrio. Una vez detectadas, el equipo proveedor estudiaba la viabilidad de la solución y ofrecía, si era factible, las salidas. Las personas usuarias hacían salidas periódicas para hacer actividades acompañadas de voluntariado. Las propuestas podían ser de varios tipos:

- Salidas semanales o quincenales, en que las personas participantes pactaban con la persona voluntaria el tipo de salida, como pasear por la calle, visitar a personas conocidas o ir a tomar un café. Tenían una duración de entre dos y cuatro horas.
- Salidas para participar en actividades de las entidades proveedoras de servicios relacionadas con fechas significativas (Sant Jordi, Navidad, etc.) o actividades culturales como ir al teatro o hacer visitas guiadas.
- Salidas para participar en actividades organizadas por las entidades de los barrios, como actividades con escuelas o salidas de grupo con otros programas del barrio, como las Escuelas de Salud.
- Salidas en grupo, tanto en grupos por el barrio como salidas con participantes de todas las zonas de Barcelona en las que se seguía el programa. Solían ser semestrales y se visitaban espacios de interés del barrio o la ciudad.

Estas salidas se podían agrupar en tres tipos:

- Acompañamiento ofreciendo la mano para proporcionar estabilidad y confianza a la persona al acceder a la calle por su propio pie, pero con la debida supervisión.
- Mediante un salvaescaleras motorizado con capacidad para subir y bajar escaleras, indicado en los casos en los que el deterioro físico no permitía a la persona acceder a la calle. Una vez que la persona estaba en la calle podía pasear acompañada o en silla de ruedas.
- Mediante una silla de evacuación de emergencias, utilizada en casos excepcionales en los que la persona no podía colaborar para su propia movilización y en los que la escalera no cumplía los requisitos técnicos para el uso del salvaescaleras.

Evaluación

La Agencia de Salud Pública de Barcelona hizo una evaluación piloto que mostró resultados muy favorables en la salud de las personas usuarias (Díez *et al.*, 2014). Más adelante se analizaron los resultados del periodo 2010-2015, con una muestra más amplia, que comprendía la actuación en los barrios del Poble Sec; Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera; el Raval; el Besòs i el Maresme; Ciutat Meridiana; Torre Baró, y Vallbona. Se utilizó un diseño no experimental para evaluar el antes y el después. Los

datos los recogieron entrevistadoras que entregaron un cuestionario a las personas participantes antes de ingresar en el programa y tras los primeros seis meses de participación y un mínimo de cuatro salidas.

Se analizaron las siguientes variables explicativas: a) características sociodemográficas: sexo, edad, meses sin salir de casa, barrio de residencia y nivel educativo; y b) características de la intervención recibida: número y tipo de salidas. Las variables dependientes fueron la salud percibida, la salud mental y la calidad de vida. Las respuestas de salud percibida se dicotomizaron como buenas (regulares, buenas y muy buenas) o malas (malas o muy malas). La salud mental se midió con el cuestionario de salud general (GHQ-12) y se analizó como una variable categórica en que las personas con tres o más respuestas positivas se consideraban en riesgo de tener una salud mental deficiente (Goldberg, 1978), y también como una variable continua de 0 a 36, que aplica una puntuación de tipo Likert a cada respuesta. La calidad de vida relacionada con la salud se evaluó utilizando la escala EuroQol (EuroQol, 1990), que mide cinco dimensiones: la movilidad, el cuidado personal, las actividades diarias, el dolor o la incomodidad y, finalmente, la ansiedad. La escala EuroQol EQ-5D-3L tiene tres niveles de severidad en cada ítem, que se dicotomizaron como “sin problemas”, “algunos problemas” y “problemas graves” (Janssen, 2015). También se estudió la satisfacción general de las personas usuarias con el programa con respecto a la frecuencia, la duración, el tiempo, el lugar y la puntualidad de los servicios, y, finalmente, si recomendarían el programa a otras personas.

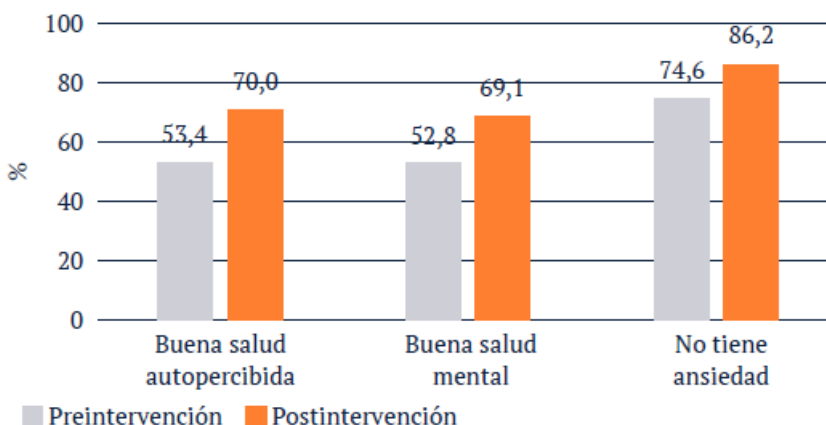
Las características sociodemográficas de las personas participantes en el periodo 2009-2015 ($n = 135$) se describen en la tabla 1. Las personas usuarias eran mayoritariamente mujeres (58,5%), de 85 años o más (44,8%) que no habían salido de sus hogares en los últimos cuatro meses o más (55,9%) (tabla 1). No se observaron diferencias por sexo, edad y tiempo sin salir de casa entre las personas perdidas a lo largo del seguimiento y las que permanecieron dentro del estudio, pero el nivel de estudios era más bajo en las personas perdidas. Las personas participantes hicieron una media de dieciocho salidas (media de ocho salidas) durante los seis meses estudiados. El 40% de los participantes necesitaron ir del brazo para bajar las escaleras y hacer la salida, y en el 35% de los casos hubo que utilizar un salvaescaleras, dada su movilidad limitada, con la supervisión de una persona voluntaria.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas participantes (n = 135) y de la intervención. Barcelona, 2010 -2015

Características individuales	% (n)
Sexo	
Mujer	58,5 (86)
Hombre	41,5 (61)
Edad	
59-74	14,0 (20)
75-84	41,2 (59)
≥85	44,8 (64)
Barrio de residencia	
El Poble Sec	27,7 (36)
Sant Pere, Santa Caterina y la Ribera	28,8 (42)
Ciutat Meridiana, Torre Baró y Vallbona	27,4 (40)
El Raval	15,1 (22)
El Besòs y el Maresme	4,1 (6)
Tiempo sin salir de casa	
< 4 meses	44,1 (60)
≥ 4 meses	55,9 (76)
Nivel de estudios alcanzado	
Sin estudios	21,6 (27)
Primarios	55,2 (69)
Secundarios	19,2 (24)
Universitarios	4,0 (5)
Características de la intervención	
Número de salidas	
4-8	53,4 (71)
9-24	24,1 (32)
≥25	22,0 (29)
<i>Media (DE)</i>	18,0 (21,3)
<i>Mediana (rango intercuartílico)</i>	8 (7-18)
Tipo de salidas	
Ayuda para andar	40,5 (51)
Salvaescaleras	34,9 (44)
Otras	24,6 (31)

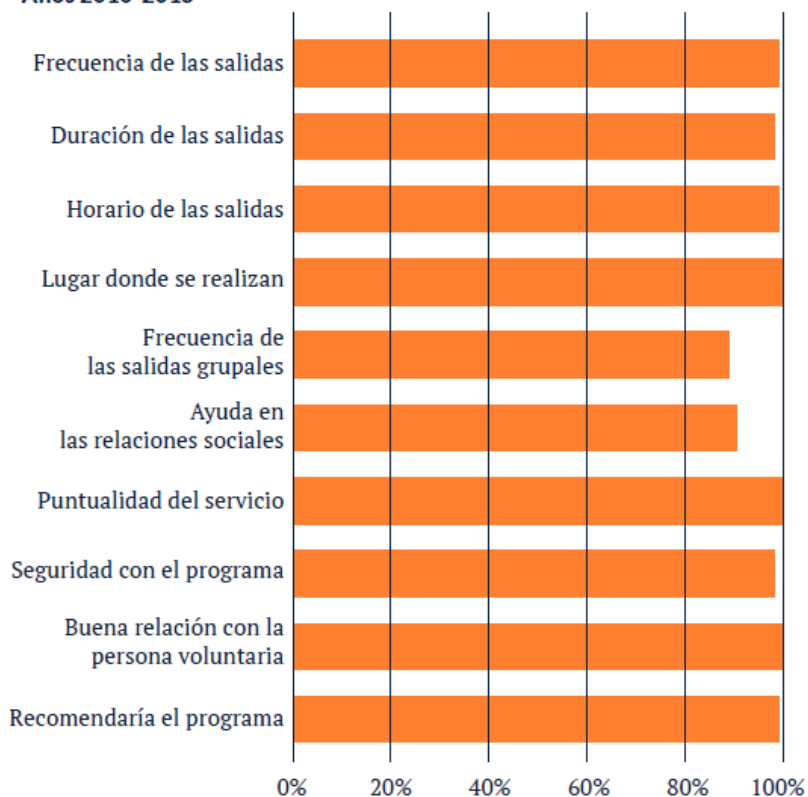
Después de la intervención, la salud percibida, la salud mental y la ansiedad mejoraron de forma estadísticamente significativa. La percepción de buena salud pasó del 53,4% al 70%; la buena salud mental pasó del 52,8% al 69,1% y el porcentaje de participantes sin ansiedad pasó del 74,6% al 86,2% (gráfico 1). No se dieron cambios significativos en otros aspectos de la calidad de vida (movilidad, cuidado personal, actividades diarias, dolor o molestias).

Gráfico 1. Salud percibida, salud mental y ansiedad antes y seis meses después de la intervención (n = 135). Barcelona, 2010-2015



Las personas participantes estuvieron muy satisfechas con el programa (media de 9,3 puntos sobre 10). El 99% declararon que recomendarían el programa a otras personas. Todas las dimensiones de satisfacción (frecuencia de las salidas, la duración, el tiempo, el lugar y la puntualidad) se calificaron como adecuadas por casi el 100% de las personas participantes, y la frecuencia de las salidas grupales fue el ítem considerado menos satisfactorio (gráfico 2).

Gráfico 2. Satisfacción de las personas usuarias según varias dimensiones. Años 2010-2015



“Bajamos a la calle” diez años después

A la luz de los resultados positivos de la participación en el programa en varios aspectos de la salud, en el 2013 se firmó un convenio entre el Ayuntamiento de Barcelona, la Cruz

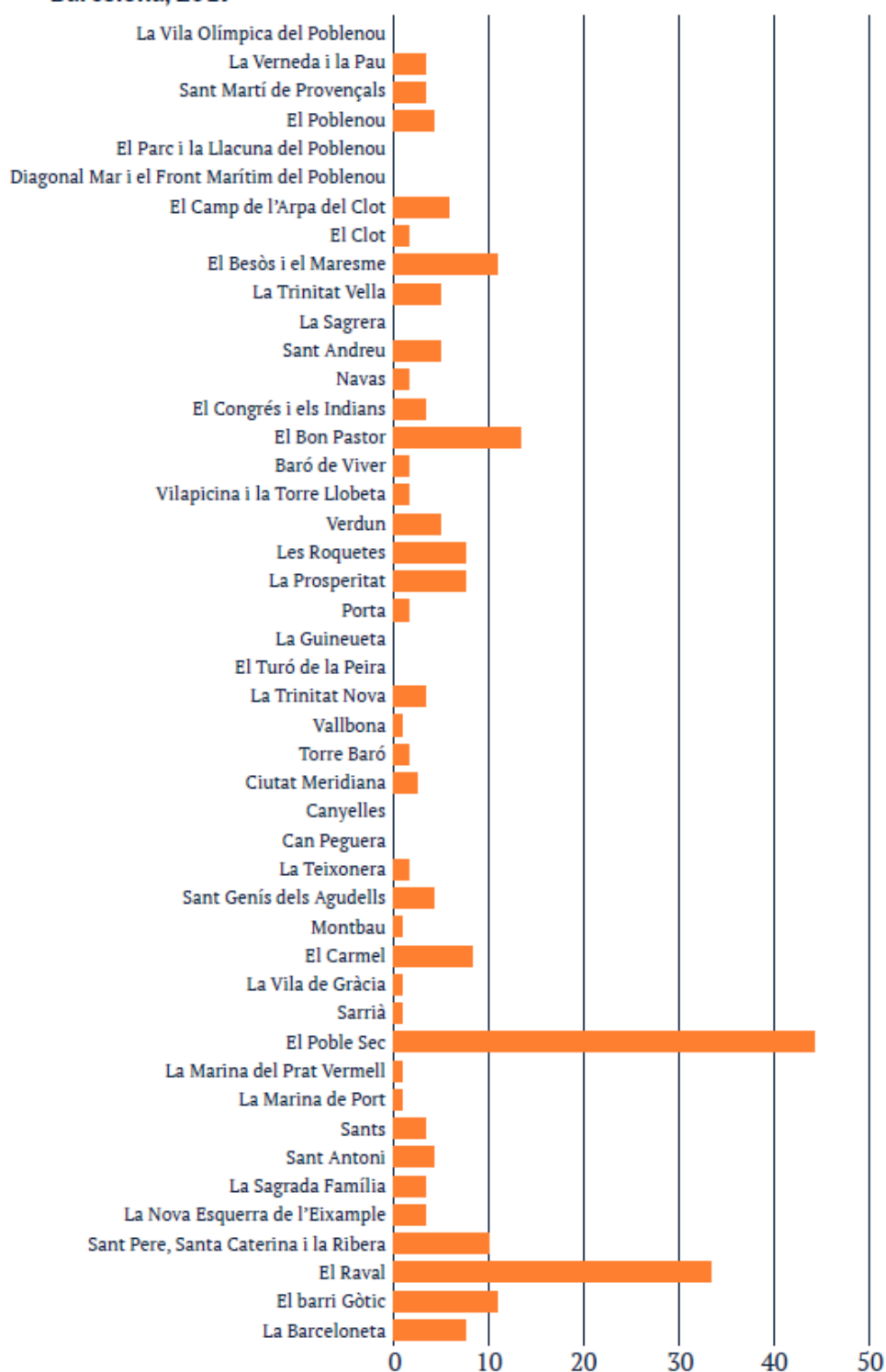
Roja y, posteriormente la Coordinadora de Entidades del Poble Sec, con la colaboración de la ASPB para hacer crecer la intervención y conseguir que se convirtiera en un programa de ciudad posteriormente con la participación del Pla de barriots del Ayuntamiento de Barcelona se fue extendiendo a los barrios más vulnerables de la ciudad. En los últimos dos años, de acuerdo con algunos indicadores, como la proporción de viviendas sin ascensor y según las demandas, el programa se extendió a los barrios con más personas en riesgo de sufrir aislamiento social o soledad no deseada. En el 2019, “Bajamos a la calle” se lleva a cabo en 46 de los 73 barrios de Barcelona, con una periodicidad de salidas semanal, y en el resto de la ciudad como respuesta a demandas puntuales con una periodicidad quincenal. El servicio actualmente lo proveen tres entidades: la Coordinadora de Entidades del Poble Sec, la Cruz Roja de Barcelona y Airun SL, coordinadas por la Dirección de Salud del Ayuntamiento de Barcelona con la colaboración de la ASPB y el Plan de barrios.

El programa se desarrolla, en líneas generales, de forma similar al periodo anterior (2009-2015). Se presenta a los grupos motores o mesas de salud comunitaria que pueden hacer el seguimiento del programa, analizando los datos mensuales en sus reuniones periódicas. Los casos los detectan los equipos de atención primaria de salud y de servicios sociales, y otros agentes comunitarios (servicios y entidades en contacto con la población a la que va destinado). Cuando se detecta a una persona que potencialmente sería usuaria se comunican los datos al equipo de trabajo social de atención primaria de salud del barrio, que valora el caso en lo que respecta a temas de salud y lo deriva a la entidad. El personal técnico de la entidad hace una nueva valoración social y del entorno en una visita para asegurar la adecuación del servicio, además de una valoración técnica de la forma más adecuada de facilitar la bajada (con un salvaescaleras o a pie), los elementos de apoyo (silla de ruedas, bastón o andador) y el acompañamiento. En los casos en que la persona no cumpla los criterios de inclusión, se hace un seguimiento de los motivos por los que no se la ha incluido y se recomienda derivarla a otros servicios de acompañamiento más pertinentes.

Para las salidas, es necesario que una persona técnica maniobre el salvaescaleras, y también sillas de ruedas, bastones y andadores. También se necesita a una o más personas para acompañar a la persona usuaria para hacer la actividad una vez que está en la calle. Las entidades proveedoras cuentan habitualmente con voluntariado para hacer los acompañamientos y, en los casos en que no ha sido posible disponer de voluntariado, se ha hecho una colaboración con personas vinculadas a planes de empleo de Barcelona Activa. La duración media de cada salida es de dos horas y media, incluyendo el tiempo utilizado para bajar y subir la escalera del domicilio y el tiempo en que la persona usuaria hace la actividad. El tiempo total varía en función de la capacidad de movilización de la persona, la orografía del barrio y las condiciones meteorológicas. Las salidas se hacen de lunes a viernes, preferentemente durante el horario de la mañana y a primera hora de la tarde, dependiendo de la estación del año. La periodicidad de las salidas es semanal en los barrios más desfavorecidos y quincenal en el resto de barrios.

Durante el año 2019 han participado 279 personas que han realizado 4.031 salidas. Un 68% son mujeres, un 72% tienen 85 años o más, un 62% viven solas o en pareja y un 30% viven con otros familiares. El gráfico 3 muestra el número de personas usuarias durante el año 2019 según el barrio de residencia. El programa recoge cada seis meses la satisfacción de las personas usuarias. Como en años anteriores, la satisfacción es elevada.

**Gráfico 3. Personas usuarias según el barrio de residencia (n = 275).
Barcelona, 2019**



Fortalezas, limitaciones, conclusiones y retos

De acuerdo con los resultados de la evaluación, “Bajamos a la calle” contribuye a mejorar la salud de las personas participantes. Se observaron mejoras significativas en la salud percibida y en la salud mental, así como una reducción de la ansiedad, principalmente entre las personas que previamente no habían salido de casa durante mucho tiempo,

aquellas con un nivel de educación más bajo y las que habían hecho más de nueve salidas durante el periodo analizado. La satisfacción con la participación fue elevada.

La principal fortaleza del estudio de evaluación es el hecho de haber sido una de las primeras intervenciones comunitarias contra la soledad de las personas mayores aisladas que mide los resultados de salud con escalas validadas. La principal limitación de la evaluación es la ausencia de un grupo de comparación. Se prescindió de ello porque un diseño experimental, con un grupo de control o un grupo de comparación, no era recomendable por motivos éticos y también por el número limitado de participantes elegibles. Otra limitación podría haber sido la causalidad inversa entre el número de salidas y la salud percibida, es decir, que las personas participantes con mejor salud podrían haber tenido más probabilidades de hacer más salidas que las que tenían peor salud. Sin embargo, algunos elementos refuerzan los resultados: a) una prueba piloto de la intervención mostró resultados similares en la autovaloración de la salud, la salud mental y la reducción de la ansiedad (Díez, 2014); b) las mejoras en las variables superan el sesgo de maduración, ya que tanto la autovaloración de la salud como la salud mental de las personas mayores tienden a empeorar con el tiempo; c) la gran satisfacción descrita por casi todas las personas participantes. En cuanto a las fortalezas del programa, “Bajamos a la calle” ha contado con el trabajo en red de diferentes instituciones y agentes comunitarios, como la Dirección de Salud del Ayuntamiento de Barcelona, el Plan de barrios del Ayuntamiento de Barcelona, la Agencia de Salud Pública de Barcelona, el Consorcio Sanitario de Barcelona con los equipos de atención primaria de salud, el Instituto Municipal de Servicios Sociales con los equipos de atención primaria de servicios sociales, y las redes de asociaciones y otros agentes comunitarios de la ciudad.

Durante el último periodo, el programa “Bajamos a la calle” ha alcanzado la fase de consolidación, en la que se han trabajado varios aspectos: a) ampliar y consensuar los criterios de inclusión y exclusión, b) mejorar la difusión del programa a las trabajadoras y trabajadores sociales del CSB, c) hacer un seguimiento de los motivos por los que no se incluyen las personas usuarias y las derivaciones a otros programas y d) sistematizar la recogida de datos personales, de salud y de satisfacción de las personas usuarias. Los retos para el futuro son consolidar el programa como un recurso de ciudad, fortalecer la calidad técnica y comunitaria del proyecto, e incluirlo entre las estrategias sociales, como las manzanas sociales de cuidado.

Bibliografía

AGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE BARCELONA (2018). *Infobarris BCN. Barcelona Salut als Barris. Memòria 2018*. Disponible en línea en http://www.aspb.cat/documents/informes/*/promocio-entorns/barris/*/.

CATTAN, M.; WHITE, M.; BOND, J.; LEARMOUTH, A. “Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions”. *Ageing and Society*, 25(1) (2005), pp. 41-67.

DAHLBERG, L.; MCKEE, K. J. “Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from an English community study”. *Aging Ment Heal*, 18(4) (2014), pp. 504-514.

- DICKENS, A. P.; RICHARDS, S. H.; GREAVES, C. J.; CAMPBELL, J. L. *et al.* "Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review". *BMC Public Health*, 11, 647 (2011). Disponible en línea en <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-647>.
- DÍEZ, E.; PASARÍN, M.; DABAN, F.; CALZADA, N.; FUERTES, C.; ARTAZCOZ, L.; BORRELL, C. "«Salut als barris» en Barcelona, una intervenció comunitaria para reducir las desigualdades sociales en salud". *Comunidad*, 4(2) (2012), pp. 121-126.
- EUROQOL GROUP. "EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life". *Health Policy*, 16(3) (1990), pp. 199-208.
- FUERTES, C.; PASARÍN, M. I.; BORRELL, C.; ARTAZCOZ, L. "Feasibility of a community action model oriented to reduce inequalities in health". *Health Policy*, 107 (2012), pp. 289-295.
- GENÉ-BADIA, J.; COMICE, P.; BELCHÍN, A.; ERDOZAIN, M. A.; CÁLIZ, L.; TORRES, S.; RODRÍGUEZ, R. "Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana". *Atención Primaria*, 2019. Disponible en línea en www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-perfiles-soledad-aislamiento-social-poblacion-S0212656718303810.
- GLEI, D. *et al.* "Participating in social activities helps preserve cognitive function: an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly". *International journal of epidemiology*, 34(4) (2005), pp. 864-871.
- GOLDBERG, D. (1978). *Manual of the general health questionnaire*. Windsor: National Foundation for Educational Research.
- HAND, C.; RETRUM, J.; WARE, G.; IWASAKI, P.; MOAALII, G.; MAIN, D. S. "Understanding social isolation among urban aging adults: Informing occupation-based approaches". *OTJR Occupation, Participation and Health*, 37(4) (2017), pp. 188-198.
- HSU, H. (2007). "Does social participation by the elderly reduce mortality and cognitive impairment?". *Aging & Mental health*, 11(6) (2007), pp. 699-707.
- JANSSEN, B.; OPPE, M. (2015). *EQ-5D-5L User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument*. Rotterdam: EuroQol Research Foundation.
- NIEDZWIEDZ, C. L.; RICHARDSON, E. A.; TUNSTALL, H.; SHORTT, N. K.; MITCHELL, R.; PEARCE, J. R. "The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective?". *Prev Med*, 91 (2016), pp. 24-31.
- POOL, M. S.; AGYEMANG, C. O.; SMALBRUGGE, M. "Interventions to improve social determinants of health among elderly ethnic minority groups: A review". *European Journal of Public Health*, 27 (2017), pp. 1048-1054.
- SINGH, A.; MISRA, N. "Loneliness, depression and sociability in old age". *Industrial Psychiatry Journal*, 18(1) (2009), p. 51. Disponible en línea en www.industrialpsychiatry.org/text.asp?2009/18/1/51/57861.
- WILKINS, K. "Predictors of death in seniors". *Health reports*, 16 suppl. (2006), pp. 57-67.

Marzo 2020

Palabras clave: soledad, nuevas tecnologías, empoderamiento, dinamización, inteligencia artificial, personas mayores

VinclesBCN: la lucha contra la soledad en Barcelona

Enrique Cano y Magda Orozco

Dirección de Servicios de Infancia, Juventud y Personas Mayores
Ayuntamiento de Barcelona

Ante el proceso ineludible del envejecimiento de la población y de las consecuencias que comporta, el Ayuntamiento de Barcelona puso en marcha en el 2014 una prueba piloto de un proyecto —VinclesBCN—, con el objetivo principal de combatir el sentimiento de soledad de las personas mayores. Cinco años después, aquel proyecto que nació gracias a la Fundación Bloomberg y por el que el Gobierno municipal recibió el Premio Mayors Challenge, se ha convertido en un servicio consolidado que ya tiene dos mil personas usuarias.

¿Por qué nace VinclesBCN?

En el 2011, el 20,8 % de la población de Barcelona tenía 65 años o más. En el 2018 este porcentaje era del 21,6 %, 349.922 personas, de las que una de cada cuatro vivía sola (unas 90.000). La previsión es que estas cifras vayan aumentando, de modo que en el 2030 se calcula que uno de cada tres habitantes de Barcelona tendrá 60 años o más.

El envejecimiento va asociado a la soledad, un sentimiento complejo que resulta de la discrepancia entre las relaciones que tenemos y las que querríamos tener, es decir, cuando las necesidades sociales de una persona no se corresponden, ni en cantidad ni en calidad, con sus relaciones sociales reales. La soledad se ha convertido en un fenómeno que afecta a la sociedad actual y que tiene consecuencias en la salud física y mental, y también en el uso de recursos sanitarios y sociales. La evidencia científica muestra que algunas intervenciones en el ámbito de la prevención de la soledad han conseguido mejoras en la calidad de vida y la salud física y mental, además de una reducción del uso de recursos y de la mortalidad. La visión más extendida, no obstante, es la que ha relacionado la soledad con el aislamiento o desamparo, y no tanto a la soledad como sentimiento. Y ese sentimiento de soledad, si no es deseado, puede causar sufrimiento constante.

Además del envejecimiento de la población y el incremento del sentimiento de la soledad, debemos añadir la brecha digital que sufren muchas personas mayores. Es cierto que el colectivo de personas mayores es muy heterogéneo y, por lo tanto, no se puede establecer un perfil tipo. Pero también es verdad que el uso de los dispositivos móviles en este colectivo es más bajo que en el resto de la población, no tanto porque no se vea su

utilidad, sino porque reconocen su poca habilidad y práctica al respecto. VinclesBCN nace, pues, con el objetivo de combatir el sentimiento de soledad entre las personas mayores mediante el uso de las nuevas tecnologías y con el apoyo de un equipo de dinamización social. La intervención del servicio se centra en reforzar las relaciones sociales de las personas mayores que se sienten solas y crear otras nuevas, mejorando su bienestar y su calidad de vida³⁶.

¿En qué consiste VinclesBCN?

Gracias a VinclesBCN, las personas mayores usuarias pueden gestionar sus relaciones sociales por medio de las nuevas tecnologías, utilizando como instrumento de comunicación una sencilla aplicación (*app*) instalada en una tableta o en un teléfono móvil inteligente.

Esta aplicación permite la comunicación entre la persona usuaria, su familia y su círculo de amistades, y también con las personas que forman los grupos de usuarias de VinclesBCN. La comunicación se realiza en formato de mensaje de texto, de audio, de fotografía, de vídeo y de videollamada. También existe la posibilidad de invitar a otras personas a realizar actividades y anotar las citas en la agenda personal. Así pues, VinclesBCN es una nueva forma de comunicarse, fácil, sencilla y visual para ponerse en contacto con la red familiar y de amistades, pero también para crear comunidades de personas mayores que tengan intereses en común. Los principios en los que se basa el servicio son los siguientes:

- Promover el empoderamiento y la autonomía personal.
- Fomentar la comunicación en un entorno de confianza.
- Promover la participación social y el sentimiento de pertenencia.
- Facilitar el dar y recibir apoyo.
- Facilitar las relaciones intergeneracionales.
- Proporcionar entretenimiento y diversión.

¿Cuáles pueden ser las personas usuarias?

Para poder ser usuaria de VinclesBCN, la persona interesada debe tener más de 65 años, estar empadronada en la ciudad de Barcelona, tener sentimiento de soledad, estar motivada para participar y tener capacidad sensorial, psicomotriz y cognitiva suficiente para poder manipular la tableta y utilizar la aplicación.

¿Cómo es la intervención del servicio?

Por una parte, VinclesBCN ofrece apoyo y empodera a la persona usuaria para que active su red personal de confianza, incorporando familiares, amistades, vecinos y vecinas y personas de su entorno. Hoy por hoy, más de siete mil personas componen la red familiar de las dos mil personas usuarias integradas en el servicio.

Pero, por otra parte, el servicio facilita la incorporación de las personas usuarias en grupos creados con otras personas mayores y propone la participación e interacción en actividades en línea, y también presenciales, dinamizadas por profesionales. Es esta vertiente comunitaria la que hace que el servicio sea singular, porque más allá de favorecer las comunicaciones en línea, lo que es mejor valorado por las personas usuarias es poder hacer encuentros presenciales y la consiguiente vinculación a la comunidad.

36. Toda la información del programa puede encontrarse en el siguiente enlace:
www.barcelona.cat/vinclesbcn.

Imagén.1. Díptico y postal de la campaña VinclesBCN



Modelo de intervención del servicio

Como datos representativos de estas redes grupales, cabe decir que, a lo largo del 2019, se han contabilizado 160 grupos. Actualmente, quedan en activo 138, formados por una media de 25 personas cada uno, que han participado en un total de 247 actividades con dinamización y 91 talleres de formación sobre el uso de la aplicación VinclesBCN.

La vertiente comunitaria y el papel de la dinamización

El servicio VinclesBCN ha ido evolucionando desde su inicio para ajustarse a las necesidades reales de las personas mayores y para promover un servicio centrado en la persona. En este sentido, en el 2015, se replanteó el proyecto para profundizar en la implicación y participación de la comunidad, del territorio y de la red grupal, además de empoderar a las personas mayores a la hora de hacer frente a la soledad.

Este replanteamiento promueve la relación y la integración de las personas usuarias en la comunidad del territorio. Se trata de acercar a la persona usuaria a los recursos y servicios de su barrio y motivarla a participar activamente en su entorno. A la vez, se quiere llegar por igual a toda la población de personas mayores, independientemente del barrio en el que viven y de sus posibilidades económicas.

La nueva orientación conceptual supuso un replanteamiento de la tecnología, así como del marco teórico de referencia, del perfil de la persona usuaria y del diseño del servicio. Pero, sobre todo, en lo que se incidió fue en la figura del dinamizador como eje fundamental del servicio, como el elemento que favorece los vínculos entre las personas mayores y los vínculos con la comunidad.

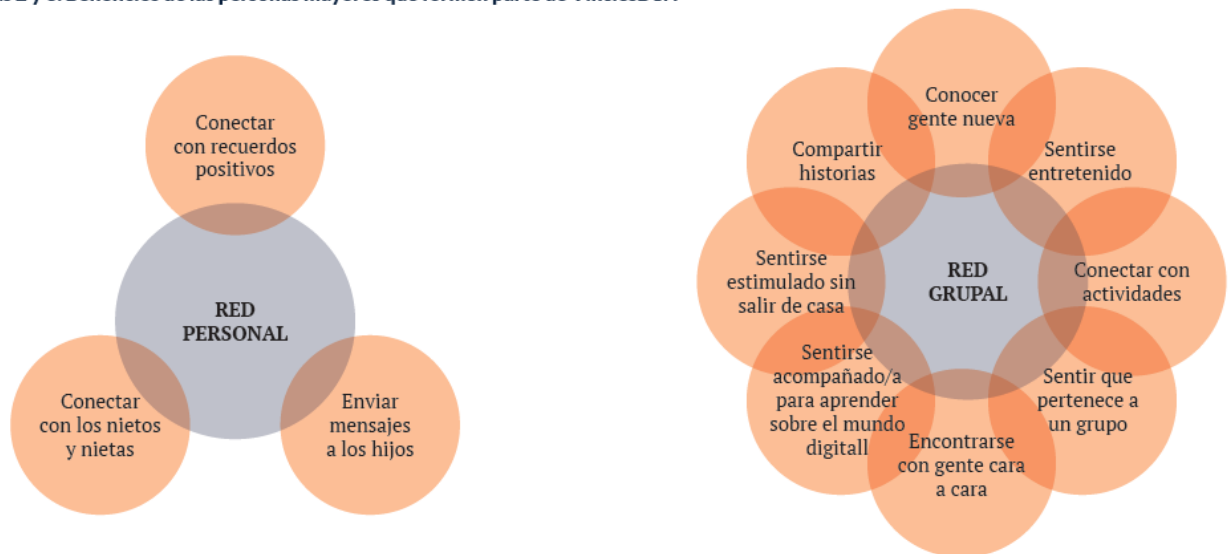
Estos profesionales son los referentes de los grupos. Por lo tanto, deben conocer muy bien todos los recursos, los equipamientos y los servicios de los barrios que dinamizan para informar al respecto y acercarlos a las personas usuarias. También son facilitadores del trabajo en red en el barrio y proponen diariamente actividades a las personas usuarias para establecer vínculos más allá de la aplicación.

¿Y qué nos dicen las personas usuarias del servicio?

VinclesBCN nació con unos objetivos ambiciosos y con los siguientes impactos esperados:

- Reducir el sentimiento de soledad de las personas mayores.
- Ayudar a las personas mayores que viven solas a mantener y fortalecer sus relaciones sociales, y también a ampliarlas y a crear nuevos espacios de relación.
- Enseñar a utilizar las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como herramienta para relacionarse con el entorno.
- Mejorar la calidad de vida y promover el envejecimiento activo.
- Dar más autonomía a las personas usuarias porque les facilita compartir su día a día con la familia y las amistades.
- Aportar nuevas motivaciones gracias a la red grupal, a través de la cual se promueven actividades según intereses, aficiones y necesidades.
- Conectar a las personas mayores entre ellas y fomentar las relaciones intergeneracionales.
- Aumentar el apoyo social hacia las personas mayores y las oportunidades de interacción mediante la participación en grupos de personas usuarias.
- Mejorar la autoestima para que las personas usuarias se sientan más útiles, más competentes tecnológicamente y más activas socialmente.
- Combatir el aislamiento, permitiendo hacer nuevas amistades y proveyendo entretenimiento.

El servicio como tal nació en el 2017 con la primera persona usuaria el mes de enero de ese año. Como apuntábamos anteriormente, VinclesBCN quería contribuir a mejorar la vida de las personas mayores ampliando sus círculos de interacción social y acompañándolas en el proceso de envejecimiento activo. La aplicación, la creación de redes personales y grupales, la vinculación con el barrio, la introducción en las nuevas tecnologías y la dinamización de actividades nos hacían pensar que las personas mayores mejorarían su bienestar y, especialmente, harían que se sintieran menos solas. Pero no podíamos basarnos únicamente en la intuición. Preguntando por la experiencia de usuario, las personas mayores nos han manifestado que formar parte tanto de la red personal como de la red grupal les aporta los siguientes beneficios (esquemas 2 y 3).



Además, los resultados de las entrevistas cualitativas con personas usuarias nos indicaban los efectos positivos de VinclesBCN. El primero que hay que destacar es que más del 50 % de las personas consideraron que la participación en el servicio VinclesBCN les había cambiado la vida. Pero lo que resulta muy significativo es que más del 70 % de las personas usuarias consiguieron ampliar su red de amistades.

Asimismo, cuando se preguntaba sobre cómo creían que les afectaba a su participación en el servicio en cuanto a sus capacidades, habilidades y sentimientos, un 80 % nos contestó que habían mejorado su autoestima, un 60 % valoraban que habían mejorado su estado de ánimo, un 53,4 % habían ganado agilidad mental y, finalmente, un 70,5 % nos decían que se sentían menos solas. La valoración global del servicio era excelente por parte del 84,4 % de las personas usuarias.

La evaluación del impacto con inteligencia artificial

Para medir el impacto real del servicio VinclesBCN en relación con el objetivo de reducir el sentimiento de soledad, se ha diseñado una herramienta que se ha empezado a probar de manera experimental. Se trata de un sistema automatizado que, mediante la inteligencia artificial (*machine learning*), analiza diferentes fuentes de datos con la creación de modelos que se actualizan progresivamente. Este análisis genera informes que muestran el estado y la evolución del impacto de VinclesBCN respecto al sentimiento de soledad. El objetivo es detectar patrones de comportamiento y disponer de una herramienta que se alimente diariamente con los nuevos datos, enriquezca el modelo y haga un seguimiento constante del impacto. Las fuentes de los datos que se automatizan son las siguientes:

- Cuestionarios Duke-UNC (sentimiento de soledad), red social de Lubben (actividad social), WHOQOL-AGE (calidad de vida), que se llevan a cabo cada seis meses;
- Datos detallados de las videoconferencias realizadas por cada persona usuaria;
- Mensajes que las personas usuarias se envían entre ellas;
- Mensajes que las personas usuarias intercambian en los grupos; y

- Datos extraídos del Servicio Integral de Atención Social-SIAS (fecha alta, procedencia alta, fecha baja, motivo baja, dirección, código postal, sexo, número de expediente).

Esta herramienta de inteligencia artificial nos permitirá valorar cuál es el impacto del servicio en la reducción de la soledad a partir de tres elementos:

1. La diferencia entre los resultados de los cuestionarios referenciados más arriba, que se realizan semestralmente a las personas usuarias de VinclesBCN.
2. El algoritmo de clusterización, que se calcula según a) el resultado de los cuestionarios, b) la actividad de uso de la tableta y c) las actividades de grupo. En este sentido, se han creado cuatro clústeres según el grado de percepción de la soledad.
3. Diferencia de cambio de clúster. En caso de que el impacto sea de reducción de la soledad, los resultados nos tendrían que indicar que las personas usuarias de los clústeres 1 y 2 (los que tienen unos resultados inferiores) han pasado a los clústeres 3 y 4.
4. Es decir, obtendrían resultados más positivos y, por lo tanto, con menos sentimiento de soledad.

A medida que se incremente el número de personas usuarias y también el periodo temporal que han estado disfrutando del servicio, esta herramienta nos dará datos más fiables y consistentes del impacto que tiene VinclesBCN en las personas mayores.

¿Hacia dónde queremos que evolucione el servicio?

Desde sus inicios, VinclesBCN se ha configurado como un servicio en evolución que, centrándose en la persona, ha ido incorporando mejoras y funcionalidades a partir de lo que las mismas personas mayores nos han ido manifestando. En este sentido, podríamos decir que esta evolución nos ha permitido, por una parte, lo siguiente en el aspecto tecnológico:

1. Abrir la aplicación en dispositivos móviles que ya tienen las personas usuarias.
2. Redefinir las prestaciones de la aplicación según sus necesidades, incorporando nuevas funcionalidades como los mensajes de texto y la posibilidad de enviar vídeos y enlaces.
3. Crear una aplicación *responsive*, con un diseño que adapta su visualización al teléfono móvil o tableta.
4. Eliminar el modo quiosco, de modo que tienen acceso a cualquier aplicación o servicio que ofrece la tableta. Disfrutan, por lo tanto, de libre disposición de servicio y datos.
5. Añadir nuevas funcionalidades.

Por otra parte, centrar la intervención en la dinamización y en la implicación en la comunidad a través de actividades en línea y presenciales que se hacen en grupo.

Una vez llegados a este punto, el futuro de VinclesBCN lo planteamos sobre la base de tres ejes fundamentales:

1. Integrar, o vincular más, VinclesBCN con el resto de los servicios que forman parte de la cartera de servicios municipales dirigidos a las personas mayores. Nos referimos, por ejemplo, al proyecto Radars o al servicio de la teleasistencia.

2. Conseguir que VinclesBCN se acabe convirtiendo en una plataforma en la que las personas mayores puedan acceder con un clic a informaciones, recursos sociales y otros servicios públicos dirigidos a su colectivo.
3. Iniciar la línea de trabajo para hacer accesible el servicio a personas con discapacidades auditivas y visuales.

La adaptación de la tecnología a las necesidades de las personas usuarias y la redefinición de VinclesBCN para centrarlo en la persona y en su implicación en la red comunitaria han sido claves en la evolución y la consolidación de este servicio innovador, que sigue evolucionando todos los días para adaptarse a los avances tecnológicos y a las necesidades cambiantes de las personas usuarias.

Bibliografía

AYUNTAMIENTO DE BARCELONA. (2017). "Informe d'avaluació de l'efecte del Programa Vincles en els seus usuaris". Barcelona: Fundació Acreditació Desenvolupament Assistencial (FADA).

AYUNTAMIENTO DE BARCELONA. (2018). "Informe d'avaluació de l'efecte del Programa Vincles en les famílies". Barcelona.

AYUNTAMIENTO DE BARCELONA. (2018). "Informe del servei VinclesBCN". Barcelona. Diciembre 2018 (documento interno).

BAZO, M.^a T. (1990). *La sociedad anciana*. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Madrid.

CELDRÁN, M.; MARTÍNEZ, R. (2019). *La soledad no té edat: explorant vivències multigeneracionals*. Barcelona: Observatori de la Soledad. Fundació Privada Amics de la Gent Gran.

COLL PLANAS, L.; ARES, S.; MARTÍNEZ, R. (2017). *Estudi de la participació de les persones grans a activitats de socialització*. Barcelona: Fundació Salut i Envel·liment y Amics de la Gent Gran.

DE BEAUVOIR, S. (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.

FERNÁNDEZ, R.; MONTORIO, I.; HERNÁNDEZ, J. M.; LLORENTE, M.^a G.; *et al.* (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: Fundación Caja de Madrid.

SAN ROMÁN, T. (1990). *Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.

Marzo 2020

Palabras clave: soledad no deseada, trabajo colaborativo, red de prevención, barrios amables, solidarios con las personas mayores

El proyecto Radares: abordar la soledad de manera comunitaria

Rosa Rubio³⁷, Clara Costas³⁸ y dinamizadores comunitarios³⁹

Radares es un proyecto pensado para posibilitar que vecinos y vecinas, entidades, servicios y comercios cuiden de las personas mayores desde una mirada sensible y respetuosa, que se lleva a cabo desde la proximidad, desde el entorno inmediato y cotidiano de las personas mayores que habitan los barrios de la ciudad.

Introducción

Vivimos en una sociedad cada vez más longeva y, en los últimos tiempos, el estudio del envejecimiento ha despertado el interés de múltiples ciencias y ha ayudado a configurar el proceso de envejecimiento como un fenómeno más complejo. Históricamente, ha sido un proceso explicado desde las ciencias médicas y en el cual los aspectos biológicos tenían una importancia primordial. Sin embargo, actualmente se apuesta por explicar la salud en general y el envejecimiento más concretamente desde una perspectiva más amplia: la biopsicosocial.

El aspecto relacional es un factor básico para el bienestar de las personas y contar con una red social de apoyo constituye un elemento importante a la hora de medir la calidad de vida de las personas mayores. El hecho de no contar con esa red, más allá de inducir a la persona a una situación de soledad (a menudo no deseada), puede conllevar también un aumento de los riesgos en múltiples niveles, tanto en la salud física (Cacioppo *et al.*, 2002; O'Luanaigh y Lawlor, 2008) como en la salud psicológica (Cacioppo *et al.*, 2006; Holwerda *et al.*, 2016).

Con respecto a la soledad no deseada, se trata de un fenómeno complejo de describir y, por lo tanto, no existe un consenso sobre una única definición, si bien las aproximaciones teóricas pueden resumirse en cuatro perspectivas (Yanguas *et al.*, 2018):

- Perspectiva cognitiva: la soledad es entendida como una discrepancia entre las relaciones sociales que la persona desea y las que realmente tiene.

37. Directora territorial de Servicios Sociales del Distrito de Gràcia y directora del proyecto Radares.

38. Coordinadora del proyecto Radares.

39. Isaac Farré, Genís Giner, Anna Bordes, Violeta Carrasco i Aitor Matas

- Interaccionismo: la soledad no es el hecho de estar solo o sola sino la falta de relaciones significativas e íntimas, así como la falta de vinculación comunitaria.
- Perspectiva psicodinámica: la soledad es la consecuencia negativa derivada de la necesidad de intimar, de relaciones interpersonales para vivir.
- Existencialismo: la soledad es una realidad consustancial al ser humano, que puede causar padecimiento y dolor o ser una oportunidad.

La soledad no deseada puede estar presente en cualquier momento del ciclo vital, pero es en el proceso de envejecimiento cuando está asociada a unas redes sociales más pequeñas y a una menor frecuencia de contactos (Ajrouch *et al.*, 2005). El proceso de pérdidas asociado al envejecimiento es multifactorial y acentúa las dificultades de relación: pérdidas relacionales como las del círculo laboral después de la jubilación; pérdida de la pareja o las amistades con las que se comparte el ocio (por defunción, ingreso en residencia o aparición de deterioro cognitivo); pérdidas del círculo convivencial próximo (vecindario y comercios de proximidad con los que se ha convivido durante años, pero que ahora son “sustituidos” por residentes menos estables o cadenas comerciales más impersonales); pérdida de movilidad, visión u otras capacidades; pérdida de los espacios “propios” de barrio debido a los cambios urbanísticos, etcétera.

Aunque el proceso de pérdidas no es reversible en algunos aspectos, sí puede intervenir en las consecuencias que conlleva. A menudo este proceso de pérdida va acompañado de la falta de previsión, del hecho de haber diseñado un modelo de vida como persona mayor que dificulta que las personas que sufren la soledad no deseada puedan modificar esa situación. No obstante, todas las personas tienen potencialidades y, en el caso de las que se sienten solas, esas potencialidades deben ser tenidas en cuenta en la intervención para romper con esta situación y reconstruir los vínculos perdidos.

Así pues, la apuesta por romper con la soledad no deseada desde el proyecto Radares es la construcción de una red comunitaria en la que se pretende involucrar a toda la ciudadanía para generar unas comunidades más amables, sensibles y respetuosas con las personas mayores, unas comunidades más próximas que cuiden de las personas que forman parte de su entorno inmediato y que sean facilitadoras en su revinculación al territorio con el objetivo de terminar con la soledad no deseada de la forma más natural posible: volviendo a hacer vida en los barrios y con unos claros componentes de interacciones amables y relaciones de proximidad.

Equipo del proyecto Radares

El proyecto Radares es una iniciativa comunitaria liderada por los servicios sociales básicos, que surgió en 2008 en el barrio de Camp d'en Grassot i Gràcia Nova (distrito de Gràcia) de Barcelona.⁴⁰ En un contexto marcado por el aumento de situaciones de vulnerabilidad derivadas, en parte, de los cambios demográficos (como los cambios de modelo residencial donde se pasa de hogares extensos a hogares nucleares o unipersonales, o bien el aumento de los divorcios, de la esperanza de vida y de las migraciones en edad laboral, etcétera), y después de una reflexión interna, los servicios sociales de territorio llegaron a la conclusión de que era necesario implicar a la comunidad para mejorar la detección y la prevención de situaciones de riesgo y paliar la soledad que puedan sentir las personas mayores. Así, con estos dos grandes objetivos, nació

40. El proyecto puede consultarse en su sitio web, radarsgentgran@bcn.cat, así como en este vídeo explicativo: www.youtube.com/watch?v=-K3EOVNANuI.

Radares, en un momento en el que las políticas públicas no contaban con herramientas contrastadas y de largo recorrido en materia de soledad, lo que provocó que tuvieran que empezarse a construir desde cero y que se fueran definiendo a partir de un proceso de ensayo y error.

Para conseguir sus objetivos, el proyecto Radares dirige sus esfuerzos a sensibilizar y concienciar a la población sobre la situación de las personas mayores y a crear una red de barrio que permita que la ciudad sea un espacio más seguro y amigable para este colectivo. En la base de todo, reside la idea de “volver a ser como un pueblo” donde todo el mundo se conozca y las redes de apoyo se den por descontadas. Como proyecto comunitario, se construye colectivamente junto a los vecinos y vecinas del barrio, con sus equipamientos y servicios, comercios y farmacias, entidades de barrio, servicios sociales y sanitarios y el resto de recursos del territorio. Esta coproducción implica la existencia de una corresponsabilidad y eso permite redefinir los roles y los valores tanto de profesionales como de agentes del entorno, que conjuntamente diseñan nuevos mecanismos de comunicación y experimentan con nuevas metodologías de intervención.

El énfasis del proyecto en su fase previa al despliegue de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2008-2012) fue cómo detectar situaciones de riesgo. Gracias a esta ley, muchas personas se pusieron en contacto con Servicios Sociales, con lo que se facilitó la detección y el abordaje de las situaciones más problemáticas. A partir de entonces, Radares pudo concentrar esfuerzos en la lucha contra la soledad no deseada, que pasó de abordarse desde su perspectiva residencial (personas mayores que vivían solas) a abordarse desde un enfoque más amplio: el sentimiento de esta soledad no deseada.

El hecho de que una persona viva sola no implica directamente que necesite más ayuda, pero las personas que carecen de vínculos sociales fuertes y que no abandonan su vivienda son más susceptibles de sufrir riesgos (Klinenberg, 2001), puesto que esa situación puede convertirse en un factor de vulnerabilidad si, por ejemplo, las condiciones de salud empeoran. En la misma línea, el hecho de vivir solo o sola puede no comportar un sentimiento de soledad (aunque puede ser más probable). De hecho, más allá de la realidad de las personas mayores que viven solas (que suponen el 25% de las personas mayores de 65 años, el 31% de las mayores de 75 años, y el 38% de las mayores de 85 años en Barcelona), tal como se ha expuesto anteriormente, existe un sentimiento de soledad que puede no estar asociado al hecho de vivir sol o sola, ya que es subjetivo y se manifiesta ante la discrepancia entre las “relaciones deseadas” y las “reales”.

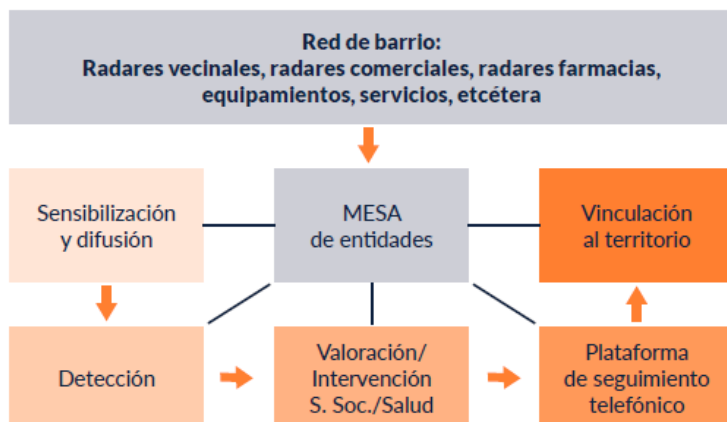
Hay que tener en cuenta que una de las mayores dificultades a la hora de abordar la soledad no deseada es que se trata de un sentimiento que, en ocasiones, puede resultar difícil de admitir (tanto de cara al entorno como, en ocasiones, incluso para la propia persona). Esto es debido a que puede tratarse de un sentimiento que genere vergüenza, en la medida en que la persona que lo siente puede temer que su entorno la juzgue por encontrarse sola y considere que su soledad es el resultado de sus decisiones y acciones a lo largo de la vida.

Para revertir esa realidad, es necesario que todo el entorno de las personas mayores participe en la creación de una sociedad más amable y sensible hacia las personas mayores. Por eso, desde Radares se pretende crear una red de barrio solidaria que amplíe las posibilidades de detección de todas estas situaciones, que permita abordar los posibles riesgos desde diferentes ángulos y, sobre todo, que facilite la revinculación de las personas mayores con el territorio, acompañándolas y participando en el proceso.

Funcionamiento del proyecto Radares

El proyecto Radares es un proyecto de acción comunitaria impulsado por los servicios sociales del Ayuntamiento de Barcelona. Todas las líneas de actuación que se siguen en el marco del proyecto Radares se realizan a partir del esquema siguiente:

Esquema 1. Red de funcionamiento del proyecto Radares



El proyecto se despliega en torno a un espacio comunitario, la Mesa Radares, y genera un espacio de participación y decisión sobre las líneas de trabajo que tienen que seguirse en cada momento del proyecto. Se trata de un espacio abierto a todos los actores de la comunidad que quieran participar y contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Todos los espacios ejercen un papel destacado en la construcción de las líneas de trabajo, que en cada territorio adquieren formas distintas sin olvidar los objetivos de Radares. Así pues, en todos los barrios se llevan a cabo acciones de sensibilización y difusión a la población, y de detección de las personas mayores en situación de soledad no deseada, acciones de seguimiento telefónico con el papel indispensable del voluntariado, y acciones de vinculación al territorio.

Para poder realizar acciones de sensibilización y difusión, contamos con un voluntariado que se dirige a comercios y farmacias y que monta puestos de difusión del proyecto con el objetivo de darlo a conocer y de fomentar una red de barrio que pueda sostener situaciones de soledad no deseada y, al mismo tiempo, comunicar situaciones de riesgo. El proyecto tiene presente a una figura, la del radar vecinal, que es la persona que nos facilita los datos y se adhiere al proyecto como ciudadana informada y sensibilizada y, desde el proyecto, le ofrecemos herramientas de comunicación con los servicios sociales para que pueda avisar de cualquier situación de riesgo o soledad no deseada de personas mayores de su entorno, con lo que estamos apostando por el valor de la proximidad: si una persona mayor recibe atención de su entorno, se muestra más segura a la hora de iniciar su relación con el proyecto.

La tarea de detección es compartida por los distintos agentes de la comunidad a través de la promoción previa entre la población y de una mirada sensible hacia las personas mayores y, concretamente de aquellas que se puedan encontrarse en una situación de vulnerabilidad. En este sentido, el proyecto Radares emprende acciones de sensibilización de la población y se centra en los agentes que, por su vinculación con el territorio, pueden ser más capaces de realizar detecciones. Así pues, se invita a comercios de proximidad, farmacias, profesionales, entidades y asociaciones, vecinos y

vecinas a título particular, etcétera, a adherirse al proyecto como activos de detección. Todos, junto con los participantes de la Mesa, forman la red de barrio.

La Plataforma de Seguimiento Telefónico, integrada exclusivamente por personas voluntarias, es la encargada de llamar a las personas mayores detectadas por la red de Radares y, mediante la relación de confianza que se establece, invitarlas a actividades en espacios significativos del barrio en las cuales tendrán un papel protagonista, junto a otras personas mayores, y en las cuales el voluntariado tendrá el papel de facilitador para promocionar los vínculos entre iguales.

El liderazgo del proceso transformador e integrador del barrio es llevado a cabo por los servicios sociales de territorio, que buscan estimular la capacidad de acción de los agentes desde su propia autonomía y promover la colaboración y el tratamiento de conflictos —si es que hay— entre los agentes con el fin de potenciar todos los ámbitos expuestos y construir o fortalecer la denominada *red de barrio*. Gracias al trabajo con la red de barrio, las personas mayores en general, y las usuarias de Radares en particular, se encontrarán con un barrio que les será más amable y respetuoso.

La apuesta para romper con la soledad no deseada del proyecto Radares: llamadas de confianza y actividades de proximidad

Existen varias estrategias para paliar la soledad de las personas mayores. Hay entidades con un recorrido importante que apuestan por realizar acompañamiento individual y grupal a las personas mayores; el voluntariado visita la casa de una persona mayor a la cual posteriormente acompañará a una actividad grupal. Desde el proyecto Radares apostamos por la metodología comunitaria desarrollada en diferentes acciones.

La persona mayor que es usuaria, detectada por Servicios Sociales, el CAP o la red de barrio, entra en Radares cuando verbaliza que se siente sola o que quiere tener más contacto con el barrio. Una vez adherida, recibe, de forma periódica, las llamadas del voluntariado de Radares, que contacta con ella desde un equipamiento del barrio o desde Servicios Sociales. El objetivo de la llamada es simplemente pasar un rato diferente al teléfono y tener un espacio para hablar con otra persona, en el cual, además, se tiene presente el componente de proximidad (el voluntariado es del mismo barrio, cosa que es percibida de forma positiva). En el marco de la llamada, se genera un espacio de conocimiento mutuo que, en la mayoría de casos, termina desembocando en la pregunta clave y en una respuesta no menos importante: ¿cuándo podremos conocernos? Nos encontraremos en el marco de una actividad que organicemos. Estas actividades de vinculación al territorio se organizan desde la mesa comunitaria de barrio de Radares. Una vez que se ha establecido ese primer contacto, resulta más fácil fomentar que las personas usuarias puedan incorporarse de nuevo a su entorno y, desde la red de barrio, se ofrecen actividades que tienen lugar en el territorio y que pueden ser del interés de las personas usuarias del proyecto, con el objetivo de que, tanto si van solas como acompañadas, se vinculen a alguna actividad o espacio de referencia y vayan ganando autonomía a la hora de salir de casa. Desde Servicios Sociales y la red de barrio, se garantiza el acompañamiento a las personas mayores que no dispongan de suficiente autonomía para asistir a las actividades de vinculación.

La experiencia nos muestra que las personas que se encuentran en situación de soledad no deseada se resisten menos a salir de casa si se lo propone una persona con quién tienen un vínculo afectivo como el que establecen con las personas voluntarias que las llaman frecuentemente.

Cabe mencionar que no todas las personas usuarias del proyecto Radares acaban viniendo a las actividades de vinculación: en algunos casos, por dificultades de movilidad

(aunque se les ofrece acompañamiento) y, en otros, porque simplemente optan por no venir. A pesar de eso, valoran de forma positiva las llamadas y reconocen que el rato en el que hablan con el voluntariado es un momento de entretenimiento para ellas, diferente a lo que están acostumbradas en su día a día; viven esa llamada como una posibilidad y escogen cuál es su grado de participación en el proyecto.

Sobre la participación en el proyecto a inicios del año 2019, ante el éxito de las actividades de vinculación, varios territorios del proyecto Radares hicieron patente la necesidad de aumentar la frecuencia de las actividades y, al mismo tiempo, de realizarlas en espacios más informales. Estos encuentros reciben el nombre de *petites estones* ('pequeños ratos') y, en esos espacios de relación, se fomenta la autonomía del grupo favoreciendo que las propias personas puedan decidir el lugar de encuentro, la periodicidad, los temas que se traten, etcétera. El grupo de encuentro acostumbra a ser un grupo estable al cual se van incorporando personas nuevas. Están formados por personas que viven muy cerca, con el fin de conseguir un efecto de proximidad doble: el del vínculo entre las personas voluntarias y las personas mayores que participan en ellos, y también el de un espacio próximo que es conocido por la persona mayor y que, al mismo tiempo, le aporta seguridad.

La prevención de situaciones de riesgo, otro objetivo del proyecto

Aparte de paliar la soledad no deseada, otro objetivo del proyecto es el de prevenir situaciones de riesgo. En el espacio de la llamada, una vez que se ha generado confianza entre el voluntariado y la persona mayor que recibe la llamada, pueden llegar a surgir conversaciones en las que se haga una demanda implícita o se expliquen situaciones que sean consideradas de riesgo. En estos casos, el papel del voluntariado es el de informar a Servicios Sociales para que puedan valorar la intervención.

Para llegar a cumplir ese objetivo, el voluntariado cuenta con espacios de trabajo conjuntos con Servicios Sociales, así como con las directrices necesarias para poder informar de situaciones de riesgo y que Servicios Sociales evalúe el caso para decidir la actuación. Por ello podemos afirmar que el voluntariado del proyecto Radares actúa también como una red de protección en relación con las personas mayores a las que llaman.

Las llamadas son un espacio de prevención de riesgo, pero hay que tener presente que, cuando la persona mayor asiste a las actividades, se vincula a equipamientos, hace nuevas amistades, etcétera, también está tejiendo una red que sirve para prevenir situaciones de riesgo; cuanta más relación con el barrio, más amistades y más vida comunitaria consigan, menos fragilidad tendrán.

El voluntariado de Radares: formación y acompañamiento. Fomento del envejecimiento activo

El voluntariado de Radares está presente en varias fases y espacios del proyecto. Es responsable de la difusión y la sensibilización en el barrio, de la captación de comercios, farmacias y radares vecinales, de las llamadas a las personas mayores y también de las actividades a las cuales son invitadas. Para llevar a cabo todas esas tareas, recibe el apoyo y el acompañamiento de profesionales de Servicios Sociales.

Cuando una persona se incorpora al voluntariado, se le facilita la formación básica para que pueda conocer sus derechos y deberes, y también una formación más específica sobre la tarea que llevará a cabo. Estos espacios de formación son obligatorios antes de empezar el voluntariado y garantizan que la persona tenga toda la información previa al inicio de la tarea, así como el buen funcionamiento del proyecto. Trabajando en este

sentido, hay que especificar que, durante las primeras semanas de voluntariado, se recibe un acompañamiento por parte de profesionales de Servicios Sociales.

En relación con el perfil del voluntariado de Radares, hay que destacar que la media de edad es de 67,5 años, con lo cual también estamos cumpliendo otro objetivo: el fomento del envejecimiento activo. La participación en actividades de voluntariado entre las personas mayores puede ser un factor positivo para un envejecimiento satisfactorio y positivo (Ferrata y Zavala, 2014).

Estado actual del proyecto

El proyecto Radares nació en 2008 en el barrio del Camp d'en Grassot i Gràcia Nova. Progresivamente ha ido extendiéndose a otros barrios de la ciudad de Barcelona con el acompañamiento de un equipo técnico especializado en trabajo comunitario y envejecimiento. Actualmente, el proyecto está presente en 49 barrios de 73 de toda la ciudad. Estos datos se traducen en 32 mesas del proyecto Radares, espacios de decisión

desde donde la ciudadanía puede participar en el desarrollo del proyecto, tomar decisiones y contribuir aportando ideas e iniciativas que contribuyan a que su entorno sea más sensible y respetuoso hacia las personas mayores.

Resultados y efectos del proyecto Radares: un proyecto comunitario pionero en la atención a la soledad no deseada y en la detección del riesgo

En el proceso de evaluación del proyecto, se han elaborado varios estudios sobre la vinculación de las personas usuarias y su situación. En la última encuesta (agosto de 2019), se concluyó que el 81% de las personas usuarias han mejorado su estado de ánimo. El 34% afirma que, desde que recibe las llamadas, sale más de casa y, en consecuencia, conoce mejor el barrio. La participación en las actividades del proyecto Radares es del 49,6% y estas personas afirman que han conocido gente nueva, lo que favorece su socialización. El 90% de las personas encuestadas verbalizan que recomendarían la participación en el proyecto.

Estos datos, tras más diez años de recorrido, nos llevan a concluir que el proyecto Radares mejora la calidad de vida de las personas participantes y que, al mismo tiempo, trabaja en la sensibilización del entorno y favorece unos barrios más próximos a las personas de edad avanzada.

En este sentido, Radares ha sido un proyecto pionero en la atención comunitaria a la soledad no deseada y en la detección del riesgo, motivo por el cual varias administraciones locales se han interesado en reproducir el proyecto también en sus municipios. Actualmente, el Ayuntamiento de Barcelona tiene firmado un convenio con los ayuntamientos de Badalona, Granollers, Mataró, Premià de Mar, Arenys de Mar, Arenys de Munt, Igualada y Xàbia. Estos ayuntamientos reciben un soporte inicial del equipo técnico del proyecto con el fin de impulsarlo en sus municipios.

Bibliografía

AJROUCH, K. J.; BLANDON, A. Y. I ANTONOUCCI, T. C. (2005). "Social networks among men and women: the effects of age and socioeconomic status". *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60, 311-317.

CACIOPPO J. T.; HAWKLEY, L. C.; BERNTSON, G. G.; ERNST, J. M.; GIBBS, A. C.; STICKGOLD, R.; HOBSON, J. A. (2002). "Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency". *Psychological Science*, 13(4) (2002), p. 384-387.

CACIOPPO, J. T. I PATRICK, W. (2008). "Lonely in a social world". A: Cacioppo, J. T. i Patrick, W. (ed.). *Loneliness: human nature and the need for social connection*. Cap. 1, p. 3-19. W.W. Norton & Company, New York.

FERRADA, L.; ZAVALA, M. (2014). "Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado". *Ciencia y Enfermería*, 20, 123-130.

KLINENBERG, E. (2001). "Dying Alone: the social production of urban isolation". *Ethnography*, 4, p. 501-531.

YANGUAS, J. et al. (2018) "El reto de la soledad en la vejez". *Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. Revista de servicios sociales*. 66, 61-75.

Marzo 2020

Palabras clave: supermanzanas,
envejecimiento, dependencia, atención
domiciliaria

Barcelona para las personas mayores. Las supermanzanas sociales

Lluís Torrens
Ayuntamiento de Barcelona⁴¹

Barcelona está envejeciendo. Las previsiones son que antes del 2030 haya cerca de 375.000 personas mayores de 65 años empadronadas, casi el 25% de la población total. La supermanzana social nace de la confluencia de dos ideas: la necesidad de mejorar el modelo de atención domiciliaria y la necesidad de afrontar la sostenibilidad social del envejecimiento de nuestra ciudad. La idea es la denominada “residencia distribuida” o “virtual”, según la cual la vivienda de una persona dependiente recibe los servicios de una habitación de un centro residencial, mientras que el barrio suministra todos los servicios comunes que se recibirían en un parque residencial para personas mayores.

El reto del crecimiento de las personas mayores

Barcelona está envejeciendo: casi 350.000 personas de más de 65 años están empadronadas en nuestra ciudad. Las previsiones son que antes del 2030 haya en torno a 375.000, camino de las 400.000, casi el 25% de la población total, cuando el *baby boom* de los nacidos entre 1960 y 1975 se haya incorporado al colectivo de personas mayores. ¿Es esto un problema o una oportunidad? Yo diría que un reto. No estamos hablando de una amenaza exterior, estamos hablando de nosotros mismos. Pero es verdad que es un reto formidable para la ciudad, porque se combina con un contexto complejo y a la vez específico en Barcelona.

Por ejemplo, todos podemos adivinar que las pensiones serán más bajas y también que los precios de la vivienda serán más altos. Incluso con ambiciosos planes municipales de vivienda como el actual⁴², podríamos tardar varias generaciones en tener un parque de vivienda social lo bastante importante para poder influir decisivamente en el precio de la vivienda y garantizar la accesibilidad a las clases medias y bajas, que incluirán a la mayoría de las personas jubiladas. Y lo escribo en condicional porque incluso ciudades europeas que ya tienen ahora mucha más vivienda asequible (ya sea en manos del sector

41. Este artículo es una versión revisada y ampliada de una conferencia en la Jornada TransJus, Universidad de Barcelona, 9 de abril de 2018.

42. <https://habitatge.barcelona/ca/estrategia/pla-dret-habitatge>.

público, de entidades no lucrativas o de entidades privadas) también empiezan a estar preocupadas por la accesibilidad a la vivienda.

La combinación de pensiones bajas y alquileres y precios de la energía altos se parece a la que ya sufren los jóvenes con sueldos bajos, contratos precarios e incapacidad de emanciparse. Los más jóvenes y los mayores se diferencian en dos cosas: los primeros quieren constituir hogares, y algunos incluso tener hijos, y los segundos necesitarían un *downsizing* de sus hogares y, a la vez, acceder a servicios de ayudas a domicilio crecientes. Hay un denominador común entre jóvenes y mayores, que es la denominada *economía de los cuidados* y que desgraciadamente se caracteriza por qué todo y ser una actividad de un valor social muy alto, es muy poco reconocida económicamente, tremendamente inequitativa y especialmente injusta para las mujeres. Recordemos que, con datos de las encuestas de usos del tiempo y de salarios y pensiones, si sumamos todas las horas que trabajan las mujeres en casa y en el trabajo y lo que ganan en dinero, a lo largo de sus vidas las mujeres trabajan el doble que los hombres y ganan la mitad⁴³.

Si profundizamos en las necesidades de las personas mayores y en las carencias de nuestro insuficiente sistema de bienestar social, constatamos una cifra: en Barcelona hay 13.000 plazas residenciales de personas mayores, con una lista de espera para acceder a las plazas públicas de 8.000 personas (solo tienen acceso si tienen grado de dependencia II y III), 4.000 de las cuales se encuentran en su domicilio. Y con respecto a la media catalana de plazas, faltan en la ciudad de Barcelona casi 2.800 plazas⁴⁴.

Pero, aunque se mejoraran estas cifras, ¿qué significan? Pues una obviedad, que la inmensa mayoría de nuestras personas mayores vivirán el máximo tiempo en casa, la actual u otra, hasta su muerte, pero solo en una pequeña parte de manera institucionalizada. Y eso nos lleva a uno de los grandes retos del envejecimiento y de nuestra sociedad en su conjunto: afrontar que una parte de la población, y de manera creciente con la edad, necesitará atenciones especializadas a domicilio, debido al deterioro progresivo de sus condiciones físicas y mentales, ya sea por la aparición de enfermedades crónicas, ya sea por la combinación de múltiples situaciones.

La dependencia en Barcelona

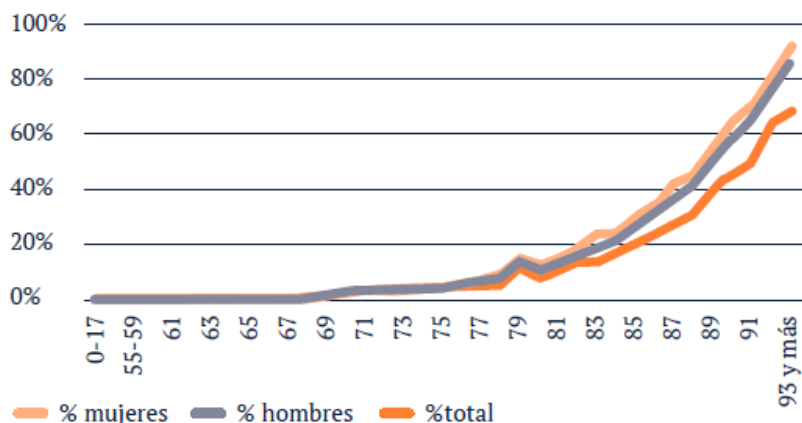
¿Cuántas personas mayores hay que necesitan atención en la ciudad? Tenemos varias cifras, unas procedentes de encuestas y otras de registros administrativos. La primera encuesta sociodemográfica hecha en el 2017 nos dice que en Barcelona hay 117.000 personas que necesitan ayuda para su actividad diaria⁴⁵, la mitad de manera regular (unas 56.000 personas) y la otra mitad de manera esporádica (unas 61.000). Una segunda fuente es el registro de personas que tienen reconocido un grado de dependencia según la ley de autonomía personal y atención a la dependencia, o que sin todavía tenerlo reciben el servicio de atención domiciliaria, y que son 67.000 personas en la ciudad (con un sesgo a la baja en las clases altas), 57.000 de las cuales, el 84%, tienen 65 años o más. Un dato relevante es ver cómo se incrementa este grupo según la edad.

43. <http://www.sinpermiso.info/textos/la-garantia-del-tiempo-libre-desempleo-robotizacion-y-reduccion-de-la-jornada-laboral-parte->

44. <https://ajuntament.barcelona.cat/premsa/2018/07/06/barcelona-xifra-per-primer-cop-el-deficit-dinversio-de-la-generalitat-en-residencies-publicues-per-a-la-gent-gran-2-780-places-menys-i-18-milions-de-sobrecost/>.

45. <https://www.bcn.cat/estadistica/catala/dades/tvida/esd/esd17/persones/taxes/t0111d.htm>.

Gráfico 1. Porcentaje de barceloneses/as con grado de dependencia I/o personas usuarias del SAD por edad. Barcelona, abril, 2019



Fuente: Ayuntamiento de Barcelona, registros administrativos y estadísticas de población.

Vemos que la ratio de personas dependientes según la edad crece muy lentamente hasta cerca de los 75 años y acelera el ritmo a partir de esta edad.

Lo mismo pasa con los grados de dependencia reconocidos: de los grados II y III solo empieza a crecer su cuota sobre el total de personas reconocidas —o que sin estarlo ya reciben el Servicio de Atención Domiciliaria municipal (SAD)— a partir de los 80 años, que es cuando de manera masiva empieza realmente el envejecimiento con afectaciones físicas o mentales. Los avances sociales y sanitarios han retrasado el concepto de personas mayores hasta, como mínimo, los 75 años. De hecho, en términos de afectación en la dependencia, el tramo 65-74 se parece más al anterior, de 55-64, que al de 75-84. Si añadimos al resto de personas con dependencia reconocida que reciben otras prestaciones (residencia, centro de día, prestación de cuidador no profesional, prestación económica vinculada para contratar servicios privadamente, etc.), vemos una tendencia similar, aunque el crecimiento se dispara a partir de los 80 años.

En términos económicos, si asignamos a cada persona dependiente los costes potenciales máximos que tendrían para el Ayuntamiento ser atendida por el SAD⁴⁶, el coste en la ciudad de Barcelona del servicio sería de 364 millones de euros anuales, una cifra que, según las previsiones demográficas, rozaría los 400 millones en el 2026, sin contar los incrementos de los costes unitarios de la prestación. Eso son 5.432 € anuales por persona dependiente reconocida o bien 221 € anuales por ciudadano (para ponerlo en contexto, el presupuesto *per cápita* en salud de la Generalitat fue de 1.186 € en el 2017). Aquí hay que añadir los costes de gestión de la prestación (valoraciones de grado, elaboración y seguimiento de los programas individuales de atención, gastos administrativos, etc.). Esta cifra debe aumentarse en el caso de quienes reciben servicios residenciales especializados (una residencia acreditada por la ley de la dependencia puede costar entre 1.800 y 2.300 € mensuales en Barcelona). Cabe recordar que actualmente la Generalitat solo “garantiza” la accesibilidad a residencias financiadas con fondos públicos a personas dependientes de grado II o III (la mitad de las que reciben prestaciones).

46. Eso no quiere decir que todo el mundo sea atendido por el SAD, sino que aunque utilicen otros servicios, como recibir la prestación por cuidadores no profesionales o servicios residenciales de día o permanentes, estimamos el coste como si todos recibieran del SAD las horas máximas que asegura la ley de dependencia según el grado reconocido —y si no lo tienen reconocido, el equivalente a grado I—.

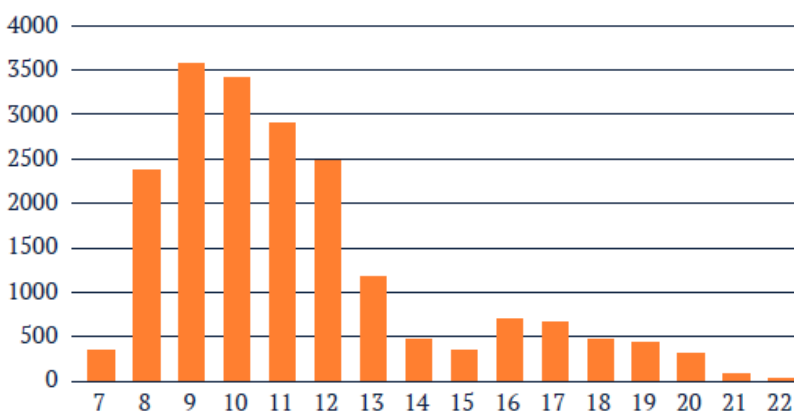
No solo eso, las residencias asistidas para personas dependientes que tienen una función social muy clara no son el lugar deseado por las propias personas mayores, son la última solución a un problema que, si fuera posible, debería atenderse con otros instrumentos.

Pero es que incluso otras soluciones probadas en países avanzados, como las urbanizaciones para personas mayores del cinturón del suelo norteamericano, tampoco son ni generalizables ni incluso deseables, ya que lo que quieren las personas mayores en su mayoría es seguir viviendo en su entorno habitual. El libro *The Longevity Economy*⁴⁷, del fundador del laboratorio AgeLab del MIT, lo explica describiendo la vida más distópica que utópica de una comunidad como estas, aséptica y blindada de niños, en comparación con vivir en un entorno integrado completamente con el resto de la población.

La organización del cuidado en Barcelona

Y es aquí donde tenemos que introducir nuevos elementos. En primer lugar, el SAD en Barcelona ha crecido exponencialmente desde hace diez años, con la entrada en vigor de la ley de la dependencia como derecho universal. En Barcelona, actualmente casi 20.000 personas usuarias reciben este servicio del Ayuntamiento a través de tres empresas que dan empleo de manera estable a unas 4.000 trabajadoras familiares y auxiliares de limpieza, más unas 1.000 adicionales que cubren las bajas y las rotaciones. Pero decir “estable” no define bien la realidad del servicio, cuyo crecimiento ha generado una enorme precarización debido a la incapacidad de suministrar de manera adecuada los 4 millones y medio de horas de servicio que se ofrecen. Así, la inmensa mayoría de servicios se hacen durante la mañana (ya que muchos de ellos son tareas de higiene personal y desencamar y acostar a la persona usuaria), y hay unas puntas de trabajo que hacen imposible planificar jornadas laborales completas para la mayoría de las trabajadoras familiares. Como resultado, un 71% de la plantilla del SAD trabaja a tiempo parcial, a lo que hay que añadir que sus sueldos por convenio son bajos (unos 950 € netos al mes en jornada completa para las trabajadoras familiares y unos 900 para las auxiliares de limpieza), hecho que, combinado con la parcialidad de la jornada de trabajo, hace que los sueldos más frecuentes se muevan entre los 600 y los 800 €, absolutamente insuficientes para sobrevivir en Barcelona, donde viven dos terceras partes de las trabajadoras.

Gráfico 2. Horas diarias de servicios del SAD por franja horaria (sobre 19.817 servicios). Barcelona, 2018



Fuente: Registros administrativos del SAD municipal.

47. COUGHLIN, J. F. (2017). *The Longevity Economy*. Nueva York: PublicAffairs.

Por otra parte, atender 20.000 domicilios diferentes cada semana genera problemas adicionales si el servicio se concibe en términos organizativos como una maquinaria de facturación, ya que la financiación del SAD por parte de las administraciones se hace por hora de servicio efectivamente realizada. Eso es casi lo único que importa, y no los resultados obtenidos en términos de calidad o impacto sobre la autonomía de las personas atendidas. Ni el servicio (ni el convenio colectivo que regula a las trabajadoras del sector) tienen en cuenta ninguna diferencia entre las trabajadoras que tratan a las personas usuarias con necesidades estándares y las que tratan a quienes tienen necesidades especiales, por ejemplo, grandes dependientes o personas con enfermedades mentales (que cada vez son más frecuentes). Las dificultades del modelo y la precarización son un formidable desincentivador de cualquier vocación firme de servicio (que, aun así, está presente en buena parte de la plantilla), lo que acaba resultando en unas elevadas tasas de absentismo laboral y rotación de personal. Eso hace que el servicio entre en un círculo vicioso, ya que la necesidad de estar constantemente sustituyendo al personal empeora la calidad de una atención para la cual una relación personal estrecha entre persona usuaria y cuidadora es muy importante, porque los vínculos de confianza e intimidad que se generan son muy fuertes.

En paralelo, más de 15.000 familias reciben la prestación por cuidador no profesional para atender a un pariente. Desgraciadamente, esta es una pura prestación económica pagada directamente por la Generalitat, que debería de ser un recurso excepcional y sobre la cual, como Ayuntamiento, no tenemos ninguna potestad.

A las familias beneficiarias de la prestación de CNP des del ayuntamiento ofrecíamos sólo hasta hace poco el programa Respir, ampliado a Respir Plus, con el que hasta un millar de familias cuidadoras recibían apoyo económico para ingresar temporalmente a sus parientes en una residencia. Adicionalmente, en algunos lugares de la ciudad se han creado grupos de autoayuda de personas cuidadoras. Y en el 2019 se ha creado el centro de apoyo a los cuidadores no profesionales de la ciudad, el espacio Barcelona Cuida, como parte esencial de la innovadora Estrategia de apoyo a familias cuidadoras en Barcelona⁴⁸.

Y si de este grupo de personas dependientes tenemos poca información, todavía tenemos menos de las que están fuera de la atención financiada con fondos públicos y de sus cuidadoras. Me refiero a las miles de trabajadoras del hogar, internas o no, que prestan servicios de atención a la dependencia con una formación mucho más limitada, muchas veces sin contrato laboral y que complementan en algunos casos los servicios públicos. Y también, y aun con más fuerza, el valor social de la dedicación de los familiares, fundamentalmente mujeres, al hacerse cargo de sus parientes.

Para poder evaluar la magnitud de estos servicios en relación a las necesidades reales, avanzamos los resultados de una encuesta a 600 personas usuarias del SAD o atendidas por cuidadoras no profesionales⁴⁹, cuyo resumen es que una persona dependiente usuaria del SAD recibe por término medio una hora de servicio por día laborable, mientras que las personas que subjetivamente manifiestan sentirse bien cuidadas y, por lo tanto, reciben cuidado de familiares o de otros cuidadores remunerados complementarios del SAD, reciben 17. Las que no se sienten bien cuidadas reciben 12 horas. El SAD solo

48. https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/estrategia_familiars_cuidadors.pdf. A su vez, esta estrategia es parte de la Medida de gobierno para la democratización del cuidado, aprobada por el Ayuntamiento en el 2017. https://media-edg.barcelona.cat/wp-content/uploads/2017/06/05124906/MGDCures_web.pdf.

49. Los resultados son provisionales y aún no se han publicado.

representa el 8% del tiempo de cuidado que reciben. Multiplicar por 12 o por 17 el gasto público ya se ve que está fuera del alcance de las capacidades del sistema.

Y, para completarlo, aunque sea parcialmente, veamos la distribución de la población por viviendas y su relación con el cuidado de las personas dependientes.

En primer lugar, según la Encuesta sociodemográfica, 82.000 personas de más de 65 años viven solas en Barcelona. Esta cifra ha ido creciendo en los últimos años y se combina con otros fenómenos, como el número creciente de hogares individuales de personas con menos de 65 años (119.000) o de familias monoparentales (69.000). Y con el fenómeno de los apartamentos y las habitaciones turísticas (legales o no), el extraordinario dinamismo poblacional de la ciudad —el año pasado, el equivalente al 20% de la población se cambió de domicilio, entre movimientos naturales, migraciones y cambios intramunicipales— y las inversiones extranjeras en inmuebles como valor refugio ayudan a reforzar la carestía inmobiliaria que estamos sufriendo y la subida de precios de los alquileres. A igualdad de población, se necesitan más viviendas, y Barcelona sufre una falta de viviendas pequeñas adaptadas a los cambios demográficos, de manera que se incrementa la infrautilización del parque de vivienda.

Tabla 1. Estructura de los hogares de Barcelona, 2011 | 2017

Estructura	ESDB 2017		CENSO 2011	
	Absolutos	Porcentaje	Absolutos	Porcentaje
Mujer sola <65 años	59.612	8,2	56.790	8,3
Hombre solo <65 años	58.418	8,2	53.145	7,8
Mujer sola >65 años	58.402	8,0	70.505	10,3
Hombre solo >65 años	23.236	3,2	17.615	2,6
Padre o madre con algún hijo <25 años	35.772	4,9	32.165	4,7
Padre o madre con todos los hijos >25 años	33.707	4,6	35.140	5,1
Pareja sin hijos	185.724	25,5	153.005	22,4
Pareja con hijos con algún hijo <25 años	159.580	21,9	137.645	20,1
Pareja con todos los hijos de >25 años	33.170	4,6	39.995	5,7
Otro tipo de hogar	79.065	10,9	89.080	13,0
Barcelona	727.687	100,0	684.085	100,0

Fuente: Encuesta sociodemográfica de Barcelona 2017.

Como dato de referencia, la superficie media de una vivienda en Barcelona es de 80 m², mientras que una plaza en habitación individual de una residencia municipal para personas mayores o de los apartamentos con servicios para las personas mayores y con la repercusión de todos los espacios compartidos es de 35 m² a 40 m² por plaza. Luego está el fenómeno creciente de la soledad, derivado de familias cada vez menos extensas, de la movilidad de los parientes y de la combinación de esta tendencia con los problemas de dependencia y de movilidad reducida que a menudo generan. Solo un dato adicional: hace un par de años, más de 4.200 personas con grado de dependencia II y III vivían en pisos altos sin ascensor.

Las supermanzanas sociales

¿Cuál es el futuro de los cuidados? Nosotros lo hemos bautizado inicialmente como “supermanzana social”. La supermanzana social traslada la innovación de la supermanzana de movilidad⁵⁰ ya iniciada en varios barrios de la ciudad a la constatación ya explicada de que nuestras personas mayores —nosotros, ahora o en el futuro— no

50. https://www.slideshare.net/Barcelona_cat/mesura-de-govern-oomplim-de-vida-els-carrers-lla-implantaci-de-les-superilles.

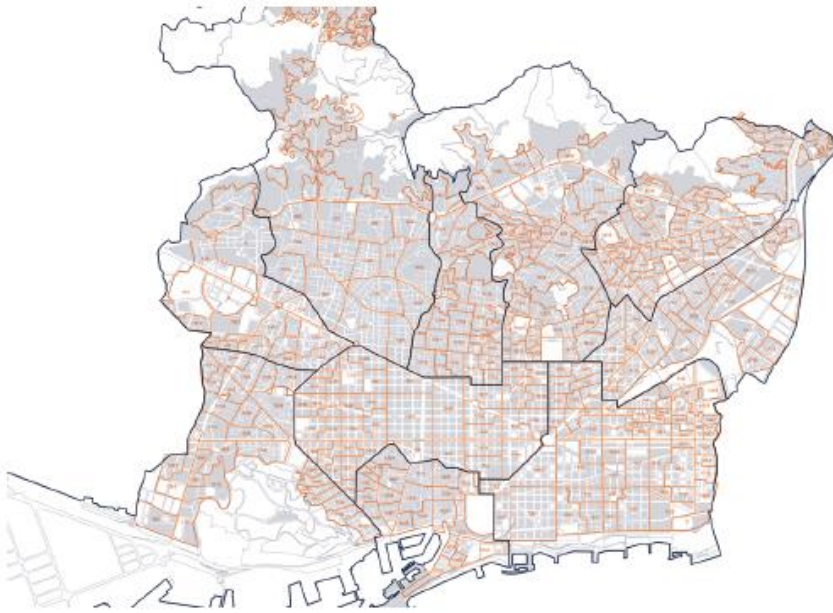
querrán ni podrán irse de casa, pero irán pidiendo progresivamente más servicios sociales y sanitarios, además de emocionales, a un ritmo creciente según la edad, y en un contexto de recursos que, siendo optimistas, no serán crecientes. La supermanzana social básica nace de la confluencia de las dos principales ideas expresadas en las secciones anteriores: la necesidad de mejorar el modelo de atención domiciliaria, tanto para las personas usuarias como para los profesionales, y la necesidad de afrontar disruptivamente el envejecimiento de nuestra ciudad.

La idea fundamental es lo que denominamos “residencia distribuida” o “virtual”, un concepto según el cual la vivienda de una persona dependiente recibe los servicios de una habitación de un centro residencial; y el barrio, en una escala suficientemente pequeña para las personas de movilidad reducida, suministra todos los servicios comunes que se recibirían en un parque residencial para personas mayores.

Si bien Francesco Tonucci, un reconocido pedagogo italiano, promovió el concepto de la “tribu” como responsable compartido de la educación de los niños, la supermanzana social extiende esta idea a la vejez de nuestros mayores. Eso implica un cambio radical en cómo atendemos el reto del envejecimiento. La supermanzana social toma conciencia de las ventajas potenciales de la densidad demográfica de una ciudad como Barcelona, una de las más elevadas del mundo. Densidad en personas, en equipamientos y, en resumen, en proximidad e inmediatez. Eso quiere decir que podemos dividir gran parte de la ciudad en supermanzanas sociales (el equivalente en superficie a entre tres y seis manzanas de L’Eixample) y donde, desde una localización fija interior o próxima (una base logística, o lo que sería equivalente a la sala de guardia de una planta de hospital o de residencia), se esté como mucho a 5 minutos andando de cada vivienda atendida. De esta manera podemos crear supermanzanas que, en una primera fase de despliegue funcional, atiendan entre 40 y 60 usuarios del SAD, con equipos de entre 10 y 14 profesionales que puedan trabajar a tiempo completo, planificando, personalizando y flexibilizando las atenciones a las personas usuarias.

El siguiente mapa es una primera división provisional de cómo podría ser la ciudad dividida en hasta 285 supermanzanas sociales, donde más del 80% de estas incluyen entre 1.400 y 1.800 horas mensuales de servicios del SAD, que pueden ser atendidas por equipos de proximidad de 10 a 14 profesionales. Las supermanzanas más grandes corresponden a zonas de baja densidad de personas usuarias. Las zonas excluidas (sin horas asignadas) corresponden a áreas no habitadas y son aproximadamente la mitad de la superficie del municipio (zonas verdes, industriales y equipamientos), y las zonas de baja densidad lo son por varios motivos: barrios de baja densidad (falda o interior de Collserola, por ejemplo), barrios ricos donde el SAD tiene baja penetración, barrios gentrificados (como parte de Ciutat Vella o el eje del paseo de Gràcia) o barrios jóvenes como la Vila Olímpica y otras partes de Sant Martí. Para cada supermanzana social se dispone de la información básica sobre la demanda (personas usuarias del SAD como dato base), así como otros posibles demandantes de servicios (personas con cuidadores no profesionales, personas mayores, etc.) y la oferta de servicios (equipamientos sociosanitarios y cívicos, entre otros).

Figura 1. Mapa provisional de supermanzanas con horas de SAD mensual. Barcelona, 2019



Núm. horas mensuales: trabajadoras familiares + auxiliares de limpieza por supermanzana

Fuente: Mapa elaborado por el Departamento de Investigación y Conocimiento (Dirección de Innovación Social del Ayuntamiento de Barcelona) con datos facilitados por la Agencia de Ecología Urbana.

El modelo de trabajo en equipo de las supermanzanas adapta uno que ya existe en Holanda, desarrollado por la empresa social de cuidados Buurtzorg⁵¹, que trabaja con un millar de equipos de hasta 12 enfermeras con un elevado grado de autogestión y que en una década se ha convertido en la organización líder indiscutible de la atención domiciliaria en su país; y está extendiendo su modelo a otros países como Suecia, el Reino Unido, Estados Unidos o Japón. En la adaptación barcelonesa, cada persona usuaria mantiene una trabajadora familiar como referente habitual, pero también conoce al resto del equipo de la supermanzana, de tal manera que en caso de ausencia de la referente, la sustituta es conocida y conoce las particularidades de la persona usuaria. Además, la proximidad de los domicilios permite flexibilizar los servicios (adaptándose a situaciones sobrevenidas) y fraccionarlos en periodos más cortos y frecuentes si es necesario (como pasa en el día a día de una residencia), y mantener así el total de horas mensuales acordadas y completar más las jornadas laborales.

El Ayuntamiento de Barcelona empezó en noviembre del 2017 cuatro experiencias piloto con la idea de aprender su funcionamiento y poder replicarlo en toda la ciudad, tanto en extensión territorial (lo cual implicará seguramente varios modelos adaptados a las diferentes densidades, por ejemplo las que se dan en zonas más rurales como las próximas a Collserola —hecho que puede ofrecer valiosos aprendizajes para otras zonas de Cataluña—) como también en extensión de servicios que se pueden añadir al SAD. Al cabo de un año se decidió ampliar las supermanzanas experimentales a cuatro zonas más limítrofes (ahora ya atienden a más de 500 personas usuarias con ocho equipos de

51. <https://www.buurtzorg.com/>.

casi un centenar de profesionales), y la previsión es que en el periodo 2021-2022 se desplieguen un mínimo de 60 supermanzanas sociales en el marco del nuevo contrato del SAD, hasta llegar a cubrir la gran mayoría de la ciudad en los próximos años.

La ampliación de funciones: hacia una supermanzana social integral

El potencial transformador de la supermanzana social como unidad mínima de intervención territorial es muy grande y permite incorporar progresivamente nuevas funcionalidades, bien aprovechando los equipos SAD desplegados, bien coordinándose con otros servicios existentes o creando nuevos. Así, el año 2018 ya se empezó en una de las primeras zonas piloto un programa de coordinación del equipo de la supermanzana con el equipo de atención primaria sanitaria a domicilio de la zona. El proyecto implica mejorar, en primer lugar, la formación en temas sanitarios del equipo de profesionales del SAD para poder hacer detección precoz de cambios en el estado de salud del usuario y tratar mejor a las personas usuarias con enfermedades crónicas. En segundo lugar, se establece una relación directa y de confianza entre trabajadoras familiares y equipos sanitarios en que las primeras se sienten más reconocidas y acompañadas en caso de duda y los segundos sienten que tienen unos ojos privilegiados que visitan diariamente a sus pacientes.

Pero la lista de posibles nuevos despliegues funcionales es muy larga: dar apoyo (formativo, respiros temporales, etc.) a los cuidadores no profesionales y otros trabajadores que atienden a los usuarios; coordinación con el resto de programas de intervención con las personas mayores y dependientes del Ayuntamiento como “Radars” y “Vincles” (para la detección y el tratamiento de la soledad); coordinación con los servicios de comidas a domicilio y en compañía; “Bajamos a la calle”; teleasistencia, etcétera. Y es necesario remarcar también el potencial de las nuevas tecnologías como herramienta para mejorar la atención sociosanitaria a domicilio y ahorrar costes, mejorando la calidad de la atención, por ejemplo, desarrollando equipos tecnológicos conectados a las casas (como sensores o robots sociales) y que envíen las señales de alarma o de monitorización a un sistema descentralizado de salas de guardia de cada supermanzana donde coordinadamente servicios sociales y sanitarios velan día y noche por sus usuarios. O también la coordinación con los equipamientos públicos y privados próximos que dan servicio a las personas mayores: centros de servicios sociales, centros de día (a veces desperdiciados), centros cívicos y casales de personas mayores, centros residenciales o bibliotecas, centros culturales y deportivos, huertos urbanos, etcétera. Y también los centros sanitarios, las farmacias u otros comercios o negocios frecuentados por las personas mayores.

La supermanzana social, además, tiene que permitir la emergencia de nuevos empleos de proximidad. Apunto tres de los que considero que serían más útiles:

- técnico o técnica de vivienda, con las funciones de analizar y facilitar las adaptaciones funcionales, a la dependencia, a la movilidad, a la eficiencia energética, a la domótica, de todas las viviendas de las personas mayores o dependientes.
- dinamizador o dinamizadora de parque inmobiliario que, en colaboración con el sector, impulse la racionalización del grado de utilización del parque inmobiliario de la supermanzana, con acciones como promover pisos compartidos entre personas mayores o proponer soluciones intergeneracionales, detectar y reaprovechar plantas bajas accesibles como viviendas, mejorar la ocupación de grandes pisos infrautilizados

mediante su división en subunidades más pequeñas o poniéndolos en el mercado de vivienda protegida, adelantándose a la presión de los fondos de inversión para comprar los pisos de las personas mayores y dándoles soluciones alternativas para dar liquidez o rendimiento a su patrimonio para afrontar nuevas necesidades, etcétera.

- dinamizador o dinamizadora social, que se debe crear o transformar (algo que ya estamos ensayando en el proyecto “Vincles”), que alinee residentes, comunidades de propietarios y tejido económico y asociativo (tiendas y otros negocios, farmacias, escuelas, etc.) en aquellos proyectos de interés para la comunidad, aprovechando también las posibilidades de las redes sociales (la web del barrio, por ejemplo) y ayudando a desarrollar servicios comunitarios como bancos del tiempo o sistemas de voluntariado para ayudar a las personas mayores en sus tareas cotidianas (ir a comprar, bajar la basura, salir a pasear o hacer pequeñas reparaciones o mantenimientos, por ejemplo).

Así, de la misma manera que pensamos en los Business Improvement Districts anglosajones o en las áreas de promoción económica urbana (BID en inglés, APEU en la versión barcelonesa) para dinamizar el comercio de nuestra ciudad a partir de la colaboración público-privada en áreas a pequeña escala, ¿por qué no pensamos en las supermanzanas sociales para el cuidado, para establecer marcos de colaboración público-privada y poder cofinanciar estas figuras y servicios?⁵².

Hay que decir que en una ciudad como Barcelona, el tamaño de una supermanzana incluirá entre 5.000 y 7.000 habitantes, un tamaño que en términos sociopolíticos permite una intervención muy directa de la ciudadanía en los asuntos más próximos. Por lo tanto, en los próximos pasos de la supermanzana también se pueden crear órganos de participación y gobernanza donde los propios vecinos y usuarios de los servicios puedan dar su opinión y que las entidades y administraciones tengan que rendir cuentas. No se nos hace extraño que las encuestas muestren que los niveles de más bienestar subjetivo (felicidad) declarado se alcanzan entre las personas que viven en poblaciones de entre 10.000 y 50.000 habitantes, y que el grado más alto de afinidad con los vecinos del barrio o de la población se consigue en las poblaciones de menos de 2.000 habitantes. La supermanzana social permite afrontar grandes retos de ciudad a escala humana. Problemas que afectan a miles de personas, al dividirlos por 300 se convierten en problemas tratables, con nombres y apellidos, buscando la implicación de los activos de cada comunidad.

Como ejemplo, en cada supermanzana hay hasta 700 familias que cuidan de personas mayores, con o sin apoyo público, y por término medio, 12 niños de 0 a 2 años que se quedan sin *escola bressol* pública por falta de plazas. En cada supermanzana puede haber unas docenas de pisos vacíos y centenares de pisos y locales infrautilizados, así como decenas o centenares de vecinos y vecinas viviendo en habitaciones realquiladas, sin derecho ni siquiera a cocina y, por lo tanto, con necesidad de espacios comunitarios. Y no hay ninguna sección censal de las 1.068 (serían 3 o 4 por supermanzana) en que se divide Barcelona en la que no haya al menos un mínimo del 4% de hogares bajo el umbral de la pobreza que necesitan también el apoyo de su comunidad más próxima.

52. En Boston se inició hace casi dos décadas este modelo: <https://www.beaconhillvillage.org/>.

Una supermanzana social, coordinada horizontalmente con las otras supermanzanas, verticalmente con los centros sociales de referencia del barrio y del distrito y con otros dispositivos y entidades, tendría el grado de granularidad suficiente para permitir canalizar el voluntariado hacia proyectos públicos y privados enfocados a los problemas específicos de cada una y aprovechando los activos. No olvidemos que 300 supermanzanas sociales se pueden convertir en 300 laboratorios urbanos sociales para testar e innovar a pequeña escala y, así, afrontar con fuerzas renovadas los retos de la ciudad y procurar más bienestar a toda la población, buscando y replicando las mejores prácticas que se vayan generando.

Marzo 2020

Palabras clave: envejecimiento, cooperación, covivienda en cesión de uso, cuidados, convivencia, finalista

Can 70, un proyecto de envejecimiento en comunidad

Autoría colectiva de Can 70 (grupo semilla de Sostre Cívica)⁵³

En Can 70, las experiencias vitales nos han llevado a creer que, a partir de una cierta edad, la soledad no deseada es la peor enfermedad, que los cuidados necesarios no los debe dispensar la familia y que las experiencias cooperativas facilitan la convivencia. También sabemos que queremos seguir siendo vecinas de nuestra ciudad. Por eso, hemos decidido que pasaremos la última fase de la vida en comunidad en una covivienda cooperativa en régimen de cesión de uso, con pautas de convivencia participada y decidida entre todas, con ayuda mutua y, cuando sea necesario, con colaboración profesional por parte de entidades cooperativas. Al final del 2015, nos presentamos en la Administración municipal para conseguir espacio y apoyo y, desde entonces, hemos podido trabajar en valores, visión, procesos de gobernanza, proyectos arquitectónicos y cuidados en comunidad. Hemos encontrado oportunidades y trabas para conseguir un espacio disponible, pero tenemos el convencimiento de ser un modelo válido y reproducible.

Introducción

El envejecimiento de la población constituye una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI. De aquí a pocos años, los pueblos y las ciudades se tendrán que enfrentar a nuevos retos, como el de garantizar la inclusión social y la participación activa de las personas mayores, que seremos un colectivo cada día más numeroso y heterogéneo, con gran diversidad de gustos, prioridades y necesidades. El modelo actual de equipamientos y servicios para las personas mayores tiene que cambiar para ser capaz de adaptarse a estas necesidades y a la demanda de atenciones diversas y personalizadas. Ante esta situación, hay que hacer frente a la realidad desde una perspectiva inclusiva, dinámica y flexible y, sobre todo, favorecer la capacitación y la prevención. Demasiadas veces, la atención, a pesar de las normativas actuales y los servicios existentes, acaba siendo un deber duro para los familiares próximos, básicamente hijos y, sobre todo, hijas. No queremos dar trabajo a la familia, pero sí vivir dignamente los últimos años de nuestra vida en covivienda. Estos son los grandes motivos de nuestro proyecto.

53. Redactado por el grupo de trabajo de comunicación externa https://sostrecivic.coop/grups_llavors/can-70/

1. Quiénes somos

Can 70 somos un grupo de personas mayores que trabajamos por conseguir una alternativa al modelo actual de envejecimiento, que, para nosotros, es la convivencia en cesión de uso, que permite vivir de una manera colaborativa y solidaria y de forma que se facilite la atención a las personas para que envejezcan de una forma activa, autónoma y saludable en un entorno que propicie el crecimiento personal y colectivo. Nuestro proyecto pretende compartir la vida en la vejez, y valorar las emociones personales y las diferencias para superar dificultades. Harán falta compromiso e implicación para conseguir consensos y el futuro soñado: la convivencia con el apoyo mutuo y los cuidados necesarios, disfrutando el inicio, el proceso y el final. El lema es “compartir, convivir y disfrutar la vejez”. Actualmente, a fines del 2019, somos 23 personas, 19 unidades de convivencia, con casi el 75 % de mujeres, con edades comprendidas entre 55 y 70 años. Queríamos llegar a ser entre 25 y 30 unidades de convivencia para hacer que el proyecto sea viable. Vivimos mayoritariamente en Barcelona, en barrios diferentes, pertenecemos a entidades cooperativas y hacemos tareas de voluntariado en varias asociaciones de la ciudad.

2. Qué queremos

Vivir una vejez empoderada y activa, que transforme el modelo social predominante basado en la subvención pública o la asunción por parte de la familia de los servicios y el cuidado necesario en la última etapa de la vida. Basamos nuestra comunidad en el “modelo cooperativo de cesión de uso”⁵⁴, porque este modelo busca dar al derecho a la vivienda un valor de uso, en lugar de convertirlo en un bien de consumo, de tal modo que se convierta en una alternativa generalizable de acceso a la vivienda.

Queremos construir vínculos sociales, humanos y comunitarios en un territorio de proximidad (básicamente el barrio) y contribuir a la transformación de la ciudad, en contraposición con el contexto global de individualismo liberal-capitalista. Queremos diversificar las formas de convivencia estableciendo redes de apoyo mutuo y espacios compartidos que favorezcan el equilibrio emocional en el aspecto tanto personal como relacional, y evitar el aislamiento y la soledad. Asimismo, pretendemos autogestionar de una forma cooperativa los servicios necesarios para la comunidad (mantenimiento, cocina, limpieza, compras, etcétera), incluidos los aspectos que hacen referencia al cuidado de las personas y la contratación de los recursos y el personal necesarios en los ámbitos administrativo, asistencial, sanitario, etcétera. Pretendemos vivir en nuestra casa, en una vivienda con espacios de uso privado y espacios de uso común que permitan hacer actividades colectivas y organizar los servicios comunes y que constituyan un entorno ecológicamente sostenible, saludable y acogedor. Finalmente, también pretendemos impulsar un modelo reproducible y multiplicable para futuras generaciones.

3. Cómo nos pensamos

La cooperación, el compromiso y el consenso son los pilares de cualquier proyecto de convivencia. El nuestro respeta la individualidad de cada persona en su espacio privado. Cada uno de los habitantes se corresponsabiliza de la gestión y el uso de los espacios

54. Entendemos la propiedad colectiva como una propiedad que no es ni privada ni pública. La cooperativa es la titular de la vivienda, con voluntad de que lo sea indefinidamente. No es posible, pues, transformar el modelo para obtener viviendas de propiedad privada. La propiedad colectiva evita la especulación, ya que imposibilita el lucro individual a partir del alquiler o la venta. De acuerdo con el “derecho de uso”, es decir, ni alquiler ni compra, las viviendas se consideran un bien de uso del que las personas socias de la cooperativa pueden disfrutar indefinidamente o por un periodo muy largo acordado en la cesión. Es un modelo mucho más estable que un alquiler y más asequible que la compra. La inversión inicial y el pago de cuotas mensuales derivan de los costes de adquisición, mantenimiento y funcionamiento de la cooperativa, no del mercado.

comunes que la comunidad decida. El diseño de la vivienda y sus espacios están pensados para facilitar las relaciones con la comunidad y la ayuda mutua.

Toda la gestión está en manos de los residentes mismos, que pueden delegar servicios o responsabilidades en otras personas o entidades, si se acuerda así. La estructura social, pues, no es jerárquica, ya que las decisiones se adoptan democráticamente en el espacio de decisión correspondiente (asamblea, grupos de trabajo) y, si puede ser, por consenso. Por otro lado, las economías están separadas, es decir, cada habitante cooperativista mantiene su independencia económica, pero al mismo tiempo participa en los gastos comunes acordados por la cooperativa y en el fondo de solidaridad. En Can 70, llamamos las ocho C a los valores que sintetizan nuestra filosofía: conocimiento, comunicación, confianza, cooperación, compromiso, consenso, conflicto y celebración. Cada uno de estos valores ha estado definido y aceptado por el grupo.

Con respecto al entorno, no hay ninguna duda de que el espacio donde queremos compartir nuestra vida no puede ser ni significar 'aislamiento', sino lo contrario. Queremos vivir nuestra nueva realidad "en el barrio" y, sobre todo, queremos "vivir el barrio", incorporándonos e incorporándolo a nuestra cotidianidad. Queremos hacernos presentes y ofrecernos para ayudar y dinamizar la convivencia: en el ámbito de los servicios, en el social o en el de la experiencia, tanto individual como grupal. Es muy importante para Can 70, como proyecto de vivienda colaborativa, disponer de espacios comunes y de actividades abiertas a los vecinos y vecinas del barrio.

4. Cómo nos organizamos y gobernamos

A pesar de no constituir un reglamento interno, sí que hemos establecido algunas líneas maestras en las que todo el grupo estamos de acuerdo.

4.1 Cómo decidimos

Trabajamos para conseguir una democracia profunda a partir de la horizontalidad del proyecto, de la posibilidad de estar en cualquier grupo de trabajo y de la transparencia. Nos corresponde, como personas fundadoras, pensar en el consenso como la mejor forma de tomar decisiones para el futuro del proyecto.

4.2 Cómo nos entendemos

El tamaño del grupo tiene mucho que ver con la posibilidad comunicativa. En un grupo de aproximadamente 30-40 personas, necesitaremos conseguir fluidez tanto con respecto a la comunicación directa como a través de las nuevas tecnologías, y establecer informaciones generales, específicas, puntuales y encuentros que definiremos como reuniones o asambleas o de grupos de trabajo en un apartado posterior, pero queremos que la comunicación fluya de cada uno. Cabe establecer mecanismos claros para el debate y disponer de canales diversos, tanto de nuevas tecnologías como de tablón de anuncios, aunque también son interesantísimos los canales informales y cotidianos. Cada persona debe tener la posibilidad de ser escuchada y tiene que poder disponer de la información necesaria. Por lo tanto, las reglas deben ser compartidas, participadas, y hay que exponer previamente sus significados, bien desde lecturas concretas que se pueden hacer en ámbitos informales, bien organizando encuentros donde ponerlos en común.

4.3 Cómo creamos el grupo

Para el proceso de acogida, quien manifiesta interés en conocernos recibe una documentación mínima, puede tener un encuentro relajado con las personas apadrinadoras (un par de miembros de Can 70) y, con posterioridad, solicita (o no) formar parte del proyecto. Entonces, el grupo decide si la acepta y se le comunica la decisión. Durante seis meses, se abre un periodo de conocimiento mutuo en el que se participa en todas las actividades y tomas de decisiones y las personas que han apadrinado actúan

como referentes para cualquier duda. Después de este tiempo, la persona se convierte (o no, si el proceso no ha sido satisfactorio) en miembro de Can 70 de pleno derecho y con todos los deberes. El acceso a Can 70 empieza al cumplir 50 años y acaba al cumplir 70. Tenemos que conseguir la integración de los nuevos miembros, manteniendo siempre los valores comunes. Se dice que puede saberse cómo funciona una comunidad observando cómo cuida a las personas nuevas, por lo que este es un tema importante. Sabemos que tenemos que conseguir un equilibrio entre diversidad y proximidad en términos de edad, clase social, valores políticos y culturales, etcétera, para favorecer la cohesión, pero no debemos permitir que las similitudes nos conviertan en una comunidad cerrada.

Las salidas del proyecto de manera voluntaria o por defunción requieren decisiones a escala económica, que recogeremos en el reglamento interno, así como un proceso de pérdida o de duelo que habrá que trabajar. Las salidas no voluntarias, es decir, en qué casos decidiremos excluir a alguien del grupo, las definiremos en el reglamento interno y siempre habiendo pasado un periodo de trabajo para intentar resolverlo desde el punto de vista personal y colectivo.

4.4 Qué mínimos oficiales estableceremos

Confeccionaremos el reglamento interno teniendo en cuenta los aspectos mencionados y, también, sin duda, los elementos genéricos referidos en el modelo presente en los estatutos de la cooperativa de la que formamos parte, que en este momento es Sostre Cívico.

4.5 Dónde nos encontramos y dónde se decide

Pretendemos no ser demasiado normativos en este sentido, pero sí es necesario dar cabida a varias posibilidades de comunicación y niveles de decisión: en primer lugar, los encuentros informales para charlar, cohesionar al grupo y compartir tiempo y opiniones sin objetivos específicos, con algún tema genérico; en segundo lugar, las reuniones de los grupos de trabajo voluntarios, o no, en las que habrá que coordinar y desarrollar proyectos tanto de ocio como de carácter social; y, en tercer lugar, las asambleas que dan voz a todo el colectivo y que pueden ser informativas, decisivas o ambas cosas. Nos podemos plantear también una especie de consejo o junta, un grupo troncal o motor voluntario que tome decisiones sobre temas cotidianos, con cuidado de no convertir la voluntariedad en obligatoriedad. Nuestra cultura grupal debe tener actividades de mantenimiento en la forma de rituales comunitarios (comidas y celebraciones), que podemos añadir a los espacios más formales, como las asambleas generales y las reuniones de los grupos de trabajo. Finalmente, hay que mencionar un tipo de reunión diferente de las habituales, que es la asamblea emocional. Así como consideramos que “hacer grupo es más importante que hacer el edificio”, es necesario que el grupo se mantenga, no solo formalmente, sino también emocionalmente.

4.6 Quién decide y qué

Primero, se celebra la asamblea general con el orden del día, la participación de todo el mundo y con capacidad decisoria sobre cualquier tema que se plantee. En segundo lugar, está el grupo motor para resolver cuestiones cotidianas, tanto carácter material (mantenimiento, compras, gestión, etcétera) como personal (ayudas, colaboraciones o sanciones). También estarán los grupos de trabajo sobre temas o ámbitos concretos. Queremos tener una voz informal que incite a participar en grupos, aunque no lo queremos hacer explícitamente obligatorio, y es que no queremos a una sola persona líder, sino un colectivo donde todo el mundo pueda serlo. Finalmente, también está el grupo paraguas: es imprescindible la voluntariedad, ya que es el encargado de proponer las asambleas emocionales. Cuando se nota que hay alguna cuestión en el ambiente o que aporta “ruido” al grupo, pero no se explicita, es imprescindible hacer una reunión para

hablarlo y empezar a solucionarlo. Es el grupo el espacio donde se puede ir a buscar solución a posibles conflictos, ya que, además, podrá tener apoyo externo de mediación, facilitación, etcétera.

4.7 Cómo nos ayudamos

El apoyo mutuo es un concepto que forma parte del objetivo. Ahora planteamos hasta qué punto pensamos asumir, qué queremos y qué no queremos hacer o que nos hagan, exponemos límites explícitos, etcétera. No queremos dar trabajo a la familia y, del mismo modo, no queremos dar trabajo a las amistades. Sabemos que, cuanto más explícito sea nuestro planteamiento, menos problemas tendremos en la gestión de los cuidados, y sabemos también que un espacio finalista debe estar consensuado para dar seguridad. Nos basamos en cuatro ejes de cuidados: a) el que hace referencia a la casa compartida, b) el que asociamos al apoyo para afrontar las dependencias, c) el que gira en torno a la muerte y d) el referente a las implicaciones y las necesidades económicas.

4.8 Cómo deseamos envejecer

Será un proceso compartido: ya hemos empezado a explicitar deseos de futuro y a hablar sobre el final de la vida. Nuestra comunidad basa algunos de sus valores en el envejecimiento activo y en el apoyo mutuo en la vejez. Pretendemos un empoderamiento de las personas mayores, sin convertirnos en un geriátrico, con actividades extracomunitarias vinculadas al barrio. Necesitamos una infraestructura de red entre iguales, aun reconociendo nuestras diversidades, y eso lo conseguimos hablando, y mucho, de qué representa el final de la vida. Desde propuestas como el derecho a la muerte digna, con la posibilidad de un futuro próximo con eutanasia legalizada, hasta acompañamiento personalizado hasta el final. Todo es respetable.

5. Cómo satisfacer las necesidades invisibles de las personas

Vale la pena proponer algunos elementos que hay que tener en cuenta para conseguir seguridad psicológica y crear relaciones positivas y efectos duraderos, tan importantes para la vida como el alimento básico.

5.1 Emociones, empatía, roles y estatus.

Tenemos que aprender a relativizar, a mirar dentro nuestro yo, a aceptar lo que no nos gusta de nosotras mismas, a ver qué podemos o no cambiar, a aceptar también que nadie es perfecto, a escuchar, a no preocuparnos por cosas sin solución y a querernos más. Eso hay que hacerlo cuanto antes mejor, para hacer al grupo sólido, para construir el edificio humano. La empatía también habrá que entrenarla: la definimos como ponerse en lugar del otro, suspender los juicios, atender a las emociones de la otra persona, conectar con sus necesidades, etcétera. Nunca es dar consejo, consuelo, relativizar ni contar nuestra historia similar. En cualquier grupo aparecen roles diversos que son móviles, no se ubican en la persona. Por lo tanto, apartando a quien tiene un rol (crítico, conflictivo, etcétera) no se elimina el rol, ¡sino que aparece en otra persona! El trabajo consiste, pues, en aprender a diferenciar el rol de la persona. Hay que saber que, en todos los grupos, aunque tengan una estructura horizontal, el poder siempre existe: no el poder de alguien por encima de los demás, sino la capacidad de hacer. Por eso hay que diferenciar el rol, el estatus y la persona.

5.2 Conflictos

Tenemos que tratar los conflictos en fase preventiva, con el grupo “paraguas”, detector de señales y que, a la vez, puede hacer de escucha y ayudar a no propagar rumores y dar apoyo a quien lo necesite o lo pida. Nos irá bien tener herramientas para gestionarlos en fases iniciales, como los sofás de encuentro, comidas o cenas para hablar y exponer puntos de vista. En una segunda fase, el conflicto es abierto y, si no se afronta, puede llegar a comportar crisis y violencia. Para afrontarlos, tenemos que hacernos preguntas

sobre el poder del grupo, dónde está, cómo se comunica, de qué habla y de qué no, qué valores no se han compartido, qué está pasando, qué se dice sobre cada uno y sobre el grupo, etcétera. En cualquier caso, es humano que haya conflictos: son parte inherente de la vida y de la convivencia. Por lo tanto, también nos planteamos hablar con personas expertas externas, incluso, antes de empezar a convivir, con el fin de desarrollar herramientas útiles.

5.3 Participación, dedicación e implicación

Participar no es simplemente “estar” o “asistir”, sino que es tomar parte en una misión común, es implicación y compromiso, es aportación para resultados, es apropiación del proyecto. Hablamos de actitudes y sentimientos, pero también de trabajo que hacer. El rechazo a lo que se acuerda puede ser fruto de una percepción de autoritarismo. Hay que trabajar, pues, para vincularlo al cuidado y la cohesión del grupo. Por lo tanto, tenemos presente que los trabajos obligatorios se hacen en beneficio del grupo y no por obediencia. No queremos ser personas “cuidadoras” de otros, sino que todo el mundo se responsabilice.

5.4 Liderazgo

Sabemos que va vinculado al poder, pero al poder entendido como capacidad o posibilidad; no es el poder “sobre”, sino el poder “para”, que comporta, igualmente privilegio. Tenemos que ser capaces de identificar quién tiene más o menos poder sobre nosotros, si nosotros lo tenemos y en qué. El liderazgo en Can 70 debe ser positivo y, sobre todo, vinculado al cuidado de las personas del grupo. Así, nadie asume el liderazgo, sino que es el grupo el que lo otorga, como no puede ser de otro modo.

5.5 Personalidades y actitudes, líneas rojas

Puesto que se trata de un proyecto de personas mayores, sabemos que hay actitudes inesperadas o situaciones insospechadas que pueden hacer daño a escala individual o de grupo. Si se da esta situación, inicialmente llevaremos el tema a la asamblea emocional, donde se tratará y se afrontará el conflicto, si es necesario, con ayuda externa. Si es necesario, posteriormente lo llevaremos a la asamblea general para asumir colectivamente la decisión necesaria.

6. Cómo satisfacer las necesidades visibles

Queremos autogestionar de una forma cooperativa los servicios necesarios para la comunidad (mantenimiento, cocina, limpieza, compras, etcétera), así como los aspectos que hacen referencia al cuidado de las personas, como la contratación de los recursos y el personal necesarios en los ámbitos administrativo, asistencial, sanitario, etcétera.

6.1 Servicios generales básicos y de cuidado de las personas

Somos conscientes de qué queremos y también de qué podemos hacer. Por eso, debemos tener la previsión de qué necesitaremos que nos hagan. Hemos previsto que los servicios básicos externalizados sean gestionados por entidades del mundo cooperativo de cada ámbito. También está prevista la colaboración voluntaria de personas socias expectantes. Los servicios domésticos necesarios serán la administración, la gestión del centro y del personal, la recepción, la limpieza de los espacios comunes, del edificio en general y del espacio privado opcionalmente, el mantenimiento del edificio (estructura, luz, agua, gas, red, etcétera) y las compras. También se quiere una alimentación con cocina saludable, porque es importante cuidar el segundo cerebro (comer es una de las actividades más importantes, hay que hacerla acompañadas en el comedor comunitario una vez al día, inicialmente). Pensamos también en la colada, plancha y costura: según cuáles sean nuestras posibilidades, iremos dejando nuestras ropas en manos de otros o no, pero los utensilios y los aparatos serán comunitarios. Servicios más personalizados: mantenimiento de la salud física y mental con personal que dirija sesiones de ejercicio

físico (fisioterapeutas y personal monitor), talleres de fisioterapia y también servicio de atención psicológica, de podología, peluquería o barbería. Todos estos servicios podemos tenerlos si no usamos los del barrio o cuando nos sea demasiado dificultoso desplazarnos.

6.2 Servicio sanitario

Tendremos el CAP (Centro de Atención Primaria) y los servicios que ofrece el Servicio Catalán de la Salud, pero también podremos ir añadiendo personal sanitario, tanto médicos especialistas como personal de enfermería y auxiliares de geriatría, si los necesitamos. Pensamos tanto en la medicina oficial como en la alternativa, que podemos compartir. Las compras y la distribución de farmacia (tradicional o natural) también se pueden externalizar cuando sea necesario.

6.3 Tiempo libre

Es la salud para el espíritu y las emociones. Hará falta personal para organizar actividades, talleres de lectura, cine, teatro, gastronomía, canto, danza, fiestas (estacionales, personales, etcétera) y salidas, intercambios con otros centros o viajes.

7. Ideas del proyecto arquitectónico y mantenimiento del edificio

El desarrollo de los proyectos de convivencia, especialmente con grupos y cooperativas, exige unos procesos de organización y diseño específicos, diferentes de los habituales en otros tipos de trabajos y clientes. Hay muchas etapas intermedias necesarias para llegar a decisiones comunitarias entre las futuras personas usuarias. Además de los servicios habituales, el proyecto de arquitectura tiene que incluir todos los elementos necesarios para el despliegue de la totalidad del proceso de convivencia: buscar un suelo adecuado, definir un programa de usos para un grupo específico de personas o recibir apoyo técnico en los grupos de trabajo para evaluar y certificar el comportamiento energético del edificio.

El proyecto convencional de arquitectura habitualmente se lleva a cabo en cuatro fases: el anteproyecto, el proyecto básico, el de ejecución y el de obra. ¿Qué modelo es mejor? El que se corresponda con la forma de vida y el tipo de relaciones sociales y medioambientales que hemos decidido tener. Queremos producir nuevas viviendas que propongan una forma de cuidados diferente y que mejoren la relación entre los habitantes mismos y también con el entorno próximo o no tan próximo. No seremos una residencia geriátrica alternativa. Queremos conseguir una vivienda colaborativa y autopromocionada, con espacios donde se compartan actividades relacionadas con el cuidado de las personas y se practiquen iniciativas de apoyo mutuo y de reciprocidad. En un proyecto de este tipo, definiremos como infraestructura dura del edificio sus espacios (privados, compartidos, interiores, exteriores) y la relación espacial entre estos espacios; y, como infraestructura blanda, los sistemas sociales, los significados, las prácticas y las relaciones que tienen que ver con los espacios. Es básico que, al pensar en la infraestructura dura, tengamos en cuenta la blanda, porque la debe facilitar.

Con respecto al entorno, el edificio tendrá que estar en un barrio plano, equipado con servicios, comercios y transporte público. Externamente, la forma y el diseño no tendrán que desentonar con el entorno. Pensamos en un edificio con una superficie útil de aproximadamente 2.000 m², que nos permita vivir a entre 30 y 40 personas. Queremos espacios flexibles y polivalentes para conseguir una vivienda compartida y que sirva para socializar. Con respecto al vestíbulo, el edificio tiene que funcionar como un todo: al cruzar el acceso principal, nos podemos encontrar un amplio vestíbulo, que sirva para empezar el recorrido por los espacios y también como entrada agradable en el hogar. La planta baja puede ser el lugar más adecuado para instalar la cocina general, bien conectada con el comedor comunitario (para comidas). Tendrá que haber una pequeña sala polivalente silenciosa para leer y en un espacio multimedia, una sala de estar que

podrá estar comunicada con el comedor como ampliación de su espacio y una sala polivalente que sirva tanto para talleres como para otras actividades o reuniones generales o de grupos más reducidos. Para la comunicación entre esta planta y las superiores debería buscarse una solución arquitectónica que consiga una perfecta accesibilidad para todas las personas, con cualquier nivel de movilidad.

En las plantas superiores estarán los espacios privados o unidades de convivencia, que tendrán 40 y 60 m² aproximadamente y dispondrán de cocina, baño adaptado, accesible para silla de ruedas, y un espacio diáfano donde colocar el dormitorio, una salita, zona de trabajo, etcétera, organizado y amueblado según cada usuario o usuaria. Asimismo, debe haber otros espacios comunes, como la lavandería o espacio de costura, el taller de mantenimiento general, que también puede ser utilizado para trabajos particulares de los usuarios (bricolaje), zonas de almacenaje (generales y particulares, que podrán encontrarse en plantas diferentes buscando la proximidad a los diversos usos), habitaciones de invitados, espacio de botiquín para pequeñas curas, etcétera. Pensamos también en espacios de transición entre lo privado y lo comunitario, cruciales para hacer que el contacto social en las transiciones de las viviendas a los espacios comunes funcione graduando las interacciones y su intensidad. Funcionan como calles internas en el edificio que las personas usuarias pueden recorrer para encontrarse con otros, si así lo desean, interactuar y fomentar entornos diferentes donde cada persona pueda encontrar su propia forma de comunicación y el propio espacio de interacción según su personalidad.

El edificio debe tener unas características generales. La primera es que debe ser un hábitat sostenible energéticamente, en los materiales, para aislar antes que calentar o enfriar, con plantas diáfanas y distribución flexible (tabiques o armarios desmontables), y una construcción industrializada (módulos) para reducir el tiempo, la energía y los residuos durante la construcción. Debe tener estructura de hormigón, para el contacto con la tierra, estructura de madera contralaminada para los viviendas y los espacios comunitarios y estructura metálica para los elementos ligeros de circulaciones horizontales y verticales. En gasto de agua, se prevé la reutilización de aguas grises. Hay que prever también la reducción y reutilización de los residuos. Por otro lado, se quiere un hábitat saludable y hay que hacer un estudio geobiológico para evitar patologías. Deben utilizarse materiales biocompatibles, naturales, libres de tóxicos; conseguir un confort higrotérmico, con materiales transpirables, aislantes; y hacer una instalación eléctrica en espiga, que evita alteraciones electromagnéticas. Finalmente, tiene que ser un hábitat accesible: acceso fácil en las plantas, ascensores hidráulicos, baños, suelo, alturas de piezas del baño, de enchufes, de persianas, de ventanas, de interiores armarios y anchuras de puertas (todas) y pasillos. Todo tendrá que estar adaptado.

Con respecto a los servicios, instalaciones y mantenimiento: hay que estudiar cómo hacer posible, de una manera eficaz, elementos como un jardín, solárium, gimnasio, baño terapéutico, etcétera.

Hay que tener en cuenta la tecnología que se quiere incluir: ascensores, telefonía, internet, wifi, televisión por cable, sistema contra incendios, adaptación a las normativas, sectorización (puertas de cierre automático), etcétera. Como definición, el mantenimiento preventivo del edificio es el más adecuado y posiblemente será necesario contratar una entidad externa de carácter social.

Este mantenimiento consiste en acciones planificadas sobre las infraestructuras que permiten disminuir el impacto de las averías y garantizar la máxima disponibilidad. Desde un punto de vista más global, se contratarán servicios de cooperativas o empresas vinculadas a la economía solidaria.

Bibliografia

EZQUERRA, SANDRA; Y MANSILLA, ELBA. *Economía de les cures i política municipal: cap a una democratització de la cura a la ciutat de Barcelona*. Colección “Estudis Temps i Cures”. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona, 2009.

DURRETT, CHARLES. *El manual del Senior Cohousing*. Madrid: Dykinson, 2015.

LACOL Y LA CIUTAT INVISIBLE. *Habitar en comunidad. La vivienda cooperativa en cesión de uso*. Madrid: Fundación Arquia y Catarata, 2018.

MOGOLLÓN, IRATI; Y FERNÁNDEZ, ANA. *Arquitecturas del cuidado. Viviendas colaborativas para personas mayores. Un acercamiento al contexto vasco y las realidades europeas*. Zeberio: Emakunde (Instituto Vasco de la Mujer) y Eusko Jaurilaritza (Gobierno Vasco), 2016.

Marzo 2020

Palabras clave: envejecimiento activo, trabajo de la comunidad, soledad, aislamiento, personas mayores, salud

La Escola de Salut i Envelliment Actiu del Casc Antic

Jordi Bautista

Psicólogo en el Centro de Servicios Sociales del Casc Antic

En el 2010 se creó la Escuela de Salud de Personas Mayores del Casc Antic con el fin de combatir las situaciones de aislamiento y soledad de las personas mayores. La escuela es un proyecto impulsado por los servicios sociales municipales en el que también participan, lideran e impulsan la Mesa de Personas Mayores del Casc Antic, un espacio de participación comunitaria con instituciones, servicios públicos y privados y algunos vecinos y vecinas con el objetivo de velar por el bienestar, la mejora de la calidad de vida y el envejecimiento activo de las personas mayores del Casc Antic.

Introducción

En el 2010, con la finalidad de dar respuesta a una serie de necesidades detectadas por los servicios sociales y por los servicios de salud, y mediante los diferentes diagnósticos efectuados (el diagnóstico socioeconómico y ambiental, el diagnóstico de salud realizado por el Plan integral y el programa “Salud en los barrios”, efectuados dentro del contexto de la Ley de barrios 2008-2009), se dio pie a crear la primera Escuela de Salud de Personas Mayores de Casc Antic, que se entendía como un proyecto que formaba parte de la actuación comunitaria que se estaba llevando a cabo con las personas mayores del Casc Antic.

El proyecto nació orientado a responder preventivamente y priorizar dos situaciones detectadas: el aislamiento y la soledad de las personas mayores. Se considera que estas dos situaciones tienen efectos negativos sobre las diferentes esferas de la persona, tanto en el plano biológico como en el social y el psicológico, y se encuentran en la base de muchos problemas sociales. Por lo tanto, una de las funciones importantes de esta escuela es poner los medios necesarios para poder evitar las soledades no deseadas y, por lo tanto, detectar las necesidades de las personas de edad avanzada que viven solas.

Según el padrón del 2017, un 21,5% de la población de Barcelona son personas de 65 años o más. El índice de envejecimiento en la ciudad es superior a la media de Cataluña. Asimismo, la tasa de soledad de las personas mayores es del 25,7%, con una sobrerrepresentación del colectivo femenino (probablemente debido también a su mayor longevidad). En particular, Ciutat Vella es el distrito donde hay más personas mayores

solas. Según los datos del 2017, el distrito tiene una población de 88.700 habitantes con una edad media de 44 años. Un 24,6% tiene más de 65 años y las personas de más de 75 años representan el 12,37%.

Con la vejez, se producen una serie de fenómenos, como la pérdida de la actividad laboral por la jubilación, o, a menudo, la pérdida de las parejas, que favorecen este aislamiento social del cual hablábamos (Windle *et al.*, 2014). Esta alta prevalencia del aislamiento social también puede impactar en la salud psicosocial y en el bienestar individual (Dickens *et al.*, 2011; Windle *et al.*, 2014). Constatamos, pues, que el aislamiento social, junto con el impacto sobre la salud y el bienestar, hacen necesarias acciones de carácter comunitario que puedan prevenir esta soledad no deseada y dotar a las personas de espacios de envejecimiento activo que les permitan ser miembros activos participantes de su comunidad. Es por eso por lo que el objetivo de esta escuela es incidir en esta problemática y en las carencias relacionales y sociales que estas conllevan, así como fomentar el envejecimiento activo mediante la participación y el mantenimiento de un espacio de relación y aprendizaje biopsicosocial.

1. Contexto comunitario

La Escola de Salut i Entrellament Actiu del Casc Antic es un proyecto impulsado por los servicios sociales municipales en el marco de actuación comunitaria que lideran e impulsan la Mesa de Personas Mayores del Casc Antic, y en el que participan. Esta mesa es un espacio comunitario en el que participan instituciones, servicios públicos y privados y algunos vecinos y vecinas de la comunidad con el objetivo de velar por el bienestar, la mejora de la calidad de vida y el envejecimiento activo de las personas mayores del Casc Antic.

Forman parte de la mesa entidades y asociaciones que colaboran en la organización de las actividades lúdicas y de mantenimiento de la salud mental y física y en la mejora de la calidad de vida de los vecinos y las vecinas del barrio. Dentro de la mesa se ha creado un grupo motor para poder dinamizar y gestionar esta acción comunitaria que lleva a cabo la escuela. Este grupo motor le ha dado solidez y estabilidad y es un buen ejemplo de funcionamiento entre redes y servicios. El trabajo de red que ya se ejecuta en el territorio, junto con el Área Básica de Salud o el Centro de Atención Primaria (CAP) de Ciutat Vella, ha facilitado poder llevar a cabo el trabajo preventivo y de intervención con las personas mayores del territorio. El liderazgo de las funciones que desarrollar dentro de este grupo motor ha sido compartido, y se ha convertido el referente en la figura del psicólogo del Centro de Servicios Sociales del Casc Antic.

En la primera edición (2011-2012), la Escuela se vio impulsada por el plan comunitario del distrito, así como por el trabajo comunitario realizado por los servicios sociales y por el apoyo de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) a través del Plan de barrios. En estas últimas ediciones (2013-2014, 2015-2016, 2017-2018 y 2019), el proyecto lo han dinamizado los servicios sociales, con la colaboración de las diferentes entidades dedicadas a las personas mayores del Casc Antic. Actualmente, por ejemplo, la Fundación Roure colabora en la dinamización gestionando un amplio proyecto de intervención comunitaria en el barrio, hecho por el que ha recibido una subvención del Ayuntamiento de Barcelona para el desarrollo de proyectos comunitarios.

2. El proyecto de la Escola d'Entrellament Actiu del Casc Antic

2.1 Visión

La visión a partir de la que se mueve la escuela es la de promover estrategias y actividades psicobiosociales para dar respuesta a las necesidades específicas de

aislamiento y soledad que presentan las personas mayores del territorio del Casc Antic desde una intervención social comunitaria.

2.2 Misión

La misión de la escuela es que ninguna persona mayor esté sola en el barrio del Casc Antic y que la escuela se convierta en un espacio de referencia, implicación activa, relación y convivencia participativa para las personas mayores.

2.3 Objetivo general

El objetivo que persigue la escuela es mejorar la calidad de vida de las personas mayores del Casc Antic mediante la promoción comunitaria de un espacio de relación y aprendizaje en el barrio de Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera. Con todo, este objetivo general se puede desgranar en objetivos más específicos:

- Mejorar la propia percepción física, emocional y social de los participantes del proyecto.
- Ayudar a mejorar las situaciones de riesgo social en personas mayores (aislamiento, soledad, etc.).
- Favorecer las relaciones interpersonales en pequeños y grandes grupos:
 - Convertirse en un espacio en el barrio de relación, información, apoyo personal y aprendizaje-conocimiento.
 - Fomentar la participación activa de las personas mayores a través tanto de las actividades de la escuela como en el resto de propuestas comunitarias que hay en el barrio.
- Incrementar y fidelizar a los participantes del proyecto para crear redes de personas mayores activas en el Casc Antic.
- Ofrecer el máximo de actividades psicobiosociales escogidas de manera participativa que sean satisfactorias para las personas mayores participantes.
- Conseguir la sostenibilidad del proyecto comunitario en los planos técnico, económico y social.

Asimismo, cabe añadir que el objetivo transversal es el de trabajar la prevención, que se aborda desde tres ámbitos diferentes:

- Incidir en la prevención nos puede ayudar en la detección y la posible neutralización de las condiciones de aislamiento y soledad y de vulnerabilidad de las personas mayores, que muy a menudo van acompañadas de enfermedades y, por lo tanto, de la atención social y médica correspondiente.
- Generar, mediante la prevención, una conciencia de red social, de autocuidados, de respeto y valoración por uno mismo y de su salud biopsicosocial, lo que nos ayuda a conseguir que las personas mayores puedan llevar una vida activa y socialmente completa.

- Mejorar la calidad de vida de las personas mayores del distrito mediante la promoción comunitaria de un espacio de relación y aprendizaje en el barrio de Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera.

2.4 Fases

El proyecto se configura en fases muy claras con respecto al trabajo efectivo en el que las tareas están delegadas y donde se comparten las responsabilidades:

1. Fase de preparación del proyecto de la escuela (de setiembre a diciembre), en que los diferentes interventores, participantes y profesionales nos reunimos con los siguientes objetivos:

- Evaluar la edición anterior y hacer propuestas de mejora.
- Programar la nueva edición. Repartir funciones y responsabilidades.
- Preparar dípticos y pósteres, y hacer difusión vecinal y comunitaria (área de difusión).
- Hacer la propuesta de presupuesto y aprobarla.
- Preparar la inauguración, los espacios, la infraestructura, etcétera.

2. Fase de acción comunitaria y programa de actividades (de enero a junio), en que se llevan a cabo una serie de actividades formativas participativas, tanto en formato de charla o taller como de presentaciones audiovisuales. Las actividades se celebran todos los miércoles por la mañana en el Centro Cívico Convent de Sant Agustí. Durante las primeras sesiones de esta fase, también se pasa un cuestionario a los y las participantes para poder evaluar su funcionamiento. El formato y el contenido de las actividades de esta fase son los siguientes:

- Espacio “Usted Habla”, de 30 minutos. Es un espacio de evaluación, detección y seguimiento donde se da voz a los y las participantes para poder reflexionar sobre qué hemos hecho en la sesión anterior, para valorar su estado actual y sus preocupaciones y para intentar detectar situaciones de riesgo o vulnerabilidad.
- Espacio de actividad, de 45 a 50 minutos. Es un espacio donde se configura la charla informativa o de sensibilización o de aprendizaje sobre varios temas.
- Espacio de estiramientos o “recreo”, de unos 5 o 10 minutos, donde se hacen estiramientos y se estimulan las interacciones espontáneas entre los participantes.
- Espacio “Taller”, “Prácticas” o “Hacemos Juntos”, de unos 30 minutos de duración, donde se crea un espacio de participación práctico sobre lo que se ha expuesto anteriormente, ya sea en pequeños grupos o con la participación voluntaria de algunas personas en grupos grandes.

3. Fase final del proyecto. Durante el último mes se elabora un dossier final con la síntesis de las diferentes actividades desarrolladas y se prepara conjuntamente una clausura del proyecto con la realización de varias actividades lúdico-culturales. En esta fase también se pasa un cuestionario, se elaboran las propuestas y se valoran las dificultades que han surgido para confeccionar con todo ello un documento de evaluación global.

3. Evaluación

Con respecto a los resultados cuantitativos extraídos de la evaluación efectuada a través de los dos cuestionarios, podemos extraer los siguientes datos:

- Tenemos una media de unas 40 personas atendidas, aunque el total de personas inscritas llega a 80. Esta diferencia se debe al hecho de que muchas personas no vienen los mismos días, ya que la entrada es libre y no obligatoria.
- De las 38 personas usuarias, el 92% son mujeres, mientras que tan solo hay 3 hombres, que equivalen al 8% del total de personas participantes.
- La edad media de las personas participantes en la edición del 2018 es de 82 años, la mediana, 84, y el rango se encuentra entre los 56 y los 96 años. En la edición del 2017, la edad media era de 81 años, la mediana, de 84, y el rango, de 55 a 95 años. Finalmente, en la edición del 2015, la media era de 78,7 años, la mediana de 79,5 y el rango se encontraba entre los 54 y los 93 años.
- En relación con su nivel educativo, sabemos que el 49,1% tienen estudios primarios incompletos o no tienen estudios; el 34,4% tienen estudios primarios; el 12,5%, estudios secundarios, y el 4,1% tiene un título universitario.
- Con respecto a su situación habitacional, el 70% son personas que viven solas en su domicilio, mientras que el 30% restante son personas que viven con otros familiares o en pisos asistidos (en concreto, un 12% viven en pareja, otro 12%, con miembros de la familia y el 6% conviven con otras personas).
- El 81% de las personas participantes afirman haber extraído aprendizajes útiles.
- Con respecto a la salud autopercebida, la media de la población participante respondía tener una salud de 65,7 en una escala sobre 100 en la encuesta previa, mientras que en la encuesta final, esta media se había incrementado hasta los 75,38 puntos sobre 100. Con respecto a las visitas al médico de cabecera, el 2,5% de las personas participantes acuden una vez por semana; el 44%, entre 1 y 3 veces al mes, y el 53,5% afirmaban no ir nunca o ir una vez al mes como máximo.
- Con respecto a la frecuencia con que los usuarios salen a la calle, el 86% afirmaba salir diariamente, el 10,5%, entre 2 y 6 veces, y tan solo un 3,5% afirmaban salir un día o ningún día a la semana. Por lo tanto, hemos observado un crecimiento de las salidas a la calle que hacen las personas usuarias. Afirmar que, entre otros fenómenos, asistir a la escuela les ha permitido crecer como personas (90% de los y las participantes), establecer nuevas relaciones (80%), mejorar su estado de ánimo (90%) y conocer mejor las redes de recursos (90%).
- Con respecto al grado de satisfacción con la propia escuela, el 95% muestran un altísimo grado de satisfacción (de 9,7 sobre 10), al 90% les gustaría repetir en nuevas ediciones y el 100% de los y las participantes recomendarían a otras personas mayores asistir a la escuela.

4. Aspectos en que hay que profundizar

En primer lugar, se debe mejorar y potenciar aún más la participación del vecindario y de las personas usuarias en la programación de las actividades. También se debe intentar encontrar un modelo donde los y las alumnas puedan participar y hacerse cargo de todos los talleres que se ofrecen. Asimismo, pensamos en un nuevo modelo de escuela de envejecimiento basado en pequeños grupos participativos y con más autonomía para que

la escuela sea más participativa. De la misma manera, también se puede valorar crear varios grupos de edad para llevar a cabo nuevas actividades, por ejemplo, ampliando a grupos de edades más jóvenes, entre los 55 y los 65 años.

En segundo lugar, hay que hacer una evaluación del impacto psicosocial que sea complementaria a la ya realizada en los aspectos de salud. Por lo tanto, sería interesante hacer una evaluación de tipo longitudinal para poder valorar los cambios durante todos los años y ver cuáles han sido los cambios más significativos y su impacto. Sería también idóneo poder añadir biografías de las personas con sus vivencias de tipo cualitativo de lo que ha supuesto la escuela para ellas durante estos años, ya que la investigación de esta satisfacción, interés y motivación, tanto personal como grupal o comunitaria, es lo que hace que la valoración de salud psicosocial pueda mejorar.

5. Buenas prácticas transferibles a otros proyectos

Consideramos que la escuela es una buena práctica para poner en marcha en otros territorios, dado que es un modelo de trabajo cooperativo y comunitario con un alto impacto preventivo en el ámbito psicosocial.

Asimismo, se debe poner énfasis y destacar que los procesos de cambio generados por el envejecimiento en los barrios y, en concreto, en estos barrios que han sido tradicionales y ahora se encuentran casi en desaparición por las políticas más neoliberales, tienen que motivar respuestas técnicas creativas, que se gestionen desde el propio territorio y desde los profesionales para que respondan a las situaciones o problemas sociales detectados.

También hay que remarcar la sostenibilidad económica y del modelo por parte de la comunidad, ya que es un modelo que se basa en la cooperación y el voluntariado que colabora en la propia comunidad, así como de los propios equipos profesionales que están trabajando. Eso comporta la necesidad de valorar este componente como muy importante con el fin de poder hacer el traspaso del proyecto a los vecinos y vecinas y de la comunidad en general.

6. Conclusiones

Como conclusiones principales, cabe destacar que la escuela tiene claros sus objetivos y que ha conseguido reducir la soledad de las personas atendidas. No obstante, y teniendo en cuenta el envejecimiento de las personas participantes, aún se identifican ciertas limitaciones.

El trabajo en red del equipo motor hace que el proyecto sea sostenible en el tiempo. Asimismo, el trabajo comunitario es fundamental para el éxito del proyecto. La red que se establece entre los y las alumnas hace alcanzar el objetivo de disminuir el aislamiento de las personas mayores y, en este sentido, la experiencia extraída de las ediciones anteriores es fundamental para facilitar las dinámicas de trabajo.

La escuela es actualmente un proyecto muy arraigado en el territorio que deberá analizarse de nuevo en un futuro y redefinir su evolución, dados los cambios poblacionales y de vecindad que está experimentando el territorio. De la misma manera, habría que crear otros espacios en otros horarios, y quizás de funcionamiento anual.

Con respecto a su sostenibilidad, este es un proyecto de financiación diversificado, no muy caro, en el que se dispone de muchas acciones voluntarias y de participación de entidades y profesionales del territorio o de especialidad en personas mayores. Es por eso por lo que es un ejemplo de “buenas prácticas” de espacios comunitarios reconocido

por la Mesa de Personas Mayores. Es, también, un muy buen espacio de difusión territorial de temas que afectan o interesan a las personas mayores, además de que ayuda a crear vínculos y aporta conocimiento a los usuarios y las usuarias.

El trabajo intergeneracional iniciado hace ahora cuatro años ha sido un elemento de éxito de esta edición, en la que se han implicado escuelas de primaria e institutos de secundaria, mediante los cuales el alumnado ha tenido la posibilidad de valorar cuál es el trabajo sobre el “envejecimiento activo”. Finalmente, la escuela también tiene un alto potencial para construir identidad, cohesión y, consiguientemente, ciudadanos y ciudadanas activos y participantes.

Bibliografía

WINDLE, M.; C. WINDLE, R. (2014). “A Prospective Study of Alcohol Use Among Middle-Aged Adults and Marital Partner Influences on Drinking”. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(4), pp. 546-556.

DICKENS, A. P.; RICHARDS, S. H.; GREAVES, C. J.; CAMPBELL, J. L. (2011). “Interventions Targeting Social Isolation in Older People: A Systematic Review”. *BMC Public Health*, 11 [en línea]. <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/647>>

Departamento de Investigación y Conocimiento
Área de Derechos Sociales, Justicia Global, Feminismos y LGTBI
Ayuntamiento de Barcelona

València, 344, 5a. 08009 Barcelona
T. 93 413 26 69
barcelona.cat/revistabarcelonasocietat



Ajuntament de
Barcelona