

*Propuestas de intervención
sociocomunitaria*

9 y 10 noviembre 2009

Las Jornadas se celebraron en la Facultad de Ciencias de la Educación de la UDC y fueron inauguradas por la, el Ilmo. Sr. D. Narciso de Gabriel, Decano de la Facultad de Ciencias de la Educación, que ostentaba también la representación de la Excm. Sra. D^a. M^a José Martínez López, Vicerrectora de Estudiantes y Relaciones Internacionales y el Director de la Obra Social de Caixa Galicia, D. Manuel Aguilar López. Responsable del acto de clausura era el Decano de la Facultad de Sociología, Ilmo. Sr. D. José Luis Veira Veira.

Programa:

- “La violencia en la familia. Un abordaje sociológico”: Prof^a. Isabel Dias. Profesora del Departamento de Sociología de la Facultad de Letras de la Universidad de Oporto (Portugal)
- “La intervención socioeducativa en Portugal”: Prof^a. Isabel Dias. Profesora del Departamento de Sociología de la Facultad de Letras de la Universidad de Oporto (Portugal)
- “La planificación y la gestión en un ayuntamiento de excelencia”: D. Iñaki López Rojo, Director de Juventud del Ayuntamiento de Alcobendas (Madrid)

- “Programas sociales para la juventud”: D. Iñaki López Rojo, Director de Juventud del Ayuntamiento de Alcobendas (Madrid)
- “El cuidado de la población enferma y su repercusión social”: Prof^a. Nuria Varela Feal. Diplomada DUE, Directora de la E.U. de Enfermería y Podología de la UDC.
- “SIDA. Desafíos, retos y alternativas”: Prof. Xosé Leira López. Profesor Titular de Sociología – UDC.
- “La inserción laboral”: D^a. M^a José de Santiago Pérez. Técnico de Inserción Laboral. Concello de Culleredo (A Coruña)
- “La preservación de la memoria y la prevención de la exclusión”. Prof. Gerardo Hernández Rodríguez. Profesor Titular de Sociología – UDC. y Leticia Ameijide Estévez. Psicóloga y Gerontóloga

Ponencias y Comunicaciones. Textos y Resúmenes

LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA. UN ABORDAJE SOCIOLÓGICO

Isabel Dias.

Profesora del Departamento de Sociología de la Facultad de Letras de la Universidad de Oporto (Portugal)

1. Concepto de violência doméstica:
 - Integra qualquer acto, inclusive de omissão, ou ameaça que provoque nas suas vítimas danos físicos, psicológicos ou emocionais;
 - É praticado por pessoas com quem as vítimas têm uma relação de parentesco; com uma determinada intenção ou finalidade.
2. Formas de violência na família
 - Violência sobre as crianças
 - “Síndrome da criança batida” (C. Henry Kempe et al, “The battered child syndrome”, 1962)
 - Foi muito importante a pesquisa e prática médicas na identificação e descoberta do abuso de crianças.

Todavía, esta tem-se centrado muito na agressão física

A pesquisa e a própria definição de mau trato infantil encontravam-se inicialmente muito centradas na agressão física. Rapidamente a pesquisa passou a integrar outros tipos de abuso.

- O abuso sexual. Definição
 - Envolve geralmente: a exploração sexual da criança ou do adolescente dependente e/ou imaturo (em termos do seu desenvolvimento físico e psíquico).
 - Inclui: o incesto, a pedofilia, a prostituição infantil; e a utilização de uma criança com fins pornográficos.
Os estudos sobre este tipo de violência mostram que: Se trata de um fenómeno que afecta cerca de 80% de crianças do sexo feminino. Os rapazes também são vítimas de abuso sexual na família, embora com menor incidência do que as raparigas.
- Negligência
 - Estima-se que a sua extensão seja superior à do mau trato físico.
 - É o tipo mais comum de mau trato
 - Refere-se: à impossibilidade dos pais ou responsáveis proporcionarem à criança condições para um desenvolvimento físico, psicológico e emocional normal e adequado.

Exemplos:

- Privação dos cuidados parentais;
- Privação de cuidados de higiene, alimentares e de educação.

Factores sócio-familiares que tornam mais provável a ocorrência de negligência:

- Pais que revelam comportamentos psicóticos, alcoólicos e anti-sociais;
- Pais que possuem uma história de infância marcada pela privação e negligência (probabilidade de reprodução);
- Têm dificuldade em reconhecer as necessidades da criança;
- São incapazes de lhes proporcionar modelos parentais adequados;
- Desenvolvem relações interpessoais pobres e baixos níveis de comunicação;
- São agressivos e imprevisíveis com os filhos.
- Negligência é um fenómeno transversal.

- Abuso psicológico
 - Comportamento prolongado, repetitivo e inapropriado; que danifica ou reduz o potencial criativo e de desenvolvimento dos processos mentais importantes da criança.
 - Esses processos mentais incluem: a inteligência, a memória, o reconhecimento, a percepção, a atenção, a linguagem e o desenvolvimento moral.

- Abuso emocional

Resposta emocional prolongada, repetitiva e inapropriada às emoções da criança e ao seu comportamento expressivo.

- Violência sobre as mulheres

Síndrome da mulher batida (S.M.B.)

- Violência conjugal

É um padrão de comportamento que ocorre sob a forma física, emocional, psicológica, sexual e econômica; que é desenvolvido com vista a perpetuar a intimidação, o poder e o controle do agressor sobre o cônjuge maltratado”.

- Agressão física

Após o reconhecimento da S.M.B. revelou-se a tendência para a análise da violência contra as mulheres se centrar sobretudo a agressão física.

- Violação do casamento

A violação passou a ser reconhecida como uma forma particular de violência conjugal e como um crime sexual.

- Porque razão o homem maltrata a mulher?
 - Raízes históricas do casamento e suas fundações patriarcais.
 - Posição social e econômica de maior dependência da mulher em relação ao cônjuge.
 - Prevalência de uma cultura de violência que legitima a violência doméstica.
 - Sentimento de posse e de ciúme.
 - Expectativas do homem em relação ao trabalho doméstico da mulher.
 - Necessidade que o homem tem de manter ou impor a sua posição de dominação

- Características dos agressores
 - Têm personalidades autoritárias;
 - Sofrem de variações súbitas de humor.
 - São provenientes de lares violentos, e em certos casos, foram vítimas de violência parental.
 - Possuem, em média, baixos níveis de auto-estima.
 - Têm concepções tradicionalistas sobre o casamento.
 - São pouco expressivos (reprimem o medo e as emoções, exprimem o ciúme e outros sentimentos negativos).
 - Revelam uma incapacidade de afirmação.
 - São socialmente isolados.
 - Têm dificuldades no emprego.
 - Em alguns casos revelam comportamentos aditivos.

- Por que razão as mulheres continuam a viver com cônjuges violentos?
 - “A mulher masoquista” (1960)
 - Discurso que insistia no carácter masoquista da “mulher batida”.
 - A violência conjugal era vista como uma anormalidade da psicologia feminina.
 - A natureza inconsciente da mulher era a principal responsável pela perpetuação dos maus tratos.
 - A violência conjugal era vista como uma anormalidade da psicologia feminina.
 - A natureza inconsciente da mulher era a principal responsável pela perpetuação dos maus tratos.
 - O “desânimo aprendido” (1970).
 - A violência repetida de que a mulher é alvo vai diminuindo a sua motivação para reagir.
 - Insiste na importância dos contextos de socialização (em papéis sexuais rígidos, numa educação paternalista, etc.)
 - A mulher “como sobrevivente activa (1980)
 - O discurso da mulher batida como vítima foi substituído pelo da mulher como “sobrevivente activa” à violência conjugal.
 - As mulheres maltratadas avaliam constantemente a sua situação e as oportunidades de mudança.
 - Também procuram ajuda exterior.
 - Para além dos danos que provoca, a violência também pode gerar determinação para a acção.

- “As explicações sociológicas” (meados dos anos 1970)
- A análise volta-se para um conjunto de factores individuais, demográficos, relacionais e situacionais.
- Factores de ordem individual: É importante compreender quais são as características individuais que fazem com que um indivíduo reaja de forma violenta.
- Factores demográficos:
 - Observa-se uma relação entre: a frequência de violência conjugal e a idade (ocorre mais entre os que têm menos de 30 anos); violência e etnia..
- Factores económicos:
 - É menor a probabilidade de ocorrência de violência entre as famílias com um elevado estatuto socioeconómico.
- Desemprego (masculino): é um dos principais factores associados à violência conjugal.
- Factores sociais:
 - Alcoolismo: existe uma relação entre a violência conjugal e o consumo de álcool.
 - Todavia, é provável que o álcool sirva como desculpa ou uma racionalização conveniente para um comportamento violento.
 - Reprodução intergeracional da violência conjugal: uma criança educada num contexto violento pode-se tornar num adulto violento.
 - Mas a vivência de violência na família de origem não (pre)determina um comportamento futuro de violência.
- Características das relações conjugais
 - A violência deve ser relacionada com as características do casamento e da vida familiar.
 - Exemplo: importância dos padrões de decisão, de poder, incompatibilidade de status, etc.
 - Relação entre a ocorrência de um tipo de violência e a probabilidade de uma outra forma de violência vir a ocorrer.
 - Observa-se que a ocorrência de maus tratos contra as crianças é maior nos lares onde também existe violência conjugal.
- Stress e isolamento social
 - O stress é gerado: pelo desemprego, por problemas financeiros, por precárias condições de existência e de habitação, está relacionado com a violência conjugal.

- Razões que levam as mulheres a permanecer com o cônjuge violento:
Síntese:
 - Não conseguem libertar-se da pressão de certas normas sociais, culturais e religiosas sobre o casamento e a família;
 - Sentem-se culpadas e vivem a violência conjugal como um fracasso pessoal;
 - Têm medo de sofrerem retaliações por parte dos ex-maridos/companheiros;
 - Dificuldades financeiras decorrentes do divórcio ou separação;
 - Filhos: são uma das razões mais fortes, quer para permanecerem com o agressor, quer para o abandonar.

- Os maus tratos aos idosos
Factores ligados ao reconhecimento do mau trato de idosos como problema social
 - Acentuado envelhecimento da população.
 - Identificação deste tipo de violência como uma forma de violência na família.
 - Crescimento da preocupação social com os idosos enquanto potenciais vítimas de crime.
 - O peso político que este grupo passou a deter devido ao seu crescimento.
 - O aumento da vontade de o Estado intervir na vida familiar.
 - Em Portugal, entre 2000 e 2006 o registo de queixas de maus tratos contra idosos passou de 8000 para 25 000 casos.
 - 80% das vítimas são mulheres entre os 65 e 75 anos;
 - Os agressores são geralmente os maridos ou os filhos.

- O conceito de mau trato de idosos integra:
 - O abuso físico - enquanto prática de agressão e sofrimento físico.
 - Abuso psicológico: agressão verbal; ameaças; intimidação; agitação; confusão; depressão emocional
 - Abuso material ou exploração imprópria/ilegal dos bens e recursos financeiros.
 - Negligência (activa e passiva).
 - A molestação sexual.

- Idosos mais vulneráveis à violência doméstica
 - São sobretudo as mulheres, e os chamados “grandes idosos/viejos-viejos” (com mais de 75 anos).
 - Estes idosos são vítimas principalmente dos cônjuges/companheiros e dos filhos adultos.
- Perfis dos seniores maltratados e dos agressores:
- Vítimas de mau trato físico e psicológico:
 - São independentes nas suas actividades diárias,
 - Sofrem de problemas emocionais.
- Os agressores têm geralmente:
 - Uma história de alcoolismo/ou doença mental;
 - Vivem com a vítima e dependem dela financeiramente.
- Vítimas de negligência
 - São muito idosas/viejas,
 - Sofrem de incapacidade mental e física;
 - Têm pouco apoio social.
- Vítimas de abuso material ou financeiro
 - São geralmente solteiras
 - Têm contactos sociais e fracas redes de apoio
 - Os agressores têm problemas financeiros, de abuso de estupefacientes e de álcool.
- Características dos agressores
 - Têm uma relação de parentesco com o idoso/senior (cônjuges e filhos).
 - Vivem com as pessoas mais velhas durante um longo período de tempo.
 - São economicamente dependentes do idoso.
 - São, na maioria, do sexo masculino.
 - Tendem a ser socialmente isolados.
 - Têm problemas com substâncias aditivas e com a justiça.
 - Têm dificuldades de emprego/desemprego.

A violência doméstica e a dimensão paradoxal da família moderna: Lugar de realização dos afectos é também um espaço de violência.

Ainda temos pela frente uma longa jornada para parar/reduzir a violência doméstica

Isabel Dias. Professora com Agregação do Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto (FLUP); Coordenadora da linha de Investigação “Família e Género” do Instituto de Sociologia da FLUP.

E-mail: mdias@letras.up.pt

LA INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA EN PORTUGAL.

Isabel Dias.

Profesora del Departamento de Sociología de la Facultad de Letras de la Universidad de Oporto (Portugal)

1. Apresentação do Sistema Educativo Português

2. Objectivo:

Conhecimento do sistema educativo português e das principais medidas de política educativa em Portugal.

3. A educação pré-escolar:

Destina-se a crianças com idades entre os 3 anos e a entrada na escolaridade obrigatória; é de frequência facultativa; é ministrada em jardins-de-infância públicos ou privados; os jardins-de-infância públicos são gratuitos.

4. Escolaridade Obrigatória – Ensino Básico

O ensino básico corresponde à escolaridade obrigatória; Tem a duração de nove anos, dos 6 aos 15 anos de idade; Organiza-se em três ciclos sequenciais.

Níveis	Ano de escolaridade	Idade
1.º Ciclo	1.º - 4.º	6 – 10 anos
2.º Ciclo	5.º - 6.º	10 - 12 anos
3.º ciclo	7.º - 9.º	12 – 15 anos

5. Ciclo do Ensino Obrigatório

No 1.º ciclo, o ensino é global e tem como objectivo o desenvolvimento de competências básicas em: Língua Portuguesa, Matemática, Estudo do Meio e Expressões.

6. Escola a tempo inteiro

Implicou o alargamento do horário de funcionamento para um mínimo de oito horas diárias; as escolas promovem actividades de enriquecimento curricular, nomeadamente: ensino obrigatório do Inglês, o apoio ao estudo para todos os alunos, a actividade física e desportiva, o ensino da Música e de outras expressões artísticas e de outras línguas estrangeiras.

O 1º ciclo funciona em regime de monodocência; mas também recorre a professores especializados em determinadas áreas.

7. 2º Ciclo do Ensino Obrigatório

O ensino está organizado por disciplinas e áreas de estudo pluridisciplinares.

8. 3º Ciclo do Ensino Obrigatório

O ensino está organizado por disciplinas. Os principais objectivos deste ciclo são: o desenvolvimento de saberes e competências necessários à entrada na vida activa ou ao prosseguimento de estudos.

Os 2.º e 3.º ciclos funcionam em regime de pluridocência, com professores especializados nas diferentes áreas disciplinares ou disciplinas.

No ensino básico é obrigatória a aprendizagem de duas línguas estrangeiras: entre Inglês, Francês, Alemão e Espanhol.

Ao longo do ensino básico os alunos são sujeitos à avaliação sumativa interna e externa; para além disso, no final do 3.º ciclo: os alunos realizam de exames nacionais nas disciplinas de Português e Matemática.

Aos alunos que completam com sucesso o 3.º ciclo é atribuído o diploma do ensino básico. O ensino público é gratuito.

9. Ensino Secundário

Tipo de Curso	Ano de Escolaridade	Idade
Científico-humanísticos	10.º, 11.º e 12.º anos	15-18 anos
Tecnológicos	10.º, 11.º e 12.º anos	15-18 anos
Artísticos especializados	10.º, 11.º e 12.º anos	15-18 anos
Profissionais	10.º, 11.º e 12.º anos	15-18 anos

Para acederem a qualquer curso do ensino secundário os alunos devem ter concluído a escolaridade obrigatória ou possuir habilitação equivalente.

O ensino secundário está organizado segundo formas diferenciadas, orientadas quer para o prosseguimento de estudos, quer para o mundo do trabalho.

O currículo dos cursos de nível secundário tem um referencial de três anos lectivos e compreende quatro tipos de cursos:

Cursos científico-humanísticos: vocacionados essencialmente para o prosseguimento de estudos de nível superior.

Cursos tecnológicos: dirigidos a alunos que desejam entrar no mercado de trabalho, mas permitem, igualmente, o prosseguimento de estudos em cursos tecnológicos especializados ou no ensino superior.

Cursos artísticos especializados: visam assegurar formação artística especializada nas áreas de artes visuais, audiovisuais, dança e música, permitem a entrada no mundo do trabalho ou o prosseguimento de estudos em cursos pós - secundários não superiores ou, ainda, no ensino superior.

Cursos profissionais: destinam-se a proporcionar a entrada no mundo do trabalho, Permitem também o prosseguimento de estudos em cursos pós - secundários não superiores ou no ensino superior.

Os cursos são organizados por módulos em diferentes áreas de formação. Para conclusão de qualquer curso de nível secundário os alunos estão sujeitos a uma avaliação sumativa interna.

Para além dessa avaliação, os alunos dos cursos científico-humanísticos são também submetidos a uma avaliação sumativa externa, através da realização de exames nacionais, em determinadas disciplinas previstas na lei.

Aos alunos que tenham completado este nível de ensino é atribuído um diploma de estudos secundários.

No ensino público, os alunos têm que pagar uma pequena propina anual.

10. Ensino Pós-secundário não superior

Os cursos de especialização tecnológica (CET) possibilitam percursos de formação especializada em diferentes áreas tecnológicas. Permitem a inserção no mundo do trabalho ou o prosseguimento de estudos de nível superior.

A conclusão com aproveitamento de um curso de especialização tecnológica confere um diploma de especialização tecnológica (DET) e qualificação profissional. Pode ainda dar acesso a um certificado de aptidão profissional (CAP).

11. Educação e Formação de Jovens e Adultos

Oferece uma segunda oportunidade a indivíduos que abandonaram a escola precocemente ou que estão em risco de a abandonar, ou àqueles que não tiveram oportunidade de a frequentar quando jovens. E, ainda, aos que procuram a escola por questões de natureza profissional ou valorização pessoal, numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida.

12. Novas Oportunidades

- Iniciativa que tem como um dos objectivos principais:
- Elevar a formação de base da população activa (até ao 12.º ano);
- Tornar o ensino profissionalizante uma opção efectiva para os jovens.
- As diferentes modalidades de educação e formação de jovens e adultos permitem adquirir uma certificação escolar e/ou uma qualificação profissional.
- Permite também o prosseguimento de estudos de nível pós-secundário não superior ou o ensino superior.

13. Ensino Superior

O ensino superior está estruturado de acordo com os princípios de Bolonha. Visa assegurar uma sólida preparação científica, cultural, artística e tecnológica; que habilite

para o exercício de actividades profissionais e culturais e para o desenvolvimento das capacidades de concepção, de inovação e de análise crítica.

Em Portugal organiza-se num sistema binário: o ensino universitário e o ensino politécnico, administrados por instituições do ensino superior públicas, privadas ou cooperativas.

Para se candidatarem ao acesso ao ensino superior, os alunos têm que satisfazer os seguintes requisitos: ter concluído com êxito um curso de ensino secundário superior ou uma qualificação legalmente equivalente; ter realizado os necessários exames de admissão para o curso que desejam frequentar com uma classificação mínima de 95 pontos; satisfazer os pré-requisitos exigidos (se aplicável) para o curso a que se candidatam. O ingresso em cada instituição de ensino superior está sujeita a *numerus clausus*.

Os alunos maiores de 23 que não possuem habilitações para o ensino superior podem aceder através de exames específicos que provem a sua capacidade para frequentar o curso a que se candidatam. Estes exames são organizados pelos respectivos estabelecimentos de ensino superior.

No ensino superior são conferidas as seguintes qualificações académicas: Primeiro grau (*licenciado*), grau de Mestrado (*mestre*), e Doutoramento (*doutor*). As instituições universitárias e politécnicas conferem graus de licenciado e graus de mestre. O grau de *doutor* é conferido apenas pelas universidades.

Nos Institutos politécnicos, os estudos que conduzem ao grau de *licenciado* envolvem 6 semestres que correspondem a 180 créditos. Nas Universidades, o ciclo de estudos conducente ao grau de *licenciado* tem, normalmente, a duração de 6 a 8 semestres, o que corresponde a 180 ou 240 créditos. O ciclo de estudos que conduz ao grau de Mestre dura entre 3 a 4 semestres, o que corresponde a 90 ou 120 créditos. O grau de doutor, é atribuído a quem tenha obtido aprovação nas unidades curriculares do curso de doutoramento, quando exista, e no acto público de defesa da tese. As propinas são fixadas pelas instituições do ensino superior, entre um valor mínimo e máximo, de acordo com o tipo de cursos.

14. Medidas de Intervenção

Reforçar o apoio socioeducativo, da responsabilidade do Ministério da Educação, aos alunos dos ensinos básico e secundário

15. Acção Social Escolar

Promoção de medidas de combate à exclusão social e de igualdade de oportunidades no acesso e sucesso escolar. Tais medidas, estão identificadas no Decreto -Lei n.º 35/90, de 25 de Janeiro.

16. Medidas de Acção Social Escolar

Atribuição de benefícios em espécie ou de ordem pecuniária: o apoio alimentar e de alojamento; a atribuição de subsídios de auxílio económico. Atribuição de bolsas de mérito a alunos do ensino secundário; Apoio especial no acesso aos computadores pessoais e à banda larga a alunos do 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário.

Programa de Leite Escolar - é da competência das escolas do 1.º ciclo. Fornecem leite escolar e outros alimentos nutritivos às crianças que frequentam os estabelecimentos de educação pré -escolar e do 1.º ciclo do ensino básico da rede pública. Fornecimento de refeições em refeitórios escolares: Visa assegurar uma alimentação equilibrada e adequada às necessidades da população escolar.

O Programa de Generalização do Fornecimento de Refeições Escolares aos Alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico: Visa garantir a todas as crianças que frequentam o 1.º ciclo do ensino básico uma refeição equilibrada.

As medidas de acção social escolar complementares: Aquisição de livros e outro material escolar a distribuir gratuitamente pelos alunos com menos recursos económicos; Aquisição de livros e de software educativo para renovação e actualização das bibliotecas e centros de recursos; Empréstimo de manuais escolares.

Alojamento em residências para estudantes que se encontram deslocados do seu agregado familiar para frequência da escola.

Os auxílios económicos são uma modalidade de apoio. São participações para fazer face aos encargos com: refeições, livros e outro material escolar; actividades de complemento curricular e alojamento. Programa de acesso aos computadores pessoais e à banda larga.

17. Alunos deficientes.

Os alunos deficientes beneficiam das seguintes participações no âmbito da acção social escolar: Alimentação — 100 %; Transportes — 100 %; Manuais e material escolar.

18. Alargamento da escolaridade obrigatória para 12 anos

Lei n.º 85/2009, de 27 de Agosto. Estabelece o regime da escolaridade obrigatória para as crianças e jovens que se encontram em idade escolar; Consagra a universalidade da educação pré-escolar para as crianças a partir dos 5 anos de idade.

19. Alargamento da rede de educação pré-escolar

Protocolo com um conjunto de instituições sociais com vista ao alargamento da rede de educação pré-escolar. Programa de Expansão e Desenvolvimento da Educação Pré-escolar: Lei n.º 5/97, de 10 de Fevereiro.

20. Outras medidas

Avaliação de Desempenho Docente; Educação Especial; Educação para a saúde (educação sexual e medidas de educação para a saúde). Escola a tempo inteiro (actividades de apoio às famílias e de enriquecimento curricular); Estatuto do aluno do Ensino Básico e Secundário; Novas Oportunidades.

Plano Nacional de Leitura cos seguintes objectivos: A promoção da leitura diária em jardins-de-infância e escolas de 1.º e 2.º ciclos nas salas de aula. A promoção da leitura em contexto familiar; A promoção de leitura em bibliotecas públicas e noutros contextos. Segurança nas Escolas: constituição de equipas de zona de vigilância às escolas; Transferências de competências para os Municípios.

Plano Tecnológico da Educação. Difusão do acesso e da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, con seguintes objectivo: implementação de um conjunto de equipamentos informáticos e infra-estruturas tecnológicas.

Isabel Dias. Professora com Agregação do Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto (FLUP); Coordenadora da linha de Investigação “Família e Género” do Instituto de Sociologia da FLUP.

E-mail: mdias@letras.up.pt

LA PLANIFICARON Y LA GESTIÓN EN UN AYUNTAMIENTO DE EXCELENCIA

Iñaki López Rojo

Director de Juventud del Ayuntamiento de Alcobendas (Madrid)

La planificación consiste en “*concebir un futuro deseado, así como los medio reales para alcanzarlos*” (*Ackoff*)

Orientación a la acción

Fases de la planificación:

1. Evaluación inicial: **Análisis**
2. Establecer **Prioridades**.
3. Marcar **Objetivos**.
4. Definir **Actividades**
5. Prever **Recursos**
6. Evaluación final: **Resultados e Impactos**

1. Evaluación inicial: **Análisis**

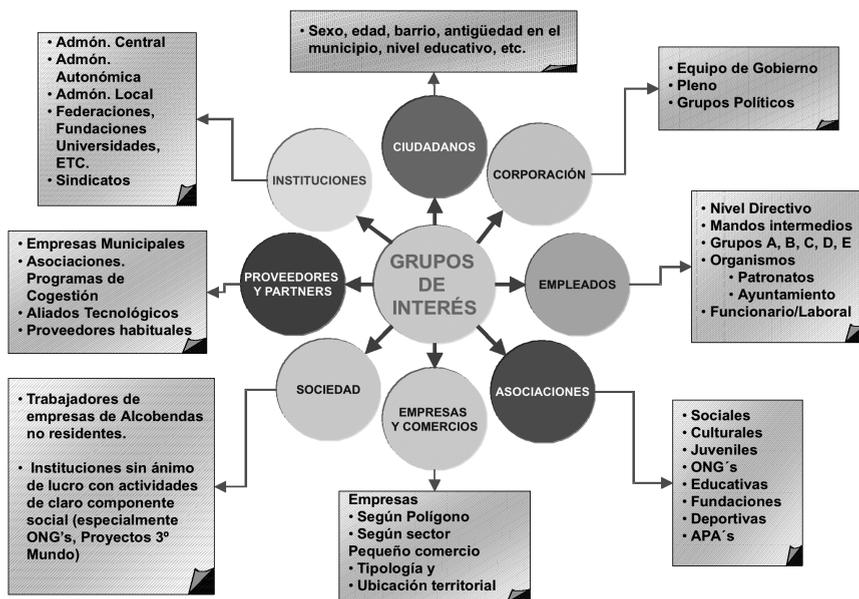
Recogida de información:

- ¿Quiénes son nuestros Grupos de interés?.
- ¿Cuáles son los principales problemas?.
- ¿Con qué recursos contamos?.

¿Cuáles son los principales problemas?

El Problema más grave de la Cciudad (%)	2007	2006
Aparcamientos	25,3	26,5
Vivienda/vivienda jóvenes	10,9	9,4
Transporte público	10,7	11,3
Tráfico	10,3	16,5
Seguridad ciudadana	6,2	7,4
Medio ambiente: Limpieza y ruidos	5,1	2,9
Obras/pavimentación	3,6	4,8
Paro	2,8	0,8
Inmigración	2,3	3,1

Grupos de Interés



¿Con qué recursos contamos?

Presupuesto consolidado: 304.569.609,78 €.

Principales partidas presupuestarias:

- Gasto social: 69.048.039 €
- Inversión servicios básicos: 31.712.498 €
- Vivienda y urbanismo: 25.443.937 €
- Limpieza, parques y jardines: 15.658.378 €
- Seguridad Ciudadana: 15.797.950 €

2. Establecer **Prioridades**

Ordenar los problemas y necesidades: Selección de Temas Clave

¿Cómo establece el Ayuntamiento las prioridades?

PDA - Programa Director de Actuaciones: Define y traslada las líneas estratégicas de la legislatura (Directrices de Gobierno), y las líneas de actuación de cada Área de Gobierno:

Actuaciones Clave:

- Control del gasto.
- Vivienda.
- Seguridad.
- Participación ciudadana.
- Calidad de los Servicios Públicos.

Área de Planificación, Coordinación y Calidad:

- Responsable del impulso, coordinación y control de la ejecución.
- Elaboración Escenario Económico-financiero de legislatura: ingresos y gastos proyectados.



3. Marcar **Objetivos** / Definir **Actividades** / Prever **Recursos**

Qué se quiere conseguir y cuándo de las prioridades marcadas.

Definición de objetivos: alcanzables, aceptables, medibles y temporales.

GPO - Gestión Programática por Objetivos

Planificación anual por programas:

- Objetivos a conseguir.
- Actividades a realizar.
- Indicadores para su control
- Asociado con el presupuesto

Evaluación: Resultados e Impactos

- Medir...
 - Eficacia: si hemos alcanzado los objetivos.
 - Eficiencia: si los recursos han sido los adecuados.
 - Rendimiento de nuestras actividades.
- Evaluar...
 - Impactos producidos en la sociedad.

Dinámica. Realizar la compra:

- Evaluación inicial
- Priorización
- Establecimiento de objetivos
- Diseño de actividades
- Evaluación

Evaluación inicial:

Se mira la despensa o el frigo para evaluar las necesidades (¿Qué falta?), incluso se valoran los problemas (“no hay nada para cenar”), y los recursos existentes (se mira el monedero o se consulta el saldo).

Priorización:

Se decide que es lo que se va a comprar con toda seguridad (leche), y lo que es importante, si está bien de precio. Se compra en función de las necesidades y recursos disponibles.

Establecimiento de objetivos:

Se define exactamente y de forma cuantificada (operativización) lo que se va a comprar (3 litros de leche y 2 kilos de cebollas): se hace la lista de la compra: documento de planificación.

Diseño de actividades:

Se prevén todos los pasos necesarios para conseguir los objetivos establecidos (primero pasar por el cajero (prever los recursos), luego ir al super, después coger las latas, al final los congelados,...)

Evaluar:

Los comprobantes (tickes de compra) de las compras (segundo documento de planificación del proceso), permitirán cotejarlos con la lista de la compra y respecto de lo que se tenía previsto gastar.

Si algo ha ido mal (se ha gastado más o se ha olvidado algo), permite actuar en consecuencia (volver la super, cambiar de tienda...), y con ello de nuevo tomar decisiones para mejorar.

Planificar puede ser un proceso sencillo y cotidiano, que todos podemos hacer, en el que hay que aplicar sobre todo..... **sentido común**

Las empresas realizan planificación estratégica...

¿Las Administraciones la necesitan?

- Incertidumbre.
- Globalización: interdependencia, interconexión,...
- Sociedades complejas, diversas y multiculturales.
- Información en tiempo real.
- Velocidad de los cambios.
- Más demandas, más individualizadas.
- Competencia territorial

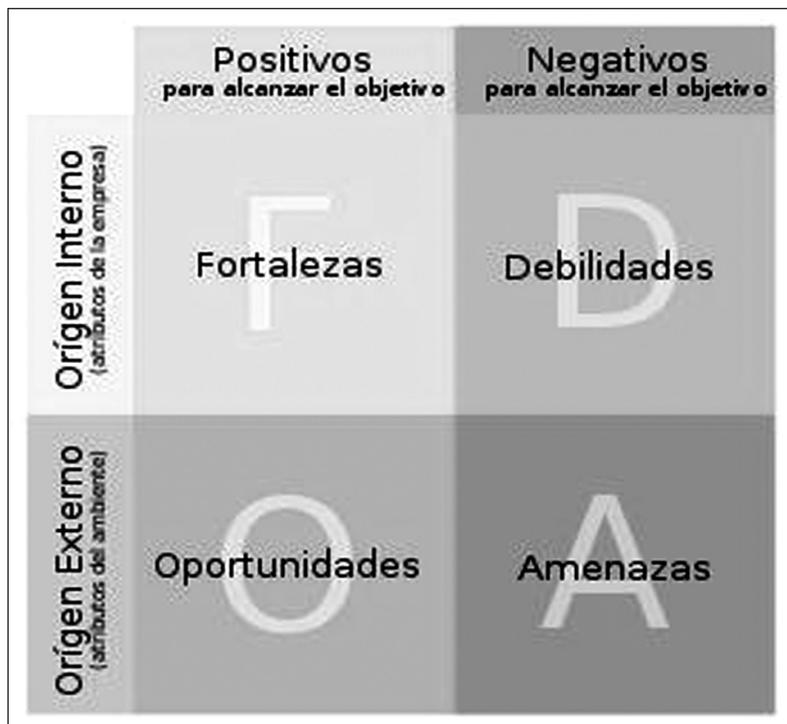
Las AAPP tienen que anticiparse a los cambios y responder a las demandas de sus ciudadanos

Planificación Estratégica

Tiene en cuenta las potencialidades y debilidades de la situación, y del entorno, analizando la realidad y las tendencias:

- Análisis endógeno: ¿Qué necesito? ¿Qué tengo?.
- Análisis del entorno: ¿Qué oportunidades me ofrece? ¿Qué amenazas?

Visión proactiva, dinámica y abierta: Mirar más allá

DAFO Administración Pública para orientar su desarrollo estratégico

DAFO Administración Pública.

Identificar:

- Debilidades y Fortalezas internas
- Amenazas y Oportunidades del entorno

Debilidades:

- Necesidad de una visión compartida: proyecto común.
- Necesidad de alianzas estratégicas.
- Necesidad de una visión integral: normativa, organización, personas, tecnología.
- Organizaciones muy burocráticas y verticales.

Fortalezas:

- Talento de las personas.
- Modelos y metodologías.
- Pirámide de edad: edad media está disminuyendo.
- Incorporación de mujeres.

Amenazas:

- Cambios rápidos en el entorno.
- Modificaciones legislativas.
- Crisis económica.
- Ciclo político.

Oportunidades:

- Necesidad cada vez más asumida por todos.
- Impulso desde la propia Administración.
- Presión de los ciudadanos y otros grupos de interés.

1. Identificación

“Para la mente innovadora y creativa, siempre es posible encontrar diez problemas para cada posible solución”

2. Diseño

Lo agradable de **no planificar** es que los fracasos llegan por sorpresa, y no están precedidos por semanas de angustia y depresión.

3. Desarrollo

No dejes para mañana lo que ayer dejaste para hoy.

4. Evaluación

Dime lo que mides y te diré lo que hago.

Alianzas: *“Ninguno de nosotros es tan inteligente, como todos nosotros”*. (Proverbio Japonés).

¿Por qué es necesario que establezcamos relaciones con otros agentes?

Nuevo contexto económico, social y político.

- Alarmante crisis.
- Rápidos avances tecnológicos.
- Múltiples demandas individualizadas.
- Nuevas demandas sociales.
- Ciudadanos más exigentes
- Otras Administraciones gestionando sobre los mismos temas.
- Gran desarrollo y potencial del “Tercer Sector” y de asociaciones.
- Fronteras difusas entre lo público y lo privado.
- Limitaciones presupuestarias, legales, nuevas formas de ingresos,...

Preceptos legales

Ley 30/92. Título I “De las Administraciones Públicas y sus relaciones”

Arts.4 al 10:

- Principios de las relaciones entre las Administraciones Públicas.
- Asistencia y cooperación.
- Colaboración.
- Instrumentos y procedimientos establecidos de manera voluntaria.
- Conferencias sectoriales y otros órganos de cooperación.
- Convenios de Colaboración.
- Planes y programas conjuntos.

Objetivos

- Aportación de valor a la prestación de servicios: aprovechar competencias, conocimiento y potencialidades.
- Apoyo de otros organismos o AAPP en nuestros procesos clave.
- Aprendizaje de la buenas prácticas de otros para mejorar nuestros procesos.
- Beneficio mutuo en los procesos clave comunes.
- Innovación y creatividad: desarrollo conjunto de nuevos productos.

Instrumentos

- Colaboración pública-privada:
 - Convenios con empresas.
 - Encuentros con empresarios.
 - Asociación con otras empresas o entidades del sector.
 - Acuerdos de co-gestión.
- Cooperación con otras Administraciones Públicas: relaciones interadministrativas.
- Relaciones con otros niveles de gobierno.

Todo lo expuesto hasta aquí constituye una metodología adecuada para llevar a cabo una planificación y la gestión en un Ayuntamiento de Excelencia, como es el caso, conforme ha sido ya explicado, del de Alcobendas, en la Comunidad de Madrid.

PROGRAMAS SOCIALES PARA LA JUVENTUD

Iñaki López Rojo

Director de Juventud del Ayuntamiento de Alcobendas (Madrid)

1. Introducción

Querer estar en el pelotón de cabeza de las políticas de juventud implica asumir el riesgo de implantar proyectos piloto y herramientas de gestión innovadoras.

Alcobendas es una localidad del norte de la Comunidad de Madrid con una población de cien mil habitantes, de los que 25.680 son jóvenes entre 15 y 29 años constituyendo el 26% de la población total.

Han pasado más de quince años desde que el Ayuntamiento de Alcobendas puso en marcha el primer Plan Transversal Municipal que fue el **Plan Joven**; desde esa fecha se han seguido desarrollado numerosos planes transversales: Mujer, Infancia, Mayores, Estratégico (Plan Ciudad), Vía Pública, Calidad, y un largo etc.; que sirvieron como base (con sus errores y sus aciertos) para plantear este **Plan Joven** renovado y como una visión de **política pública emprendedora**.

El Plan Joven se caracteriza fundamentalmente porque todas las áreas municipales son responsables del cumplimiento de sus acciones y son los responsables políticos de cara área, y el Alcalde por supuesto, quien se encarga de liderarlo.

Pero antes de llegar a enunciar las acciones, hay que recorrer un largo camino, donde, fue necesario, dar participación al mayor número de delegaciones municipales posible, al mayor número trabajadores y trabajadoras posible, a las asociaciones y entidades de la ciudad, a las otras administraciones, y por supuesto conocer la opinión de los jóvenes e intentar que las acciones acaben respondiendo al mayor número posible de sus necesidades y demandas.

Sólo con estas premisas y por supuesto, con numerosísimas horas de trabajo, sensibilidad y cariño conseguiremos acercarnos lo más posible a los objetivos deseados.

Nuestro Plan Joven es muy sencillo, y en su desarrollo se cumplen las tres premisas necesarias para acercarnos con éxito al cumplimiento de los objetivos marcados, dichas premisas son **Liderazgo Político** de todas las áreas, **Capacidad Técnica**, dedicación, profesionalidad y trabajo y **Implicación de los Jóvenes** en el diseño y su puesta en marcha, todo esto aderezado con un toque de Evaluación y Seguimiento Permanente.

El anterior plan, marcó las políticas de juventud de la ciudad durante más de una década; se puso en marcha a finales de los 80 y cristalizó en propuestas tan importantes como la construcción de 800 viviendas sociales para jóvenes, la creación del servicio de transporte para los institutos públicos de enseñanza secundaria, el Centro de Formación e Inserción Profesional y otras propuestas de ocio juvenil que aún hoy están ampliamente arraigadas en la vida ciudadana.

En el **Plan de Acción Municipal (1999-2003)** se planteó el objetivo de elaborar una nueva etapa del Plan Joven, un gran reto viendo las repercusiones que la primera etapa del Plan Joven tuvo.

Para llevar a cabo el objetivo mencionado se diseñó una **propuesta metodológica** que se expone a continuación, la cual recoge la experiencia de años en el diseño de las políticas transversales municipales y que pretendía conseguir que la nueva etapa del **Plan Joven** diera respuesta a muchas de las necesidades e inquietudes que tenían los/as jóvenes de nuestro municipio.

2. Objetivos

Los **objetivos** que se plantearon en esta nueva etapa del Plan Joven fueron:

1. Actualizar la política integral de juventud, planteando actuaciones dirigidas a dar soluciones a las necesidades de los jóvenes de Alcobendas.
2. Contribuir al desarrollo individual y social de los jóvenes, mejorando su calidad de vida y su autonomía personal; así como potenciando los valores de solidaridad y respeto.
3. Corresponsabilizar a los jóvenes en el diseño y desarrollo de las políticas de juventud del municipio.

3. Desarrollo

I. Estudio de Juventud

Como paso previo en la elaboración del Plan se realizó un Estudio sobre la Juventud de Alcobendas.

Se pretendía obtener la suficiente información empírica y la necesaria reflexión teórica que complementase desde la perspectiva de la sociología, los conocimientos que ya se poseen sobre la juventud y por otro lado, ofrecer ciertas claves en torno a las que planificar las políticas de gobierno municipal para con su juventud.

En un principio, los objetivos del estudio resultaban inalcanzables con la realización de un cuestionario. De ahí que se utilizara una estructura mixta con cuestionario individual y grupos de discusión alrededor de temas generales, incidiendo más en unos que en otros, pero que permitían al menos abordar algunos de los más relevantes: las circunstancias familiares, educativas, laborales, el uso del tiempo, de su dinero, de la afectividad. Asimismo, se pudo aislar otras dimensiones como las creencias religiosas, la tolerancia social, el interés por el asociacionismo y la política.

La población de estudio fue la considerada entre los 13 y los 29 años. Por un lado, están los/as “preadolescentes” entre 13 y 14 años, a los/as que se les planteó las mismas cuestiones que al resto de entrevistados/as, pero que fue tratado como un colectivo diferenciado, no incluido dentro del conjunto de lo que tradicionalmente se entiende como “población juvenil”. Por otro lado, si tradicionalmente se entiende como población juvenil a aquélla que está comprendida entre 15 a 24 años, se podría cuestionar la inclusión del tramo de edad de 25 a 29 años. La decisión de tratarlo como parte de la población juvenil viene motivada por la tardía emancipación y demora de la inserción en el mundo de los adultos de los/as jóvenes españoles.

Si alguna característica presenta la juventud es la de su pluralidad, los/as jóvenes no constituyen un grupo homogéneo o unitario en cuanto a las condiciones y formas de vida, hay que hablar más de jóvenes que de juventud a la hora de analizar los fenómenos asociados a una edad determinada de la vida.

En el estudio se realizaron un total de 1519 entrevistas, haciendo un muestreo estratificado por barrios e ingresos económicos, así como por cuotas de género y edad.

Los grupos de edad que se estudiaron fueron: 13 a 14 años / 15 a 17 años / 18 a 24 años/ 25 a 29 años; aunque para el Plan Joven se utilizaron los datos de la población de 15 a 29 años.

II. Propuesta Metodológica

Partiendo de los datos obtenidos en el Estudio de Juventud la elaboración del PLAN se sustentó en tres pilares:

1. Participación Ciudadana
 - 1.1. Consulta Individual
 - 1.2. Consulta al Tejido Asociativo
 - 1.3. Comisión Ciudadana

2. Participación Institucional
 - 2.1. Comisión Técnica de Juventud
 - 2.2. Comisión Política.
 - 2.3. Comisión Directiva
 - 2.4. Otras Instituciones
3. Estrategias de Comunicación
4. Propuestas de las Acciones, teniendo en cuenta:
 - 4.1. Adecuación al momento actual
 - 4.2. Asignación equilibrada de recursos humanos y económicos

Lo que se pretendía era que el Plan Joven fuese el resultado de las aportaciones individuales, la perspectiva del tejido asociativo y la reflexión de los equipos técnicos del Ayuntamiento y otras instituciones.

1. Participación Ciudadana.

En todo Plan es fundamental las aportaciones que hacen los ciudadanos y ciudadanas, que son a los que van dirigidas estas políticas.

En este sentido no se escatimó medios para facilitar esta participación.

1.1. Consulta Individual.

Objetivo

Con ella se pretendía motivar un proceso de participación de los/as jóvenes, dar a conocer el Plan y sobre todo posibilitar que el mayor número de jóvenes expresaran su opinión sobre sus necesidades e inquietudes.

Con los datos obtenidos en el Estudio de Juventud se disponía de una “imagen fija” de las necesidades e inquietudes de los/as jóvenes pero era necesario que ellos/as participasen en la aportación de alternativas de solución o mejora.

Metodología.

Con las aportaciones de varios servicios municipales se diseñó un cuestionario, donde se recogería la opinión de los/as jóvenes en cuanto a soluciones en temas como vivienda, empleo, educación, salud, transporte, seguridad ciudadana, ocio y cultura.

El alcalde envió una carta invitando a los jóvenes a participar en la consulta adjuntándoles el cuestionario (con franqueo en destino, para facilitar la máxima participación)

Además el cuestionario se pasó en los centros neurálgicos de juventud: los Institutos, la Universidad Popular, Polideportivo, Formación e Inserción, la Casa de la Juventud y en lugares de ocio,..... Así mismo, se ofreció la posibilidad de rellenarlo en la Oficina de Información Juvenil de la Casa de la Juventud, en la Bolsa de la Vivienda y a través de la web municipal. Todo esto unido a la consulta telefónica que se realizó nos permitió recibir más de 4000 cuestionarios individuales.

1.2. Consulta al Tejido Asociativo

Objetivo

Alcobendas es uno de los municipios de Madrid que cuenta proporcionalmente con mayor número de asociaciones.

Los objetivos planteados fueron:

Consultar a las entidades que trabajan CON, PARA y POR los jóvenes, dándoles a conocer el Plan y generando un proceso de participación.

Metodología.

De todas las asociaciones existentes en Alcobendas, tras consultar a diferentes responsables que trabajan con las asociaciones y el movimiento asociativo, se seleccionaron más de un centenar, las más representativas, de las diferentes áreas, en relación a la Juventud.

Se realizó la consulta a todas las Asociaciones Juveniles, y de las no juveniles se hizo una selección cubriendo todo el abanico del tejido asociativo; Deportivas, Culturales, Artísticas, Regionales, Políticas, ONGs, de Salud e Integración, Medio Ambientales, Estudiantiles y AMPAS (agrupadas estas últimas en la FAPA)

Previamente a las reuniones, que se tuvo con cada asociación, en día, hora y lugar concertadas con ellas, se les enviaba un resumen del Estudio de Juventud, para que tuvieran datos objetivos de la juventud en Alcobendas. En las reuniones se habló de la problemática juvenil y de las iniciativas que cada asociación aportaba al Plan Joven.

1.3. Comisión Ciudadana.

Composición

Esta comisión estaba formada por el Alcalde y/o persona en quien delegó, la Directora, el Coordinador y las Técnicas del Plan Joven, la Comisión Permanente del Consejo de la Juventud (formada por siete personas, una por cada área: Aire libre, Tiempo libre, Movimientos sociales, Juegos alternativos, Arte y la portavoz y la coordinadora del Consejo de la Juventud), un representante del Consejo de Infancia, un representante de la asociación ADIFA (Asociación de Discapacitados Físicos de Alcobendas) y uno de la comisión de Jóvenes Empresarios de AICA.

Funciones.

Las funciones de esta comisión fueron:

- Ser un espacio de intercambio entre el tejido asociativo y el Ayuntamiento
- Propiciar la corresponsabilidad y la implicación de los jóvenes asociados en el diseño y desarrollo de las políticas de juventud del municipio.

Periodicidad.

Esta comisión se reunió cinco veces con una periodicidad bimensual.

2. Participación Institucional

2.1. Comisión Técnica de Juventud

Composición

La Directora del Plan, el Coordinador, las dos técnicas del Plan y por representantes de: la Empresa Municipal de la Vivienda, Empleo, Seguridad Ciudadana, Tráfico, Participación, Patronato Municipal de Deportes, Educación, Patronato Sociocultural, Patronato de Salud y Servicios Sociales y Transporte.

Se eligieron estas áreas, al ser las más destacadas de cara a la intervención, a partir de los datos aportados por el Estudio de Juventud.

Funciones:

- Recopilación, análisis y evaluación de los recursos económicos y humanos y de las acciones municipales destinadas a los jóvenes.

- Elaboración de los documentos técnicos que emanen de la consulta individual, consulta al tejido asociativo, consulta técnica y del análisis del estudio de juventud.
- Elaboración de la propuesta de las futuras acciones del Plan Joven.
- Elaboración del documento definitivo del nuevo Plan Joven.
- A su vez, cada uno/a de los miembros de la Comisión Técnica eran los interlocutores con sus áreas.

Periodicidad.

La Comisión tuvo once reuniones, que en principio eran quincenales de dos horas de duración, pero que se fueron adaptando al ritmo de trabajo generado por el Plan.

Aunque las áreas que estaban representadas en la Comisión tenían mucha importancia en el diseño del Plan Joven no se podía olvidar a ninguna de las otras áreas municipales por lo que se trabajó coordinadamente con **35 servicios municipales** para la recogida de propuestas. Para ello se les presentaron los resultados del estudio de juventud, para que tuvieran una imagen real de los jóvenes de Alcobendas, y para que desde su perspectiva planteasen acciones que desde sus servicios o de otros pudieran dar “soluciones” a las necesidades de los jóvenes.

Con cada área municipal se realizaron un mínimo de dos reuniones.

Se evaluaron las acciones realizadas por cada área municipal destinada a jóvenes y se plantearon propuestas que constaban de objetivos, cronograma, presupuesto, indicadores y resultados y que una vez aprobadas se incorporaron en el S.P.P.O. de cada área. Al primer borrador se incorporaron **240 propuestas**, que posteriormente se fueron agrupando por ámbitos hasta perfilar el documento final.

Estos 35 servicios o áreas municipales, por orden alfabético, son: Alcaldía, Calidad y Atención Ciudadana, Casa de las Asociaciones, Casa de la Cultura, Casa de la Juventud, Casa de la Mujer, Centro Cultural Pablo Iglesias, Comunicación, Consumo, Educación, Empleo, Empresa Municipal de Vivienda, Escuela de Música, Escuelas Deportivas, Formación e Inserción, Instalaciones Deportivas, Investigación y Evaluación, Mediatecas, Medioambiente, Oficina de Atención Ciudadana, Participación, Planificación, Parque Infantil de Tráfico, Policía Local, Protección Civil, Psicopedagógico, Salud, Servicio de Apoyo a las Asociaciones, Servicios Públicos, Servicios Sociales, Teatro Auditorio, Tráfico, Transporte, Universidad Popular y Urbanismo.

2.2. Comisión Política

En otros planes existía la comisión política - directiva, pero en esta ocasión se optó por rentabilizar las comisiones ya existentes a nivel político y directivo y no duplicar de esta manera reuniones.

Composición:

La Comisión Política estaba formada por el Equipo de Gobierno Municipal.

Funciones:

Sus funciones eran:

- La dirección política del proyecto,
- la aprobación del documento de propuestas programáticas en órganos decisorios de la Institución
- la implantación general del Plan.

Periodicidad:

La periodicidad de estas reuniones era la marcada por el Equipo de Gobierno.

2.3. Comisión Directiva

Compuesta por el Equipo Directivo del Ayuntamiento.

Funciones.

- Garantizar el cumplimiento del Plan en cada una de las áreas, incluyendo sus propuestas en el Plan de Acción Municipal correspondiente (Programación, Recursos humanos-económicos y Evaluación)

Periodicidad

La periodicidad de las reuniones fue trimestral.

Además hubo reuniones con cada uno de los/as directores, para concretar las propuestas.

2.4. Otras Instituciones

Algunas de las cuestiones que se plantearon no eran competencias municipales, pero su aplicación haría que la calidad de vida de los jóvenes mejorase, por esto igual que en otros planes se tuvieron reuniones con otras instituciones implicadas.

En esta ocasión no se creó una Comisión interinstitucional, sino que cada Delegación Municipal se responsabilizó de trabajar, con las instituciones con las que mantiene relación, la posible colaboración en acciones destinadas a los/as jóvenes de Alcobendas.

Las instituciones con las que se trabajó fueron: INSALUD, FMM, FEMP, Oficina del Defensor del Menor, Cuerpos de Seguridad del Estado, Comunidad de Madrid: Dirección General de Juventud, D.G. Empleo, D.G. Empleo, D.G. Mujer, D.G. Educación, D.G. Voluntariado y Consorcio de Transporte.

Así mismo del mecanismo de consulta y elaboración de nuevas propuestas fue responsable cada delegación municipal, que trasladó las propuestas a la Comisión técnica para que fueran incorporadas al Plan.

3. Estrategia de Comunicación.

Con el objetivo de dar a conocer el Plan Joven y fomentar la participación de todos y todas los jóvenes haciéndoles protagonistas del diseño y desarrollo de las políticas de juventud del municipio se elaboró esta estrategia de comunicación. En ella se han utilizado distintos soportes dependiendo del momento del Plan y de los objetivos específicos que se querían conseguir.

El segundo objetivo de la estrategia de comunicación es el de seguir creando una cultura corporativa de coordinación dentro de la Institución, si por ejemplo, sale la noticia de que El Consejo Económico y Social se ha reunido con el Plan Joven, los técnicos de empleo están contentos, los empresarios y los sindicatos también. Si cada semana salen noticias del Plan Joven estas continuamente recordando, también a las 35 delegaciones municipales que ellos están participando de ese Plan.

La estrategia de comunicación comenzó con la publicación en la “Revista Alcobendas” de un resumen de los resultados del Estudio de Juventud, en otoño del 2001; y con la presentación oficial el 4 de Octubre del 2001 del estudio y del logo del Plan Joven.

A partir de este momento y hasta el día de la fecha, se informa del Plan Joven en la publicación local “Siete Días”, una semana y otra y otra y otra...y dale y dale y dale Plan Joven. También trimestralmente en la “Revista Alcobendas”; tanto de las reuniones tenidas con el tejido asociativo, como de las opiniones de jóvenes del municipio sobre distintos ámbitos de su interés, según las demandas del estudio de juventud.

Entre Abril y Mayo del 2002 se envió a cada joven de Alcobendas el Cuestionario de la Consulta Individual, acompañado de una carta donde se les invitaba a participar y se les explicaba que se estaba haciendo.

Entre Mayo y Junio del 2002 se realizó un casting entre los jóvenes de Alcobendas para formar parte del spot de cine que se emitirá en Octubre del 2002 en todos los cines del municipio y en todos los pases.

En Junio 2002 se distribuyeron 4500 camisetas, sólo con el logo del Plan Joven y no del Ayuntamiento.

En Noviembre 2002 se elaboró el folleto con las Acciones del Plan Joven, coincidiendo con su presentación oficial.

El **Plan Joven** se aprobó en Pleno, con el voto de todos los partidos políticos.

La presentación del Plan Joven fue capitaneada por el Alcalde y el concejal de Juventud, por Los Consejos de la Juventud de Alcobendas, de la Comunidad de Madrid y de España y por los técnicos de empleo, vivienda, salud, educación, policía local y el patronato sociocultural; es decir Políticos, Jóvenes y técnicos de todas las Areas.

El Plan Joven plantea una forma de hacer **política pública emprendedora**, porque va contra los que quieren mantener el sistema, porque aporta nuevas ideas, porque potencia el desarrollo intelectual, porque investiga, porque se implica en su desarrollo, porque se compromete en su implementación, porque actúa de promotor, porque remueve el pensamiento político, técnico y ciudadano, porque busca la participación, porque quita y da protagonismos, porque analiza, evalúa y rinde cuentas, porque se regenera con sentido de proceso y es capaz de plantear una nueva edición que mejora la anterior, porque da sentido de pertenencia, porque crea cultura organizativa y porque intenta dar respuestas de manera integral a las necesidades planteadas.

El Plan Joven de Alcobendas es sólo un ejemplo de cómo se puede trabajar para conseguir unos objetivos comunes desarrollando **planes transversales**, pero es también una **política emprendedora** y moderna, con sentido de proceso, capaz de revisar el camino andado e innovar, que asume riesgos y plantea nuevas propuestas, nuevos modelos. Es, simplemente, un modelo más de hacer política de juventud.

LA INSERCIÓN LABORAL.

D^a. M^a José de Santiago Pérez

Técnico de Inserción Laboral del Concello de Culleredo.

Estratexia para a inserción social polo emprego a través de un deseño de itinerarios personalizados con mediación e acompañamento profesional

1. Inserción sociolaboral:

Proceso de axuda e acompañamento no desenvolvemento das competencias persoas, sociais e laborais que sitúen a persoa nunha posición favorable ante o emprego e posibiliten o acceso e mantemento dun posto de traballo. (Fundación Tomillo 2003)

2. Itinerario de inserción

- Conxunto de actividades secuenciadas que as persoas atendidas deben percorrer co fin de facilitarlles recursos para que xestionen con autonomía o seu propio proceso de inserción sociolaboral.

3. Factores de empregabilidade

Mercado de traballo

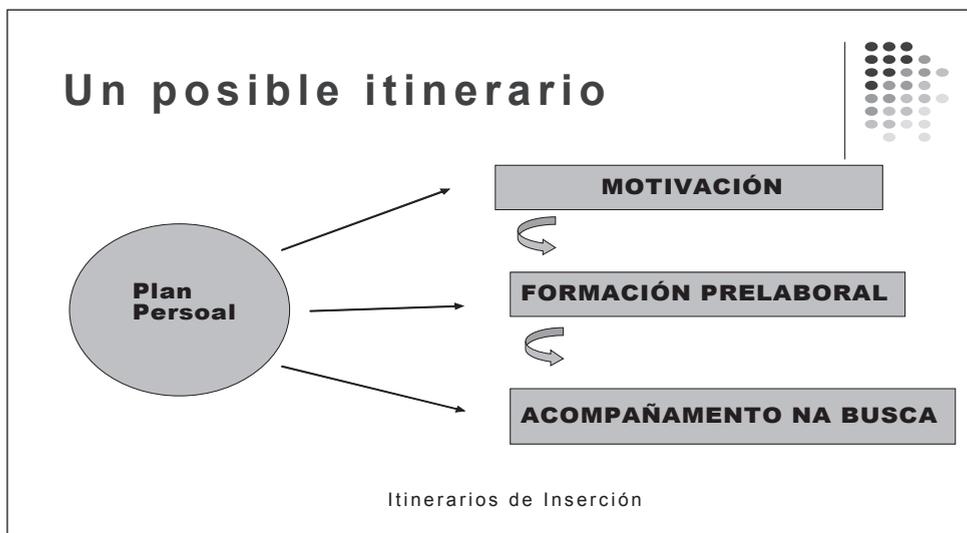
- Ganas/Motivación
- Formación axeitada ao posto
- Iniciativa/autonomía
- Flexibilidade/adaptabilidade
- Disponibilidade

Empregabilidade

Competencia Profesional
Adecuación Profesional
Idoneidade
Recursos Alternativos
Habilidades Sociais

Construcción de Itinerarios

- Acollida
- Construcción – Desenvolvemento
- Seguemento- Acompañamento



Elementos clave:

- O emprego como ferramenta clave na eliminación da discriminación e desigualdade social
- A persoa como protagonista
- Apoio individualizado
- Acompañamento profesional
- Coordinación

Funcións do Técnico/a: Apoiar; acompañar; facilitar

Metodoloxía:

- Itinerario de inserción sociolaboral personalizado e a medida con medidas de apoio integral (educación, sanidade, vivenda...)
- A preparación para a inserción socio-laboral
- Emprego con apoio
- Estructuras de emprego protexido como tránsito a inserción en medio ordinario de traballo.

SIDA. DESAFÍOS, RETOS E ALTERNATIVAS

Xosé Leira López

Profesor Titular de Sociología - UDC

“Haberá que acabar aceptando que o comportamento do ser humano é moito máis complexo que calquera virus”.

Jonathan Mann

Nesta ponencia estúdiase o SIDA como unha enfermidade conductual e social, onde son importantes os diagnósticos clínicos e os diagnósticos comportamentais e sociais. A conducta sobre o SIDA queda tamizada polas actitudes, os valores, as crenzas, as conductas concretas e as concepcións e prácticas do grupo e do entorno social.

Analízase a posibilidade de determinadas políticas preventivas, nas que estarán involucradas toda unha serie de conceptos: información, sensación de risco, conductas, habilidades, e tratamentos. Para elo realízase un percorrido reflexivo ao través de distintas teorías que poden aportar claves para a planificación e implementación de programas e proxectos de prevención e tratamento. Estableceuse un fío conductor baseado nas interesantes aportacións neste campo de José L. Bimbela. Repasaranse: a taxonomía de obxectivos educativos, a teoría do lugar do control, o modelo de crenzas de saúde, a teoría da aprendizaxe social, da acción razoada, o modelo de cambio e o Precede.

I.

O Sida e unha enfermidade conductual e social

- Diagnósticos clínicos
- Diagnósticos comportamentais e sociais

A conducta:

- Coñecimentos dos pacientes
- Actitudes e crenzas
- Habilidades
- Reacción do entorno social

II.

Información e formación das persoas en xeral e de colectivos en particular.

Formación e capacitación de profesionais da saúde e de membros de ONGs.

Para o abordaxe psicosocial da problemática da sida:

- Metodoloxías
- Técnicas
- Habilidades

III.

A información sobre a sida queda tamizada polas emocións que a envolven e que se traducen en:

- Actitudes
- Valores
- Crenzas
- Conductas concretas

Un cambio de conducta individual para evitar a transmisión da sida que vaia en contra das actitudes, valores, crenzas ou prácticas de entorno (parella, familia, amigos...), é difícil que se manteña no tempo e logre consolidarse.

IV.

Vías:

- Homosexualidade
- Receptores de hemoderivados ou transfusión sanguínea
- Drogas por vía parental
- Transmisión nai-fillo
- Heterosexualidade

Se unha persoa non se sente en situación de risco é difícil que faga algún cambio de conducta para evitar o seu contaxio.

- Información precisa
- Adquisición de habilidades

V.

Sensación de risco

Conductas

Habilidades

Prevencción

Tratamentos

VI.

“Taxonomía de obxetivos educacionais”

As persoas deben de ter unhas actitudes e valores apropiados para que o coñecemento que se lles trasmita sexa para elas relevante e poida ser internalizado.

A información xeralmente non se internaliza.

(Bloom e colaboradores)

VII.

Teoría do lugar (locus) de control

“O papel importante que xoga nas conductas das persoas a percepción que teñen respecto a cales son os elementos que causan os acontecementos, inclusive o seu propio comportamento”

Elementos causais:

- Locus de control interno: a persoa percibe que os acontecementos dependen dela mesma.
- Locus de control externo: os acontecementos dependen de factores externos (outras persoas, azar, destino, sorte, ...)

VIII.

Modelo de creencias de saúde (Becker, rosenstock, Janz e Becker)

Catro dimensións para explicar os comportamentos de risco e de protección:

- A gravidade percibida pola persoa respecto a enfermidade o as súas secuelas.
- A susceptibilidade percibida polo individuo en relación con esa enfermidade (vulnerabilidade).
- A dispoñibilidade de alternativas.
- Os beneficios e costes percibidos pola persoa como consecuencia de emprender outra acción.

Non sempre se observa relación entre a gravidade percibida polo individuo e a conduta de prevención que leva a cabo.

A construción social da realidade (Berger e Luckmann)

IX.

Teoría da aprendizaxe social (teoría cognitivo-social). Bandura

Elementos fundamentais para explicar o comportamento dos individuos:

- As expectativas sobre os resultados da conduta ou acción preventiva.
- As expectativas de autoeficacia (capacidade esperada de seguir ou modificar unha conduta determinada).
- Os incentivos (valor atribuído ao resultado esperado en termos de mellora para a saúde).

Bandura enfatiza que para levar a cabo conductas saudables eficaces débese ter en conta que a información sobre a sida queda tamizada polas emocións que a envolven.

Elementos fundamentais para explicar o comportamento dos individuos:

- As expectativas sobre os resultados da conducta ou acción preventiva.
- As expectativas de autoeficacia (capacidade esperada de seguir ou modificar unha conducta determinada).
- Os incentivos (valor atribuído ao resultado esperado en termos de milloría para a saúde).

Bandura enfatiza que para levar a cabo conductas saudables e eficaces débese ter en conta:

- Unha información adecuada.
- Poseer habilidades de interacción social.
- Practicar abundantemente as conductas preventivas.

X.

Teoría da acción razoada. Ajzen e Fishbein

- As intencións de cambio veñen mediatizadas polas crenzas e actitudes dos individuos e polo concepto de control percibido polo individuo.
- Percepción, por parte da persoa, dos obstáculos que poidan evitar ou dificultar unha conducta que desea levar a cabo.

XI.

Modelo tranteorético de cambio. Pio Chasck e DiClemente

Moi utilizado para o consumo de drogas.

Nos cambios de comportamento existen cinco fases:

- Precontemplación: Nesta fase o individuo non percibe o problema. As vantaxas asociadas os comportamentos de risco superan as desvantaxas.
- Contemplación: O individuo percibe o problema e quere afrontalo. Empeza a considerar un cambio de conducta valorando “pros e contras”.
- Preparación: O individuo está disposto a efectuar cambios de forma inmediata. Xa fai pequenos cambios.
- Acción: Existen esforzos observables e significativos para o cambio. Poden cambiar a súa conducta con éxito en seis meses.
- Mantemento: Fanse esforzos para evitar recaídas e consolidar o cambio. Estabilízase o cambio sen recaídas.

XII.

Modelo Precede. Bimbela

Estructura os factores que inflúen sobre as condutas relacionadas coa saúde en tres grandes bloques: predispoñentes, facilitadores e reforzantes

Factores predispoñentes:

- Coñecementos e información que posee o individuo sobre todos os aspectos relacionados coa conduta da que se trate.
- Actitudes, valores e crenzas que ten o individuo e que inciden a favor ou en contra da motivación por esa conduta.

Factores facilitadores:

- As capacidades para levar a cabo cambios de conduta.
- As habilidades e destrezas para facelo.
- Os recursos (humanos e materiais) que facilitan esa conduta.

Factores reforzantes:

- Resposta do entorno en que se desenvolve (parella, familia, grupo de iguais, profesionais socio-sanitarios, ...).
- Beneficios físicos e emocionais (placer, comodidade, tranquilidade) que se poden derivar da nova conduta.
- Consecuencias económicas que se deriven (aforro gastos, ...).
- A resposta do propio individuo (auto-reforzo) ante a realización desa conduta.

Aplazamiento

La sesión, en la que estaba prevista la intervención de los profesores Nuria Varela Feal, Directora de la E.U. de Enfermería y Podología de la UDC, y Gerardo Hernández Rodríguez, Profesor Titular de Sociología, para exponer los temas “El cuidado de la población enferma y su repercusión social” y “La preservación de la memoria y la prevención de la exclusión”, no pudo llevarse a cabo debido a la avería sufrida por el sistema de alarmas de la Facultad que, con la estridencia de los sonidos emitidos, impidió el correcto desarrollo de la sesión prevista. Sin embargo, estas dos ponencias fueron expuestas a los alumnos los días 25 y 16 de noviembre, respectivamente.

Ante la contingencia surgida de forma imprevista, las Jornadas fueron clausuradas simbólicamente por los directores de las mismas, que ostentaron la representación del

Decano de la Facultad de Sociología de la Universidade da Coruña, profesor José Luis Veira Veira, destacando en su nombre la importancia de actividades como estas Jornadas y asumiendo el compromiso de, en la medida de lo posible, proseguir en años sucesivos con otras de la misma naturaleza, abordando nuevos temas que preocupan en nuestra sociedad y que pueden ser objeto de estudio e intervención desde la Sociología y desde la Educación Social.

EL CUIDADO DE LA POBLACIÓN ENFERMA Y SU REPERCUSIÓN SOCIAL

Nuria Varela Feal

Profesora Titular y Directora de la E.U. de Enfermería y Podología de la Universidade da Coruña, Campus de Ferrol.

La situación actual en los cuidados de la enfermedad se caracteriza, entre otras cosas, por los grandes progresos médicos y tecnológicos y por el incremento del nivel socio-económico y cultural, que han dado lugar a un aumento de la esperanza de vida y a la disminución de enfermedades que antes eran mortales.

Todo ello supone lo que se ha dado en denominar la transición epidemiológica, que responde a las siguientes fases o etapas:

Era de las epidemias: Las enfermedades infecciosas principal causa de mortalidad entre la población. Afectan a todos los grupos de edad, específicamente a los niños. Consecuencia la esperanza de vida es baja y la mortalidad infantil elevada.

Recensión de las epidemias: Descubrimiento de las vacunas: control de enfermedades infecciosas. Pierden importancia como causa de mortalidad. Son los jóvenes los que principalmente escapan a la mortalidad por este tipo de enfermedades.

Era de la enfermedad crónica: Ahora son las enfermedades crónicas las causantes de la morbi-mortalidad de la población. Aumenta la esperanza de vida, y la mortalidad infantil es baja.

Enfermedad degenerativa retardada: Aumenta aun más la esperanza de vida, pero la calidad de vida puede no mejorar, en el extremo de las edades avanzadas se producen múltiples alteraciones de la salud: enfermedades crónicas, degenerativas y problemas de salud mental

Sin embargo, actualmente nos encontramos frente a una evidente paradoja. A pesar de los incuestionables avances médicos y las mejores condiciones de vida...Cada vez existen mas personas con necesidad de ser atendidas y que requieren cuidados prolongados y continuos.

Veamos a continuación cuales son algunas de las causas de esta situación:

- Tendencias demográficas: Aumento del grupo de población > de 65 años
- Incremento de la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas, Alzheimer y Parkinson, entre otras
- Nuevas formas de atención sanitaria
 - Desinstitucionalización de enfermedades mentales
 - Altas hospitalarias precoces
 - Cirugía ambulatoria
- Mayor presencia de enfermedades crónicas y/o degenerativas
- Desajuste ante el conflicto ético: “todo lo que se puede hacer, **se debe hacer**”.

Y, asimismo, nos fijaremos en las consecuencias:

- Traslado de parte de la carga de los cuidados de la enfermedad hacia el hogar.
- Traslado de parte de la carga de los cuidados de la enfermedad hacia el hogar
- La demanda de cuidados de personas dependientes va en aumento y existe una clara relación entre edad y situaciones de dependencia.
- Más del 32% de las personas mayores de 65 años presentan algún grado de dependencia (*Libro Blanco del Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales, 2005*).
- Tiempo de cuidados que consume un enfermo: 12% sistema sanitario formal (Cuidadores Formales); 88% Ámbito domestico/familiar (Cuidadores Informales).

Las enfermedades o las incapacidades implican elevados costes familiares, sociales, económicos y de salud y la atención a personas dependientes provocan: Sentimientos contradictorios; Exclusión; Restricción de la libertad personal; Impacto sobre la propia salud,...

Sirva como referencia el hecho de que el coste (en horas) de las tetraplejias en jóvenes tras accidente de tráfico (*Estudio CSIC, (Zambrano 1997)*) supone un Tiempo de dedicación por el cuidador principal en el 1er año de 3.157 horas: 2.264 madres, 893 padres (Trabajador que trabaje 40 horas/semana, 50 semamas/año: 1900 horas/anales) y que precisan:

- Cuidados: Instrumentales (ad. Medicación, fisioterapia, respirador, sondas...;
- Cuidados: Básicos, actividades de la vida diaria
- Mayores exigencias económicas

Sistema Proveedor de ayuda	Grupos de edad			
	6 a 64	65 a 79	80 y mas	Total
Publico	39.641	39.015	44.489	123.145
Familia	434.71	467.453	408.421	1.310.592
Otro sistema privado	48.364	89.060	84.060	221.484
No consta	90.663	73.909	45.424	209.996
Total	556.954	605.064	508.432	1.670.450

Figura I. Cuidados básicos, actividades de la vida diaria

Lugar de residencia	Grupos de edad			
	6 a 64	65 a 79	80 y mas	Total
En el hogar	398.179	351.010	300.006	1.049.195
Fuera del hogar	75.969	187.705	171.609	435.283
No consta	82.807	66.349	36.816	185.972
Total	556.954	605.064	508.432	1.670.450

Figura II. Personas con discapacidad que reciben ayuda de asistencia personal por lugar de residencia del cuidador principal. (Reproducido del Libro Blanco. Ministerio de trabajo y Servicios Sociales, 2005)

Todas estas situaciones dan lugar a diversos impactos, tanto en el paciente como en la familia, que vamos a considerar seguidamente.

Impacto a nivel físico:

Paciente

- Problemas derivados de la naturaleza del propio proceso
- Derivados del Tratamiento médico

Familia

- Problemas derivados de la carga de trabajo, falta de momentos de respiro y de disponibilidad de tiempo: insomnio, alergias, digestivos, cefaleas

Impacto a nivel psicológico:

Paciente

- Ansiedad ante los tratamientos, pruebas diagnósticas, rehabilitación
- Duelo por pérdida de la función y capacidades
- Duelo por pérdida de objetivos vitales

Familia

- Ansiedad, sentimientos de ira, contrariedad, culpabilidad, falta de control ante un futuro incierto, depresión
- Duelo por pérdida de la salud/identidad de familia sana

Repercusiones familiares:

- Sentimientos de pérdida y dolor
- Vida sujeta a cambios
- Nuevas relaciones: sistema sanitario, profesionales, sistema social
- Nuevos conocimientos: tienen que aprender a manejar la enfermedad y sus demandas, aprender técnicas y procedimientos, tratamientos complejos y dolorosos
- Proyectos y expectativas se ven truncados y/o fracasados
- Libertad limitada

La familia debe ajustarse a las demandas de la enfermedad/discapacidad

- Con cambios en su funcionamiento
 - La enfermedad lo invade todo
 - Abandono de familiares sanos, sobreprotección del paciente
- Teniendo que hacer un esfuerzo por compatibilizar las demandas de la enfermedad y su desarrollo evolutivo
 - “Alguien tendrá que ponerse a hacer y aprender cosas que antes no hacía ni sabía”
- Hay que compatibilizar las demandas de la enfermedad con las demandas del ciclo evolutivo.
 - De cada uno de sus miembros y como familia
 - La atención a la enfermedad no implica forzar a los miembros de la familia (y a la familia) a sacrificar proyectos de vida, o de su desarrollo

Todo ello implica un mayor riesgo para el cuidador principal.

La figura del cuidador principal.

- Suele ser mujer (83%)
- Media de edad de 53 años
- Sobre ellas recaen las exigencias tradicionales del servicio a los demás
- Olvido de las propias necesidades
- Renuncia a proyectos personales

Pero si nos referimos a la figura del cuidador principal, sería más apropiado hablar de la cuidadora principal, ya que son mujeres, mayoritariamente, las que desempeñan esta función.

- El rol femenino en nuestra sociedad se ha modificado, pero también complicado
- Mayor presencia de la mujer en el ámbito público, en la vida social y política
- No hay cambios en la asignación de responsabilidades del cuidado
- La mujer: tres trabajos a tiempo completo (A. Duran 2002):
 - Su empleo
 - La crianza (no remunerado)
 - El cuidado de los padres anciano y enfermos (no remunerado)

En la cuidadora principal se constata una desigualdad en la adscripción “natural” del cuidado porque existe una desigualdad de oportunidades: Para poder acceder al empleo, para disponer de tiempo libre, para el acceso al ocio, o a la vida social y cultural

La cuidadora principal está en peligro de extinción porque:

- El sistema de cuidados no puede seguir descansando en la reserva natural de mano de obra femenina: “Ellas ya no están en el hogar”
- Cambios en la estructura y modos de vida familiar. Nuevos modelos de familia
- Se precisa “desfeminizar” el cuidado: Equilibrio en la adscripción de responsabilidades

Las familias funcionan como un agente de salud, constituyen la principal fuente de continuación de cuidados, pero precisan de un apoyo social eficaz. Un apoyo social Instrumental, emocional y de información. El apoyo social El apoyo social en la enfermedad crónica contribuye a un afrontamiento eficaz y es un factor protector en las familias ya que, según A. Guy y M. Banim (1999)

- Están más motivados para aprender destrezas y habilidades
- Se da un ajuste más eficaz a las demandas de la enfermedad
- Se produce más autoestima y una visión mas optimista de la vida

Además de los cuidados clásicos y básicos, las familias tendrán que hacer frente a nuevas demandas, cuidados técnicos y específicos dependiendo de la enfermedad y discapacidad, y proporcionar a la persona dependiente un apoyo emocional, social y económico.

La familia tiene que hacer frente a una gran responsabilidad por que de ellas depende el cuidado diario y el manejo de la enfermedad y/o discapacidad (González, Steinglass y Reiss, 1989).

El cuidado de las personas enfermas, incapacitadas y dependientes conlleva también una serie de repercusiones, aparte de las físicas, las psicológicas y las familiares, cuales son las económicas y sociales, que vamos a detallar a continuación.

Repercusiones económicas y sociales

- Costes directos:
 - Adecuación a su situación laboral ----- Incapacidad laboral
 - Disminución de ingresos económicos:
 - Perdida de empleo
 - Aumento de gastos: cuidados, tratamientos
 - La mayor parte de los gastos recaen en la familia
 - Cuidar a un enfermo de Alzheimer, suponen mas de 6.000 euros anuales
 - Las familias aportan mas de 80%
- Costes no evaluados (indirectos):
 - Aislamiento social
 - Perdida del tiempo libre
 - Riesgos para la salud
 - Exclusión social
- Altas prestaciones médico-sanitarias
- Deficientes prestaciones económicas y psicosociales (Durán, 2002)
- Ley Básica de Protección a la dependencia
 - Intenta corregir la desprotección de las familias
 - Proporciona ayudas socioeconómicas, para hacer frente a los gastos de los servicios sanitarios: servicios de ayuda, centro de día, programas de apoyo
 - Supone un avance cualitativo y cuantitativo
 - Se centra en las necesidades del paciente
 - No interviene en las necesidades psicosociales del la familia

Frecuentemente Los cuidadores informales carecen de: Referencias legales y el 93%, No cuentan con apoyo profesional o institucional. Por todo ello es de suma importancia poder contar con una red social eficaz.

Importancia de una Red Social Eficaz.

La sociedad representa un **factor protector** para los individuos porque:

- Tiene un efecto directo sobre los resultados de salud
- El apoyo familiar influye en conductas como dejar de fumar, pérdida de peso y adherencia al tratamiento
- La familia, amigos y contactos sociales puede disminuir el estrés emocional, mejorar la autoestima y la satisfacción de los cuidadores.

El apoyo social implica Apoyo instrumental; de Información; Emocional y Sentido de pertenencia

Por su parte, el apoyo emocional es el más importante e influyente en los resultados de salud y, según Campbell (2003), no puede ser reemplazado por servicios que sólo ofrezcan apoyo de información e instrumental.

Sin embargo, el funcionamiento familiar puede contribuir positiva o negativamente en los resultados de salud y afrontamiento de la enfermedad. Veamos algunos factores.

Factores protectores:

- Cercanía o conexión familiar
- Habilidades de afrontamiento
- Relaciones de apoyo mutuo
- Clara organización familiar
- Comunicación directa sobre la enfermedad

Factores de riesgo:

- Criticismo y/o conflictos familiares
- Trauma psicológico relacionado con la enfermedad del familia
- Aislamiento familiar
- Abandono de planes y proyectos
- Rigidez y/o perfeccionismo

En condiciones de cronicidad lo primero que se colapsa es la red social

- Pérdida progresiva de contactos sociales
- Falta de tiempo para los amigos
- Los amigos dejan de visitarles
- Las relaciones son incómodas y disminuye el contacto
- Algunas enfermedades son estigmatizantes
- Las relaciones familiares a veces son conflictivas

Los profesionales formamos parte de esa red social.

- Puede producirse una relación profesional/paciente-familia conflictivas y en ocasiones traumática por:
 - Falta de atención personalizada
 - Incapacidad para entender como pueden colaborar las familias
 - Falta de formación profesional sobre el papel de la familia
 - Información fragmentada e insuficiente
 - Falta de información de cómo cuidar al enfermo

Modalidades y Programas de Intervención

Numerosos autores nos sugieren que los programas de intervención deben centrarse en identificar los factores de riesgo y reforzar los factores protectores (Campbell, 2003)

Se precisa un cambio de actitud *“asumir que nuestros clientes seguirán sufriendo a pesar de nuestra intervención y que los resultados serán modestos pero de ayuda”* (Navarro, 2004)

Las intervenciones en el ámbito de la salud física:

- a) **Etapa Aguda.** Información médica y psicosocial
- b) **Etapa Crónica.** Adaptación a las demandas de la enfermedad, afrontamiento eficaz.
- c) **Etapa Final.** Hacer frente a la pérdida de la persona querida
- d) **Ámbitos:**
 - Contextos de salud física, hospitales, centros de salud.
 - Contextos de salud mental
 - Asociaciones de autoayuda

Posibilidades de Intervención Psicosocial

En contextos de salud: hospitales, ambulatorios, centros de salud, Centros especializados, Centros de día
<ul style="list-style-type: none"> • Intervención en crisis • Grupos de información (programas psicoeducativos) • Programas de respiro • Programas de apoyo a familias • Programas de apoyo a profesionales • Programas de consulta y colaboración • Derivación a grupos de autoayuda
En contextos de salud mental
<ul style="list-style-type: none"> • Intervención en crisis • Rehabilitación psicosocial en fases crónicas • Programas de consulta y colaboración • Derivación a grupos de autoayuda
En asociaciones de autoayuda
<ul style="list-style-type: none"> • Intervención en crisis (consulta general) • Rehabilitación psicosocial en fases crónicas • Programas de respiro • Programas de consulta y colaboración • Programas de ayuda psicosocial • Programas grupales • Experiencias de grupo a largo plazo (perfil profesional bajo): grupos de animación • Grupos orientados a objetivos específicos (sistema modular) • Grupos en etapas críticas de la familia, del individuo, de la enfermedad • Grupos de información (programas psicoeducativos) • Derivación a salud mental

Tipos de Intervención

Categorías:

- De apoyo y educación familiar
 - Diseñadas para educar
 - Proporcionan información sobre la enfermedad y las condiciones para una óptima calidad de vida
 - Información instrumental y/o apoyo emocional
 - Familias sanas

- Intervenciones psicoeducativas
 - Apoyo e información para anticipar la crisis, demandas y cambios
 - Ayuda a las familias a través del entrenamiento educativo y desarrollo de habilidades, proporciona técnicas para solucionar problemas
 - Enfatiza los recursos y experiencia de las familias
 - Familias sanas, los problemas resultan de un afrontamiento ineficaz
- Intervenciones terapéuticas
 - Familias con problemas de adaptación y ajuste a la enfermedad
 - El foco es la disfunción dentro de la familia

Un ejemplo de Intervención psicosocial es el de los **Grupos de Discusión Multifamiliar** y que a continuación se expone.

Los Grupos de Discusión Multifamiliar:

- Están siendo usados desde los 80s
- Frecuentemente son confundidos con los grupos de apoyo familiar (que típicamente excluyen al paciente)
- Suelen ser estructurados y de duración limitada
- Los componentes informativos son confusos
- Específicos para la enfermedad (por ejemplo, diabetes, asma infantil, cáncer)
- Existen muy pocos datos de resultados disponibles, aunque las primeras evidencias indican que mejoran las relaciones dentro de la familia y con los profesionales de la salud.

Modelo Ackerman.

Elementos clave:

1. Una **Comunidad de Familias** con experiencias compartidas
2. Inclusión de los **Pacientes y No Pacientes** de cada familia
3. Establecimiento de una atmósfera **No Culpabilizadora y No Enjuiciadora**
4. Énfasis en una solución de los problemas **Colaboradora**
 - Dentro de la familia
 - Entre las familias
 - Entre las familias y los profesionales
5. Adoptar una perspectiva de **Observador**
 - El grupo dentro del grupo –canal auditivo-
 - Los “collages” familiares como narrativas visuales de la enfermedad

La metáfora central en los GDM: Encontrar un lugar para la enfermedad en la Familia
VS Mantener a la enfermedad en su lugar

Componentes de las sesiones:

1. Participan 6-8 familias. Con los miembros que conviven y que puedan asistir
2. Seis sesiones de 90 minutos aproximadamente
3. Dirigidas por dos co-terapeutas entrenados y equipo de supervisión

Intervenciones

- S1: Componente educativo: grupo dentro del grupo: impacto de la condición médica en la vida familiar (perspectiva del paciente).
- S2: Componente educativo: grupo dentro del grupo: impacto de la condición médica (perspectiva de la familia).
- S3: Componente educativo: glorificar la enfermedad VS ponerla en su lugar. Identidad familiar.
- S4: Componente; pasado, presente futuro. Técnicas artísticas Collages: la imagen de la familia antes y ahora.
- S5: Componente; pasado, presente futuro. La familia en el futuro.
- S6: Componente Ritual familiar: los rituales de la familia

Componentes del grupo:

- Criterios de inclusión:
 - Familias en las que uno de sus miembros tengan una enfermedad crónica.
 - Grupo de convivencia de mayores de 12 años (todos aquellos que estén interesados en participar en el programa).
 - Disponibilidad para asistir a todas las sesiones.
- Criterios de exclusión:
 - No cumplir los criterios de inclusión
 - Personas incapacitadas por motivos físicos o psíquicos y/o la imposibilidad de comunicarse y relacionarse entre las familias y/o con los terapeutas
 - Enfermedades crónicas en fase terminal

Nuestra experiencia:

Unidad de Intervención y Cuidado Familiar de la E. U. de Enfermería y Podología.

- Asociación de Enfermedades Inflamatorias Intestinales.
- Asociación de Parkinson.
- Asociación de Diabéticos.
- Asociación para la lucha contra las enfermedades renales

Resumen de las sesiones.

Primera Sesión

- Ubicación de los diferentes elementos en los espacios destinados a cada uno de ellos.

Segunda Sesión

- Impresiones y posibles discusiones en familia sobre la sesión
- Resumen de la sesión anterior (incidir en las experiencias y preocupaciones compartidas):
- Se elige un no paciente para encontrarse con uno de los co-líderes. ¿Cómo os afecta y cómo te afecta esta enfermedad?. ¿Cómo os afecta a la hora de trabajar juntos como familia?
- Los miembros observadores comentan lo hablado.
- Resumen sesión 2

Tercera Sesión

- Preguntas, dudas o comentarios sobre la sesión 2.
- Hacer un resumen de la sesión 2.
- Preguntar por los eslóganes familiares antes de la enfermedad. **Identidad Familiar**
- ¿Cómo hacer para poner a la enfermedad en su sitio?. **Glorificar VS Poner a la Enfermedad en su lugar.**
- Dar instrucciones para el collage de la familia antes de la enfermedad/la familia después de la enfermedad

Cuarta Sesión

- Comentarios sobre la semana pasada
- Resumen sesión anterior
- Discusión sobre lo sucedido durante la semana buscando materiales
- Collage
- Cada familia explica sus collages y dicen lo que significa

El objetivo de la realización del collage se basa en ver el collage como instrumento visual que cuente la historia de la familia en el pasado y en el ahora:

- ¿Cómo era la familia?
- ¿Qué solíais hacer?
- Las emociones de la familia
- ¿Dónde está la enfermedad en el collage?

Quinta Sesión

- Resumir lo recogido.
- La familia el **futuro** (próximo año): dónde queréis estar y cómo llegaréis (barreras). Que les gustaría recuperar del pasado (antes de la enfermedad)
- Preparar los rituales

Sexta Sesión

- Rituales, preguntar dudas, etc.
- Hacer resumen global.
- Entrega de lemas familiares.
- Encuentro con equipo y despedida

Conclusiones

- La enfermedad y discapacidad tienen importantes repercusiones personales, familiares, económicas y sociales
- Se precisan cambios en la organización del sistema sanitario
- Y en el sistema de pensiones, ampliar la prestación de asistencia remunerada.
- Sistematizar ayudas complementarias a los hogares afectados: económicas, ayuda a domicilio
- Crear servicios sociales eficaces
- Potenciar y desarrollar programas de intervención para ayudar a las familias.
- Desfeminizar los cuidados (promotores: familia y sociedad)
- Modificar aspectos legislativos para ayudar a las familias y a los cuidadores informales a sobrellevar la carga del cuidado del enfermo
- Precisan de largos periodos de cuidado, tratamientos, entrenamiento y aprendizajes
- Requiere un abordaje multidisciplinar
- El objetivo no es la cura, sino la adaptación y ajuste del paciente y de su entorno familiar
- Los cuidados del proceso de salud/enfermedad, es una necesidad colectiva, consumidora de una gran cantidad de recursos.

Muchas gracias

Bibliografía

- Campbell, T. L. (2003). "The effectiveness of family interventions of physical Disorders". *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2):263-281
- Durán, M^a A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao, Fundación BBVA

- González, S., Steinglass, P., & Reiss, D. (1989). "Putting the illness in its place: Discussion groups for families with chronic medical illnesses". *Family Process*, 28, 6887
- Guy A, Banim M, (1999). "Procesos y resultados en la creación de redes de apoyo en El Reino Unido". *Congreso Nacional Familia y Discapacidad: libro de actas* Valladolid, Junta de Castilla León.
- Navarro, J. (2004). *Enfermedad y familia*. Barcelona Editorial Paidós
- Zambrano (1997) Estudio CSIC, Madrid.

LA PRESERVACIÓN DE LA MEMORIA Y LA PREVENCIÓN DE LA EXCLUSIÓN

Gerardo Hernández Rodríguez. Profesor Titular de Sociología (UDC)

Leticia Ameijide Estévez. Psicóloga

1. Introducción

Así como los peregrinos recorren un Camino y van dejando tras de sí una estela que, con el paso del tiempo y las pisadas de quienes nos siguen en la ruta se va desvaneciendo, también los seres humanos recorreremos el camino de nuestra vida, llegamos al final de esa peregrinación que es nuestra existencia y configuramos una estela que es nuestra memoria. La memoria particular, individual y personal y la memoria colectiva, a través de la cuales se consolida esa "síntesis cultural" que es el hombre, a decir de Francisco Zamora.

Decía Norberto Bobbio, en su obra "De senectute", cuando en 1997 contaba ya 87 de edad, que "el mundo de los viejos, de todos los viejos, es, de forma más o menos intensa, el mundo de la memoria. Se dice: al final eres lo que has pensado, amado, realizado. Yo añadiría: eres lo que recuerdas. Una riqueza tuya, amén de los afectos que has alimentado, son los pensamientos que pensaste, las acciones que realizaste, los recuerdos que conservaste y no has dejado borrarse, y cuyo único custodio eres tú. Que te sea permitido vivir hasta que los recuerdos te abandonen y tú puedas a tu vez abandonarte a ellos. La dimensión en la que vive el viejo es el pasado". Norberto Bobbio falleció en el año 2004 a los 94 años de edad.

Ejemplos de memoria hasta que sus recuerdos les han abandonado hemos tenido en dos personalidades recientemente fallecidas: Francisco Ayala, a los ciento tres años, y Claude Lèvi Strauss, a los casi ciento uno

En esta comunicación vamos a tratar de correlacionar la última etapa de nuestra vida, de nuestra peregrinación y esa estela, que es la memoria, y su desvanecimiento en esa etapa en la que rendimos viaje.

2. El recorrido por la última etapa.

Si consideramos que la última etapa de nuestra peregrinación es la ancianidad y la vejez, hemos de concluir también que esta etapa, para los seres humanos, es una etapa absolutamente irregular en su duración y en sus manifestaciones.

El peregrino es un ser humano que recorre y vive la naturaleza y en la naturaleza, por eso nos parece una acertada similitud la que hace Juan Pablo II (1999) al referirse a la vejez cuando nos dice que se habla de la vejez como del “otoño de la vida, -como ya decía Cicerón (1986)- por analogía con las estaciones del año y la sucesión de los ciclos de la naturaleza. Basta observar a lo largo del año los cambios de paisaje en la montaña y en la llanura, en los prados, los valles y los bosques, en los árboles y las plantas. Hay una gran semejanza entre los biorritmos del hombre y los ciclos de la naturaleza, de la cual él mismo forma parte”

Ser mayor hoy no significa necesariamente ser viejo, en el sentido menos favorable del término. Ser anciano, ser viejo no tiene por qué ser sinónimo de enfermo o inútil. Juvenal decía que los hombres imploraban a Júpiter una larga vida, y no se daban cuenta de que lo que le pedían era una larga vejez llena de continuos males. Francisco de Quevedo afirmaba que todos queremos llegar a viejos, aunque ninguno reconocemos haber llegado ya. Pero Santiago Ramón y Cajal sostenía que se es viejo cuando se pierde la curiosidad intelectual. Un poeta francés del siglo XVI, Pierre de Ronsard decía que “nadie es viejo si no quiere”, y otro poeta, éste español, José de Zorrilla, decía de sí mismo: “Yo soy de esos viejos que nunca lo son”. Y otro dicho sentencia que “son viejos aquellos que dan buenos consejos porque ya no pueden dar malos ejemplos”

En sentido sociológico ser mayor hoy no es algo estrictamente vinculado a la edad cronológica o a la edad biológica. Yo diría que es algo más vinculado a la “ancianidad decretada”.

Ser mayor es, socialmente, “ser reconocido como tal por el grupo o sociedad de la que se forma parte”. Mayor, viejo o anciano es, desde la perspectiva sociológica, aquel que en la sociedad en la que vive, así lo define. Y la consideración social de las tareas específicas en cada fase de la vida tiende a clasificar a las personas según su grado de “productividad” en la sociedad.

En esta cuestión, como en tantas otras, intervienen por un lado los factores objetivos y, por otro, los subjetivos. La imagen social de la ancianidad, como de cualquier otra edad, tiene que ver con su estatus social. El estatus viene determinado, generalmente, por el rol. Y el rol social se refiere a las costumbres y funciones de los individuos en relación con los grupos sociales o sociedades a las que pertenecen. Es actuar conforme a lo que los demás esperan de cada persona.

En definitiva, un conocido aforismo psicológico nos dice que “el hombre no tiene más edad que la que cree tener”, lo que se traduce en que lo importante no es cómo está una persona físicamente, sino las ganas que cada una tenga de moverse, hacer cosas, realizar actividades y de vivir.

Por consiguiente, ser mayor hoy es, también, tener fuerza, capacidad física y mental, ilusiones y ganas de vivir. Pero así mismo es tener experiencia y voluntad de disponibilidad de esa experiencia no sólo a favor de los familiares -cónyuges, hijos o nietos-, sino incluso de otras personas con las que no nos une parentesco alguno, desde las diferentes formas de solidaridad, colaboración, ayuda, apoyo o voluntariado. Los mayores hoy, y cada vez más, se hacen presentes en la familia y en la sociedad y sería un despilfarro social no aprovechar su concurso.

3. La memoria como potencia del ser humano

Los catecismos de nuestra infancia especificaban que las tres potencias del hombre eran memoria, entendimiento y voluntad.

La memoria es fundamental para el aprendizaje, ya que lo que no se puede recordar no existe. La memoria inmediata o de hechos recientes disminuye notoriamente, ello conduce a repetir las mismas preguntas y conversaciones. La memoria, además de ser indispensable para nuestra supervivencia, enriquece toda nuestra experiencia.

Una parte importante de los problemas y quejas sobre la pérdida de concentración, memoria, reflejos y otras capacidades cognoscitivas que presentan las personas mayores no son debidas a causas biológicas o a disfunciones del sistema nervioso central, sino que son la consecuencia lógica de una falta de entrenamiento y ejercitación de dichas capacidades. Por tanto, la base de un buen estado de salud física y mental es conservar en funcionamiento las capacidades y habilidades del cuerpo y la mente.

Por un lado, se pueden producir algunas alteraciones en la memoria como son los denominados olvidos cotidianos o pérdidas de memoria asociadas a la edad y por otro

lado, estos problemas pueden evolucionar y convertirse en algo más grave como son las demencias. Una de las más frecuentes es la demencia tipo Alzheimer.

Para solucionar estos problemas de memoria y conseguir un mejor funcionamiento en todos los niveles es necesario llevar a cabo una estimulación cognoscitiva para mantener activo nuestro cerebro, lograr enlentecer el deterioro cognoscitivo en caso de que lo hubiese y fomentar la interacción y la comunicación con otros individuos del propio entorno.

Los objetivos fundamentales para el desarrollo, la participación y el beneficio de la salud física y mental de los mayores serían el aprendizaje durante toda la vida, la educación continuada y la actividad cognoscitiva.

4. La memoria y su funcionamiento

La memoria es la capacidad que tenemos los individuos para recibir, recoger, almacenar y recuperar información en nuestro cerebro cuando nos es preciso (Millán, 2006). Configura nuestra propia identidad y de ahí, su enorme importancia para las personas.

Se trata de un sistema funcional complejo y activo, determinado por el tiempo (Puig, 2003) e indispensable para la supervivencia del individuo en su entorno. En definitiva, el papel de la memoria consiste en enriquecer toda nuestra experiencia.

En el proceso de recordar se pueden diferenciar tres momentos o fases principales (Montejo et al., 2001):

- **Fase inicial de adquisición o registro.** Es el momento en que se capta o recibe la información.
- **Fase de retención o almacenamiento,** en la cual se almacena el material.
- **Fase final de recuperación o evocación.** Es el momento en el que se “trae a la memoria” el material que se quiere recordar.

La memoria se clasifica en tres subsistemas: memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo. La **memoria sensorial** registra y almacena la información que proviene de nuestro mundo exterior y lo hace a través de nuestros sentidos: oído, vista, olfato, gusto y tacto. Se caracteriza porque almacena durante un tiempo muy limitado (unos 250 milisegundos) la información. La memoria a corto plazo codifica e interpreta la información proveniente de la memoria sensorial. Su tiempo para poder almacenar información está entre los 15 a 30 segundos y posee una capacidad limitada de

almacenamiento de 7 ítems de una vez, con una variabilidad de dos por encima o por debajo de esta cifra. La memoria a corto plazo nos permite recordar acontecimientos inmediatos. Por último, la memoria a largo plazo permite el recuerdo de información después de minutos o de años. Por tanto, su capacidad de almacenar información es muy grande, tal vez, ilimitada (Martínez, 2000).

Hay varios tipos de memoria siendo los más importantes: la memoria episódica, semántica y procedimental (Torreiglesias, Montejo y Montenegro, 2007). La memoria **episódica** es recordar los hechos que nos han sucedido. La memoria **semántica** es el recuerdo de los conocimientos que hemos adquirido a lo largo de nuestra vida desde los más simples a los más complejos. Y por último, la memoria **procedimental** se encarga de guardar el recuerdo de los procedimientos o habilidades para hacer las cosas. Por ejemplo: montar en bicicleta o conducir un coche. Si atendemos al tiempo en el que han ocurrido los hechos, la memoria episódica se divide en memoria **reciente** (recordar una cosa que acaba de suceder) y memoria **remota** (recordar algo que ha pasado hace más tiempo).

En el proceso de envejecimiento, la memoria reciente se ve más afectada que la memoria remota. Los recuerdos pasados que están bien grabados en nuestro cerebro se mantienen mejor, aunque, según va pasando el tiempo olvidamos muchos hechos.

Por tanto, la memoria es una actividad compleja en la que van a participar distintos procesos mentales (Torreiglesias et al., 2007). Los más importantes son:

- La **atención**. Es la capacidad de dirigir nuestra mente hacia la observación de un objeto y resulta básica para la memoria.
- La **percepción**. Percibir es captar y reconocer la información que nos llega a través de los sentidos.
- El **lenguaje**. Cuando nos preguntan qué hicimos ayer, lo recordamos y explicamos con palabras. Es uno de los medios que tenemos para almacenar los datos o los conocimientos y luego para recordarlos.
- El **control mental**. Lo utilizamos para organizar y seguir o controlar las acciones y así asegurarnos un buen recuerdo posterior.

Las quejas de memoria son la expresión subjetiva de los fallos u olvidos que una persona cree tener. Entre los mayores, hasta un 50% se quejan de su memoria. Las más frecuentes las refieren personas mayores de 65 años, según un estudio realizado por el Ayuntamiento de Madrid (Torreiglesias et al., 2007).

- Tener una palabra en la punta de la lengua, olvido de nombres (96%).
- No recordar un cambio en las actividades: por ejemplo, que hoy debe hacer una tarea especial o ir a un sitio específico, y seguir la rutina (88%).
- Olvidar lo que le han dicho ayer o hace unos días (87%).
- Perder cosas por la casa, no saber dónde se ponen: por ejemplo, las gafas (87%).
- Tener que comprobar varias veces si han hecho una determinada tarea que suele ser automática, como apagar el gas (85%).
- Olvidarse de llevar objetos y tener que volver a buscarlos (84%).
- Olvidar cuándo ocurrió algo, si fue la semana pasada o antes (84%).
- Tener dificultades para aprender una nueva habilidad (81%).
- Olvidar lo que se acaba de decir (81%).
- Olvidar dar recados (80%).

Olvidos y fallos de memoria hemos de tener, puesto que la capacidad de nuestro cerebro es limitada (Maroto, 2003). Evitar o prevenir olvidos requiere:

- Estimulación y mantenimiento Bio-Psico-Social y cognitivo adecuado.
- Aprendizaje y uso de técnicas que mejoren la codificación, el almacenamiento y la recuperación de la información.
- Uso de ayudas o prótesis de memoria (agendas, calendarios, post it, etc...).

El desvanecimiento de la estela, la pérdida de esa memoria episódica a la que más arriba hemos hecho referencia, se va perdiendo con la edad, por lo que, todos experimentaremos la sensación de que tenemos menos memoria a medida que nos vamos haciendo menos jóvenes o más mayores, según se mire. El ejemplo más característico es la denominada Ley de Ribot, que sufren las personas mayores cuando recuerdan perfectamente aquello que hicieron en su juventud, pero no se acuerdan de lo que han hecho en el día precedente. Ello no tiene que ver con las alteraciones de memoria que aparecen en la enfermedad de Alzheimer.

La sintomatología que se aprecia en las primeras fases de la enfermedad de Alzheimer se caracterizan, entre otras cosas (De Domingo Ruiz de Mier: 2004), por:

- Dificultad reiterada para recordar hechos de cierta importancia: lugar donde se dejan las cosas, recados, fechas significativas, nombres de lugares o de personas conocidas, teléfonos habituales,...

- Dificultad para nuevos aprendizajes que requieran procedimientos razonados y con cierta complejidad, así como para adaptarse a nuevos entornos y ambientes.
- Ligeras alteraciones en el uso del lenguaje, tanto de expresión como de comprensión
- Ligeras dificultades en la escritura, con producciones de escritura imprecisa y, generalmente, empobrecida
- Dificultad para el cálculo: manejo de dinero, operaciones bancarias, finanzas, etc.
- Cambios de personalidad y de carácter que dificultan su trato y manejo.

5. ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer?.

Aunque sea simplificando y de forma muy breve vamos a mencionar algunos rasgos de esta enfermedad, ya que no es éste el lugar ni el momento para hacer una exposición más amplia sobre este tema, porque excede de los objetivos y naturaleza de esta intervención.

La enfermedad de Alzheimer es una demencia, es decir, una situación de pérdida de habilidades superiores (memoria, lenguaje, abstracción, razonamiento...) que supone una alteración de la vida social, laboral, familiar y personal de quien la sufre.

La edad aumenta la frecuencia de la enfermedad, pero no es un problema producido por el envejecimiento. Existen enfermedades cuya frecuencia aumenta al hacernos mayores, pero no están causadas por la edad. Por eso, con el aumento de la esperanza de vida, la enfermedad de Alzheimer se ha vuelto más frecuente, porque en el pasado, personas que la podrían padecer, pero cuya sintomatología todavía no se había hecho patente, fallecían por motivos diferentes en edades más tempranas que las actuales.

La enfermedad de Alzheimer no es lo mismo que la “demencia senil”, que se refiere a cualquier deterioro cognitivo que aparece después de los 65 años, para anteponerlo al concepto de “demencia presenil”, que ocurre antes de esa edad. La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia senil, pero no es la única y por consiguiente no significa lo mismo.

En nuestro entorno, incluso en el más inmediato o próximo, escuchamos con demasiada frecuencia expresiones que mucha gente percibe como intrascendentes pero que provocan el desagrado o la tristeza de aquellas personas que saben lo que es convivir con la enfermedad. En cuanto no recordamos alguna cosa, con evidente frivolidad,

decimos que padecemos Alzheimer, sin que ello sea cierto, naturalmente. Se justifica así, de manera irreflexiva y hasta cierto punto alegre, olvidos o despistes sin ninguna trascendencia.

En un estupendo artículo, Julia Navarro (2008) nos recuerda que la enfermedad de Alzheimer va destruyendo la memoria inmediata; que es un drama para quienes la padecen y para quienes están cerca del enfermo. Es muy duro ver a una persona querida que no recuerda lo que hizo el día anterior o que, cuando sale a la calle, regresa desesperada porque no sabe a dónde va y termina por no reconocer a los seres más próximos.

Pero es cierto que vivimos sumergidos en una corriente que banaliza y trivializa las cosas más serias, perdiendo o ignorando el sentido de la realidad.

Esta enfermedad desespera a quienes la sufren y se dan cuenta de que cada día recuerdan un poco menos, a veces ni siquiera lo que han hecho un par de minutos antes. Y los cuidadores, que generalmente suelen ser cuidadoras, sufren el deterioro progresivo de su ser querido pagando ellas también un alto coste en su propia salud física y mental.

Por eso no se ha de incurrir en esas expresiones que frivolizan esta enfermedad cuando no se recuerda cualquier nimiedad. La enfermedad del olvido es una de las peores que en la actualidad puede padecer el ser humano. Olvidar sin querer hacerlo no deja de ser una tragedia.

En la vejez los sujetos muestran una mayor variabilidad interindividual. De modo que la edad cronológica en sí misma nos dice muy poco acerca del deterioro del individuo. El declive que se produce en las personas en todas las áreas del funcionamiento cognitivo se debe a multitud de factores: biológicos, educativos, laborales, sociales, afectivos, etc. Por tanto, es verdad que la memoria disminuye con la edad, pero esto no le sucede a todos ya que incluso algunos la conservan en perfecto estado durante toda su vida.

Según Torreiglesias et al. (2007), algunas de las principales causas de los problemas de memoria que se dan en los mayores son:

1. Cambios orgánicos en el cerebro. Con la edad se producen modificaciones en el cerebro que dificultan los procesos de memoria como: disminución del volumen del cerebro y de las neuronas o lesiones y modificación en la circulación cerebral. Además, destacan deficiencias en la vista y en la audición. El cerebro tiene una gran capacidad y por ello deben concurrir otras causas

2. Cambios psicológicos. Emplean menos las facultades intelectuales que cuando eran jóvenes, tienen pensamientos negativos sobre su propia capacidad, no utilizan estrategias de memoria,...
3. Cambios sociales. Se relacionan menos con los demás, produciéndose en ocasiones aislamiento.

En la vida cotidiana se nos pueden presentar muchas situaciones que son un reto para nuestra memoria y cuando no superamos estas situaciones se pueden producir algunas alteraciones en la misma como son las denominadas pérdidas de memoria asociadas a la edad o los olvidos cotidianos, que suelen ser de tres tipos (Millán 2006):

- a) Olvidar cosas que hemos hecho,
- b) Olvidar las cosas que tenemos que hacer
- c) Otros (nombres, lo que decíamos, etc.)

En todo caso, estos problemas pueden evolucionar y convertirse en algo más grave hasta el punto de padecer una demencia.

4. Significado de la demencia

La demencia significa pérdida o deterioro de la capacidad cognitiva. Son trastornos mentales de base orgánica, en su mayoría de implicación cortical bilateral y/o subcortical. La **demencia cortical**, representada por la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Pick, se caracteriza por la presencia del llamado síndrome “afaso-apracto-agnósico” (expresión de la desintegración conjunta y homogénea de las funciones corticales superiores). En la **demencia subcortical**, representada por la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Huntington, predominan las lesiones en el tálamo, ganglios basales y tronco cerebral. También existe una categoría mixta, que incluye algunas formas de demencia por infartos múltiples (demencia vascular), enfermedades tóxico-metabólicas e infecciosas por virus lentos que afectan a las estructuras corticales y subcorticales (González y Ramos, 2004).

La demencia que posee una mayor prevalencia e incidencia es la demencia tipo Alzheimer. La Asociación Americana de Psiquiatría (A.P.A.1995) estableció los siguientes criterios para el diagnóstico de la demencia tipo Alzheimer:

- A) La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:
 1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)

2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - a) Afasia (alteración del lenguaje)
 - b) Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - c) Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - d) Alteración de la ejecución (por ejemplo: planificación, organización, secuenciación y abstracción)
- B) Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo en la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C) El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.
- D) Los déficit cognoscitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:
1. Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (por ejemplo: enfermedad cerebro-vascular, enfermedad de Parkinson, Corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)
 2. Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (por ejemplo: hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B₁₂ y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)
 3. Enfermedades inducidas por sustancias
- D) Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E) La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (por ejemplo: trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Si el principal problema de la pérdida de la memoria es la dificultad para codificar la información, mediante la utilización de determinadas estrategias se podrá incrementar la capacidad de recordar, la facultad memorística por la simple práctica de memorizar contenidos o por medio de entrenamientos especiales (Millán 2006).

Estos entrenamientos de la memoria lo constituyen un grupo de actividades que se hacen para mejorar la memoria y solucionar los olvidos cotidianos (Torreiglesias et al., 2007).

Tales actividades sirven para mejorar la atención, la percepción, el lenguaje y otros procesos que deben realizarse correctamente para poder luego recordar lo que queramos. Es beneficiosa para las personas de cualquier edad, pues todos podemos mejorar nuestra memoria. En definitiva, se trata de una actividad de promoción de la salud y de prevención del deterioro cognitivo.

Existen muchos programas para entrenar y estimular la memoria y otros procesos mentales, con el fin de aumentar la calidad de vida, mantener la capacidad funcional y reducir las pérdidas de memoria asociadas al proceso normal del envejecimiento. Con todo ello se pretende conseguir un envejecimiento satisfactorio en todas las facetas de la vida del individuo.

6. Intervención con familias

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto se deduce, inevitablemente, que es menester intervenir con las familias que son cuidadoras de personas mayores y, especialmente, de aquellas que, en mayor o menor grado, sufren algún tipo de dependencia, entre otras razones porque gran parte de estas familias carecen de la formación adecuada y los recursos oportunos para afrontar tal tipo de tareas y porque no siempre se les facilita desde los organismos públicos responsables en esta materia. Por eso vamos a ver, a continuación, cuales son las características de estas personas y en qué situaciones se ven inmersas para que, teniéndolo en cuenta, se puedan establecer, por parte de los correspondientes expertos, los sistemas y recursos para esa necesaria intervención con las familias.

En honor a la verdad es obligado decir que, frecuentemente, han sido las organizaciones o asociaciones familiares, por una parte, y la actividad académica las que se han movilizado en defensa de sus preocupaciones, en este caso, relacionadas con el cuidado de las personas dependientes.

Julio Iglesias de Ussel (1998) ya destacaba hace algún tiempo que “La ausencia de todo tipo de estrategias políticas a favor de la familia ha sido demasiado duradera y generalizada para ser accidental. Sin una voluntad explícita de no articular un sistema específico de protección a la familia, no puede entenderse la carencia de políticas de familia durante más de una década (1982/1996). La actitud contraria a la protección de la familia descansa en el generalizado equívoco que da por hecho la gran centralidad de la política familiar durante el franquismo. Una creencia sumamente discutible y que los análisis realizados por (Salustiano del) Campo permiten cuestionar”.

Asimismo, Lluís Flaquer (2000) afirmaba que “gran parte de la situación de escasos apoyos a las familias es el resultado de una ausencia de demanda de los agentes sociales y de las organizaciones de la sociedad civil, que han eludido hacer una apuesta a favor de la socialización de los costes de producción. Desde la transición política ni los partidos políticos, ni los sindicatos, ni el movimiento feminista, ni otros órganos representativos de la ciudadanía han acertado a promover un debate a fondo sobre el papel que tendría que desempeñar la familia en la provisión del bienestar. La consecuencia de ello ha sido una falta de modernización de los programas de respaldo a la familia y un exiguo desarrollo de las medidas de conciliación entre la actividad laboral y la doméstica”.

Sobre las actitudes ante la atención y asunción de responsabilidades, la mayoría de los españoles declaran (Campo Ladero, 2000) que el cuidado de los padres, cuando son personas mayores dependientes, es asunto de las hijas y de los hijos, es una obligación moral el hacerse cargo de dicha asistencia; de hecho, ni siquiera el tener hijos pequeños les exime de esta responsabilidad. Esta creencia social no ha decrecido con el paso del tiempo, sino que ha experimentado un aumento. Siguiendo esta pauta, la mayoría de las personas que han participado en las investigaciones referidas a este tema rechazan que la gente mayor tenga que ingresar en una residencia cuando precisen atención, aunque también se incrementa el número de quienes consideran que las administraciones públicas tendrían que implicarse más con ayudas económicas y técnicas, ayudas domiciliarias y centros gerontológicos y de día, que permitan la atención al anciano dependiente sin desvincularle radicalmente de su familia.

Así, pues, la evidente existencia de una considerable solidaridad familiar en España, no siempre suficientemente reconocida por el sistema de redistribución de la renta, supone un ingente ahorro en términos de servicios sociales y residencias para las instituciones de protección social; ahorro que, a su vez, representa un importante coste para las familias, coste que, por los datos que ya empiezan a apuntarse en diferentes investigaciones, pueden no estar dispuestas a asumir las nuevas generaciones. Y aunque también todavía son bastantes los hogares que recogen a los padres mayores, la situación será distinta en el espacio de pocos años.

Porque la palpable realidad es que, como demuestran los datos existentes, en la actualidad son en su gran mayoría mujeres de una cierta edad (de más de 50 años) quienes están atendiendo a los mayores dependientes, las cuales no se encuentran en el mercado de trabajo. Sin embargo, la cada vez más frecuente incorporación de la mujer a la actividad profesional extradoméstica y la caída de la natalidad están socavando las bases

objetivas de la solidaridad familiar intergeneracional. El relevo en esta función cuidadora lo están tomando otras mujeres, las inmigrantes, pero casi siempre en el ámbito del domicilio familiar.

No obstante, a medida que nos aproximamos al momento actual, podemos constatar una mayor implicación de los hombres en el cuidado de los mayores. Estudios recientes (Pérez Ortiz. 2006) ponen de manifiesto que las hijas intervienen en el cuidado de las dos terceras partes (62,6 por 100) de los mayores que necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria; los hijos varones casi en la tercera parte (32,4 por 100) y los esposos o esposas casi en la cuarta parte (23,0 por 100). Familiares políticos (yernos y especialmente nueras), nietos, y sobre todo nietas, y otros familiares tienen también una intervención nada desdeñable en la atención a los mayores dependientes en actividades de la vida diaria.

También consideramos oportuno resaltar que, según refieren los datos de las investigaciones a las que estamos aludiendo, cuando el cuidador principal es el cónyuge de la persona mayor dependiente, los familiares que con mayor frecuencia le prestan apoyo son sus hijas. En cambio, cuando la cuidadora o el cuidador son hija o hijo de la persona mayor, es apoyado en primer lugar por sus hermanas y en segundo lugar por su cónyuge. Cuando la persona que dispensa sus cuidados es hermano o hermana del anciano, es otra hermana la que le ayuda en su tarea.

En la relación con el anciano y la persona dependiente, ha de tenerse también presente la figura del cuidador -aunque sería más apropiado decir cuidadora-, esa persona, mediadora en esa comunicación con el personal sanitario o sociosanitario, en quien recaen unos cuidados que, por su duración, intensidad y complejidad, acarrear un fuerte coste económico, psicológico, afectivo y social.

Las cuidadoras se encuentran frecuentemente con personas mayores que sufren un proceso degenerativo, crónico y progresivo que acabará destruyendo su personalidad Su trabajo y su dedicación, les obligan a sufrir una fuerte carga emocional e importantes niveles de estrés y, muy a menudo, incompreensión y considerable frustraciones.

Los cuidadores no profesionales se enfrentan a la responsabilidad de hacerse cargo de personas ancianas y dependientes sin ningún conocimiento previo, sin remuneración económica y motivados por el vínculo afectivo o emocional que les une al paciente. En este sentido, existen diversos estudios que analizan la diferente sobrecarga que afrontan los cuidadores en función de la relación que mantengan con el enfermo. Así, se suele

afirmar que el tipo de apego previo predice el nivel de sobrecarga, incluso más que otros factores como el deterioro cognitivo.

El cuidador principal es quien asume la mayor parte de la responsabilidad en lo que al cuidado del dependiente se refiere, dedicándose a su atención y cuidados diarios, proporcionándole la ayuda necesaria a medida que va perdiendo sus capacidades y autonomía. Es deseable que el cuidador principal se vea apoyado por otros miembros de la familia que compartan la carga.

Algunos autores diferencian entre cuidadores principales tradicionales, cuyo rol se iría asumiendo de forma paulatina y a menudo sin ser plenamente conscientes, es decir, se van prestando cada vez más cuidados a medida que el anciano los va requiriendo, y aquellos cuidadores principales que asumen dicho papel en un momento dado, es decir, ante las primeras manifestaciones de la enfermedad.

Entre los factores que predicen quién asumirá el papel de cuidador principal del enfermo, de entre parientes del mismo grado (por ejemplo, ante un padre enfermo, decidir qué hijo se hará cargo de él) se encuentran, entre otros, la proximidad geográfica, el estado civil, el número de hijos pequeños o la situación laboral. En realidad, la persona que asume la tarea está más predispuesta que el resto, por lo que la decisión no es fruto de una discusión, sino que simplemente es asumida. Es decir, en general, surge entre los miembros de la familia una persona que se encarga de la coordinación y de las decisiones, y que sin necesidad de haberle decidido previamente, se convierte en el cuidador principal.

En muchos casos se asume el papel de cuidador ante un sentimiento de deber para con el dependiente, sobre todo cuando el vínculo afectivo es más estrecho. Así, quien haya tomado ese papel, tendrá que añadir a sus responsabilidades habituales, las de estar con el dependiente y encargarse de sus cuidados, tomando, además, decisiones que afectarán al resto de la familia. Dicha asunción, sea por imposición o por elección, dará lugar a una gran carga física y psíquica por parte de quien se haya convertido en cuidador, haciéndose responsable de la vida del anciano o del dependiente, incluso por encima de sus posibilidades y fuerzas reales, y prescindiendo de tiempo para sí mismo, por lo que su proyecto vital se verá paralizado durante el tiempo que duren los cuidados.

Entre los motivos que explican la decisión de convertirse en cuidador destacan, en primer lugar, los de tipo altruista, entre los que se incluirían el amor o afecto hacia el anciano o el dependiente o, en segundo lugar, el sentimiento de deber, al que ya se ha

hecho mención, ya que es uno de los más frecuentes y también cabría mencionar los motivos personales que tratan o bien de evitar el sentimiento de culpabilidad o lograr la satisfacción que implica realizar algo considerado como bueno.

Ser cuidador de un anciano o dependiente, no implica necesariamente ser conocedor de lo que conlleva la situación en la que se está, sino más bien todo lo contrario. Existe en muchos casos un desconocimiento de lo que va a suceder: no se sabe qué le ocurrirá al familiar que padece tal situación, y aunque así fuera, hay que recordar que cada persona la padece de modo diferente, su evolución es variable y la sintomatología se manifiesta de modos diversos en cada individuo. Este sentimiento de ignorancia frente a la enfermedad o la dependencia, genera intranquilidad y desasosiego. Por ello es muy importante la información y la formación. Del mismo modo, nunca se debe negar la necesidad de ayuda, es decir, hay que recurrir al apoyo psicológico, social y familiar cuando éste sea necesario, lo cual pone de manifiesto la importancia de “cuidarse para cuidar a otros”.

Una cuestión importante en esta atención asistencial de las familias a los mayores cuando no conviven en el mismo domicilio tiene que ver con las distancias. Cuando la distancia física es reducida, permite integrar los contactos entre los miembros de la familia en las rutinas de unos y otros, con relaciones más frecuentes, más espontáneas y menos ritualizadas y, por consiguiente, más ricas en contenido.

Otro aspecto al que hay que hacer mención es la inversión de papeles. En función de la relación previa existente entre el dependiente y el cuidador, la nueva situación puede hacer que éste tenga que asumir nuevas responsabilidades y tareas. Esto resulta especialmente acusado en el caso de padres e hijos. Los sentimientos entre ambos entran también en juego, ya que el padre o la madre, no siempre aceptan fácilmente el papel de dependientes.

Hace relativamente poco tiempo se ha empezado a hablar del “Síndrome de Sobrecarga del Cuidador”, caracterizado por la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y sociofamiliar, como consecuencia de los problemas derivados de su dura labor. Se trata de un deterioro o agotamiento producido por una demanda excesiva de recursos físicos y emocionales en la realización de una actividad determinada.

Los cuidadores no sólo se enfrentan a problemas físicos y médicos del anciano o del dependiente (cambios posturales, baños, alimentación, higiene, movilizaciones, prevención de caídas, úlceras, etc.), sino también a cuestiones de tipo ético (enfermedad,

falta de solidaridad o de apoyo por parte de otros miembros de la familia, falta de afecto y de reconocimiento familiar y social de su tarea, muerte, abandono, soledad, etc.) que contribuyen a minar la integridad de su yo. En este punto hemos de plantearnos también una cuestión clave que ha de marcar la preocupación y la formación de los cuidadores, lo que ya es para nosotros una especie de consigna: ¿Quién cuida al cuidador?

En los procesos de intervención con familias con ancianos o personas dependientes, frecuentemente, los profesionales disponen de una buena preparación técnica pero que no siempre corre pareja con una formación humana o humanística para la relación con sus semejantes y, especialmente, en situaciones de tensión y estrés asociadas a las actividades en un ambiente acelerado propio de las ciudades en el que prima la eficiencia y la productividad y apenas hay tiempo para la palabra reposada. Una correcta relación profesional-enfermo o cuidador-enfermo o persona anciana o dependiente puede atenuar el miedo, la ansiedad, la indefensión e incertidumbre que los hace tan vulnerables.

7. El ser humano peregrino en la última etapa.

La vida humana, pues, en su conjunto, se asemeja a la peregrinación que discurre a lo largo de toda una vida, de una existencia en la que al final de la primera está Santiago de Compostela y al final de la segunda está la eternidad. Y desde esta perspectiva, desde la de la eternidad, de la cual, como nos recordaba el Papa Juan Pablo II (1999), “la vida es una preparación, significativa en cada una de sus fases. Y también el anciano tiene una misión que cumplir en el proceso de progresiva madurez del ser humano en camino hacia la eternidad. De esta madurez se beneficia el mismo grupo social del cual forma parte el anciano”.

Y, siguiendo nuevamente a Juan Pablo II, concluiremos esta exposición relacionado la ancianidad, como última etapa de la peregrinación, y la memoria, como estela que vamos dejando tras de nosotros y que, frecuentemente, se va desvaneciendo en nosotros, hasta que otra estela, la estela funeraria deja memoria perdurable de nosotros, recordando, como lo hace él, que “los ancianos ayudan a ver los acontecimientos terrenos con más sabiduría, porque las vicisitudes de la vida los han hecho expertos y maduros. Ellos son depositarios de la memoria colectiva y, por eso, intérpretes privilegiados del conjunto de ideales y valores comunes que rigen y guían la convivencia social. Excluirlos es como rechazar el pasado, en el cual hunde sus raíces el presente, en nombre de una modernidad sin memoria”.

8. Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, S.A.
- Bobbio, N.: (1997) De senectute, Ed. Taurus, Madrid.
- Campo Ladero, M^a J.: (2000) Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Cicerón, M.T. (1986) Cato maior seu De senectute. Madrid, Ed. Gredos
- De Domingo Ruiz de Mier, M^a. J. et al.: (2004) La comunicación con el enfermo de Alzheimer pp. 14, Pamplona, CEAFA.
- Flaquer, Ll.: (2000) Las políticas familiares en una perspectiva comparada. Barcelona, Fundación “la Caixa”.
- González, H. & Ramos, F. (2004). “Las demencias seniles”. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.). Manual de psicopatología (Vol.2), (pp.769-790). Madrid: McGraw-Hill.
- Iglesias de Ussel, J.: (1998) La familia y el cambio político en España. Madrid, Ed. Tecnos.
- Juan Pablo II (1999) Carta a los ancianos. pp. 20-21, Madrid, Ed. San Pablo
- Maroto Serrano, M.A. (2003). La memoria. Programa de estimulación y mantenimiento cognitivo. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- Martínez, C. (2000). Haciendo memoria. Estimulación de las funciones mentales en las personas mayores. Alegria (Guipúzcoa): Oria.
- Matías-Guiu Guía, J.: (2004) Convivir con Alzheimer. Madrid, Ed. Médica Panamericana.
- Millán Calenti, J.C. (2006). Principios de Geriatria y Gerontología. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

- Montejo Carrasco, P., Montenegro Peña, M., Reinoso García, A.I., De Andrés Montes, M.E. & Claver Martín, M.D. (2001). Programa de Memoria. Método UMAM. Madrid: Díaz de Santos.
- Navarro, J.: (2008) “La enfermedad del olvido”. Mujer Hoy nº 475, Madrid.
- Pérez Ortiz, L.: (2006) “La estructura social de la vejez en España”. En Nuevas y viejas formas de envejecer. Madrid, Mº de Trabajo y Asuntos Sociales-IMSERSO.
- Puig, A. (2003). Programa de entrenamiento de la memoria. Dirigido a personas mayores que deseen mejorar su memoria. Madrid: Editorial CCS.
- Torreiglesias, M., Montejo Carrasco, P. & Montenegro Peña, M. (2007). Gimnasia para la memoria. Madrid: Espasa Calpe.