

PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA ATENCIÓN GERONTOLÓGICA: EL PAPEL DE LA EDUCACIÓN SOCIAL

Cristina Buedo-Guirado

Universidad de Granada. cbuedog@gmail.com

Laura Rubio

Universidad de Jaén

Lourdes Aranda

Universidad de Jaén

Cristina G. Dumitrache

Universidad de Granada

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1090>

Fecha de Recepción: 9 Octubre 2017

Fecha de Admisión: 1 Noviembre 2017

RESUMEN

El Envejecimiento Activo es objeto de estudio desde distintas perspectivas profesionales, fortaleciendo la acción dirigida a las personas mayores para la promoción de su autonomía y la mejora de su calidad de vida. Esta atención prestada por muchos organismos sociales, queda olvidada en los complejos geriátricos debido a la ausencia de programas innovadores que introduzcan las características de los cambios que se han dado en el perfil de las personas mayores. Nuevas demandas que no quedan suplidas por el estancamiento sufrido desde el año 2003, en las funciones profesionales ejercidas dentro de las residencias. La inclusión de la Educación Social y de proyectos innovadores puede ser la solución a esta problemática que afectará al bienestar de un gran porcentaje de la población próximamente.

Palabras clave: Educación Social, Centros Geriátricos, Nuevo Perfil de Mayores.

ABSTRACT

Active ageing is being studied from different professional perspectives, strengthening the action for the elderly people in order to promote their autonomy, and improve their quality of life. This focus since a lot of social organizations is forgotten in nursing homes because of absence of innovative projects that introduce the features of the changes that have occurred in the profile of the elderly people. New requirements that are not solved by the stagnation suffered since 2003 in this kind of treatments. The inclusion of Social Education and innovative projects can be the solution to this problem, that will be affect a large percentage of the population in the near future.

Key words: Social Education, Nursing homes, New profile of elderly people.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la atención bio-psico-social característica de las intervenciones gerontológicas materializan las actividades de los proyectos de intervención de cualquier complejo. Este tipo de tratamiento es integral, por lo que se completa con un perfil multidisciplinar en su equipo profesional. Siendo las labores sanitarias las más tradicionales y las menos debatidas ante su uso continuado en cualquier centro.

Esto es debido a que históricamente, el tratamiento prestado a las personas más longevas en los centros poseía un carácter meramente asistencial. Los “asilos” constituían lugares en los que se ofrecía comida, cama y una asistencia sanitaria básica si se encontraban con algún tipo de enfermedad. Su creación se remonta al siglo XVIII en plena revolución industrial, debido al aumento de la esperanza de vida y a la imposibilidad de las personas mayores por mantenerse en un mercado laboral donde primaba la fuerza física procedente de la juventud. Dando como resultado a millones de personas mayores sin ningún tipo de protección social o recursos para sobrevivir (Abellán, Pujol y Ramiro, 2014).

Más tarde, bajo la comprensión social en torno a los nuevos procesos y necesidades del envejecimiento español, el Estatuto Básico de Centros del Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO] del año 1985, trata de buscar una definición que dote un carácter innovador a la asistencia gerontológica en los complejos. Culminando con una definición más completa que intenta aunar distintas perspectivas profesionales: “los centros geriátricos son establecimientos destinados a servir de vivienda permanente y común a personas de la tercera edad, en los que se presta una asistencia integral y continuada, a quienes no pueden satisfacer estas necesidades por otros medios” (IMSERSO, 1987, p. 15947).

Esta definición quedó materializada en la misma década en el I Convenio Nacional de Residencias de Tercera Edad en España publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE 128, 1997, pp. 23376-23378), distribuyendo la atención gerontológica en tres grupos: la básica; la sanitaria y la psicosocial. Dando una respuesta eficaz para la mejora de la intervención en los complejos, con la multidisciplinariedad como estrategia.

Desde el año 1997 en el que se realizó ese convenio y su posterior modificación en 2003 con la inclusión del técnico en animación sociocultural, la sociedad ha cambiado mucho. Por un lado la esperanza de vida se ha incrementado y las necesidades de las personas mayores que se encuentran institucionalizadas también. Provocando que se demanden nuevas estrategias de intervención asistencial, innovadoras y que logren incrementar la calidad de vida de las personas y su envejecimiento activo, empoderándolas y abriéndolas a la participación comunitaria.

La falta de un proyecto de intervención gerontológico bio-psico-social que estimule la participación y la autoestima en los residentes (debilidades), puede generar una negativa percepción social respecto a la atención ofrecida, y por lo tanto, una búsqueda de alternativas a la propia institucionalización (amenazas).

En cuanto al aumento de la longevidad de las personas mayores de 65 años y la capacidad histórica adaptativa que demuestra los complejos residenciales (fortalezas), asientan un futuro, con una gran demanda de estos servicios (oportunidades). Además, la falta de proyectos interventivos que gestionen nuevas redes de comunicación, procesos, evaluaciones y recursos (debilidades), pueden generar un problema de sostenibilidad del centro geriátrico (amenaza).

En definitiva, se constata que los centros geriátricos en la actualidad, requieren de un nuevo profesional que atienda funciones psicosociales como refuerzo de las ya existentes; así como la gestión de nuevas intervenciones sobre los sujetos, sus familiares, la comunidad y diversas entidades sociales, para garantizar un futuro sostenible y eficaz.

Con el fin de identificar la necesidad de la inclusión del profesional de la Educación Social en los

complejos geriátricos como respuesta ante las crecientes carencias entre los usuarios, así como la integración de instrumentos diagnósticos y evaluativos novedosos, se plantean los siguientes objetivos de este estudio:

Conocer el bienestar percibido y la satisfacción vital de un grupo de personas mayores institucionalizadas.

Demostrar la necesidad de instaurar unas funciones competenciales en los complejos ante las carencias percibidas de los residentes.

Promover estrategias de intervención con carácter innovador y de envejecimiento activo desde la profesión de la Educación Social.

MÉTODO

Participantes

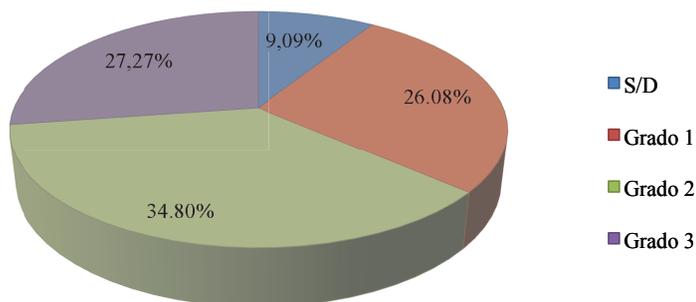
Por las características del presente estudio se utilizó un muestreo por itinerario no probabilístico. Los participantes de la investigación fueron seleccionados en un centro geriátrico de Granada (España) atendiendo a un criterio inicialmente establecido: poder contestar por sí mismos a los cuestionarios de satisfacción vital y bienestar psicológico.

De las 90 personas que se encontraban institucionalizadas en el centro geriátrico en el momento, 5 se encontraban totalmente incapacitadas, y 52 de ellas se encontraban en distintas fases de patologías como Alzheimer y demencia frontotemporal, lo que les incapacitaba cognitivamente para la cumplimentación de las escalas de satisfacción vital y bienestar subjetivo.

Por todo ello, y tras compartir la opinión del quipo profesional del centro, se seleccionaron 22 de los residentes del centro para esta investigación, todos ellos mujeres, con edades comprendidas entre los 72 y los 93 años ($M=84.09$; $DT= 5.96$). Todos los participantes eran personas mayores institucionalizadas cuya media desde su entrada al complejo hasta la ese momento era de 2.61 años.

De forma generalizada ninguno de ellos había realizado actividades o programas de envejecimiento activo con anterioridad a la institución. En cuanto a su autonomía el 27.27% se encontraban en un grado 3 de dependencia, limitando su desarrollo en todas las AVD. En los grados menos severos de la incapacidad funcional se encontraba el 27.27% en grado 1, y el 36.36% en grado 2. Siendo menos frecuente la ausencia de dependencia en esta muestra (9.09%) tal y como se observa en la Figura 1.

Figura 1.
Porcentajes obtenidos del grado de dependencia de la muestra



Instrumentos

Debido a que el principal objetivo de este trabajo es conocer la realidad que circunscribe a la percepción del bienestar de las personas mayores institucionalizadas, se seleccionaron dos escalas capaces de medir dichos aspectos.

Para conocer el bienestar percibido por cada uno de los participantes de la muestra, se ha utilizado la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989) en su adaptación española realizada por Díaz et al. (2006). Su estudio aporta información en torno a 6 factores: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida.

Para su cumplimentación, se deben completar 29 afirmaciones (Díaz et al. 2006) oscilando del 1 (completamente en desacuerdo) al 6 (totalmente de acuerdo). La consistencia interna en este estudio oscila entre el .70 y .84 de alfa de Cronbach (Díaz et al. 2006), siendo en la presente investigación de .64 en la dimensión de autoaceptación en la fase previa a la intervención; .86 en relaciones positivas; .66 en la dimensión de autonomía; .74 antes de la intervención y .71 tras la misma en dominio del entorno; .79 en propósito en la vida previa intervención; y .72 en crecimiento personal. Consistencia estimada válida, siguiendo la revisión bibliográfica que sitúa la fiabilidad en investigaciones exploratorias en valores superiores a .6 (Huh, Delorme y Reid, 2006). Su utilización en personas mayores de 65 años ha sido ratificada a través de numerosas investigaciones, demostrando su validez (Tomás, Meléndez y Navarro, 2008; Dumitrache, 2014).

Para conocer la satisfacción percibida por los residentes, se ha seleccionado la escala de Satisfacción Vital de Diener (1999) en su adaptación al castellano por Pons, Atienza, Balaguer y García-Merita (2000). Un total de 5 ítems, cuya respuesta oscila en 1 (completamente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo). Su uso es extendido, ya que resulta una escala atractiva, debido a su brevedad, evitando posibles fatigas sobre las personas mayores encuestadas, y previniendo la posibilidad de respuestas aleatorias.

Las propiedades psicométricas obtenidas en la adaptación al castellano son adecuadas, con un valor de alfa de Cronbach superior en todos sus ítems a 0.70. En el presente estudio la fiabilidad fue de .88 antes de la intervención desarrollada.

Procedimiento

Tras establecer contacto con el centro geriátrico y obtener su autorización se estableció contacto directo con las personas mayores del centro geriátrico que participan en este estudio.

Para la recogida de datos, se siguieron las normas éticas de la Asociación Americana de Psicología (APA), siguiendo una pauta iniciada por la explicación en torno al objetivo y confidencialidad del estudio, y la duración estimada de la entrevista. Posteriormente, se informaba de su carácter voluntario y de su derecho a finalizar la entrevista o su participación.

Finalizado este acuerdo inicial, los participantes debían firmar su consentimiento informado y comenzaba así la entrevista de forma individual en el centro. Siendo la investigadora, quien lía en voz alta los distintos ítems confeccionados en la encuesta que recogía las dos escalas de medida sobre bienestar y satisfacción percibida por los usuarios. Estas respuestas debían adecuarse a las opciones contenidas en la ficha.

RESULTADOS

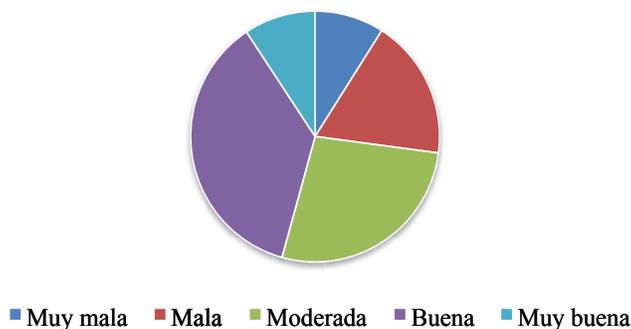
Tras construir un marco teórico y un diagnóstico de necesidades de los complejos geriátricos en torno a las actividades realizadas con las personas mayores, se procede en este apartado a mostrar los resultados obtenidos en las medias y las desviaciones típicas en las diferentes dimensiones que componen el bienestar y la satisfacción de los participantes como recoge la Tabla 1.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de la muestra respecto a las variables estudiadas

	Mínimo	Máximo	Media	DT
Autoaceptación	4	24	19.23	3.11
Relaciones positivas	5	30	23.73	5.44
Autonomía	6	36	31.5	4.08
Dominio del entorno	5	30	21.36	5.38
Crecimiento personal	4	24	19.05	3.96
Propósito en la vida	5	30	23.82	4.35
Satisfacción vital	5	35	28.59	6.62

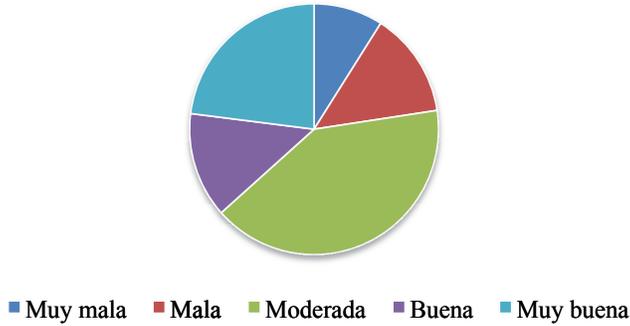
En la dimensión autoaceptación, el 9% de los participantes obtuvieron una puntuación inferior al percentil 10, el 18.1% se encontraban por debajo del percentil 25, el 27.2% lo hacían por debajo del percentil 50, el 36.4% por debajo del percentil 75, y el resto de la muestra puntuaba por debajo del percentil 90 como muestra el Figura 2.

Figura 2.
Puntuación en la dimensión de autoaceptación de la muestra



Con respecto a la dimensión de las relaciones personales, el 9% de los participantes obtuvieron una puntuación inferior al percentil 10, el 13.6% puntuaron por debajo del percentil 25, el 40.8% por debajo del percentil 50, el 13.6% de la muestra por debajo del percentil 75 y el 23% restante obtuvieron valores superiores al percentil 75 como recoge la Figura 3.

Figura 3.
Puntuación en la dimensión de relaciones personales de la muestra



En la variable de autonomía, los participantes obtuvieron resultados por debajo del percentil 10 en el 9% de la muestra, el 13.6% por debajo de 25, el 27.2% obtuvo resultados por debajo del percentil 50, el 36.3% puntuaron por debajo del percentil 75, y el 13.9% obtuvo puntuaciones con valores superiores al percentil 75. En dominio del entorno, las puntuaciones en el percentil 10 fueron obtenidas en el 9% de la muestra, en el percentil 25 se situaba el 18.2% de los participantes y el 27.3% puntuaron por debajo del percentil 50. Por debajo del percentil 75 se encontraba situada el 22.6% de la muestra y el 22.9% se situaba por encima. Datos recogidos en las Figuras 4 y 5.

Figura 4.
Puntuación en la dimensión de autonomía de la muestra

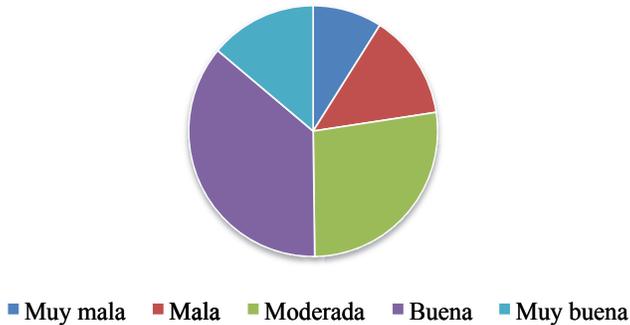
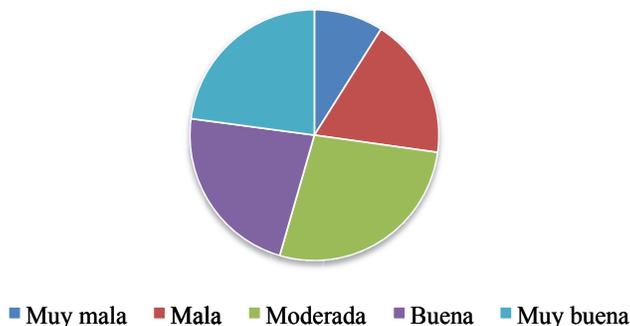
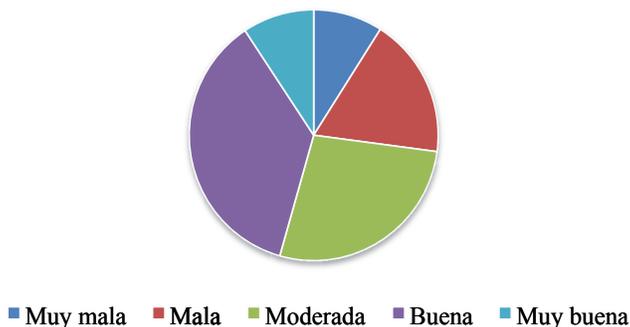


Figura 5.
Puntuación en la dimensión de dominio del entorno de la muestra



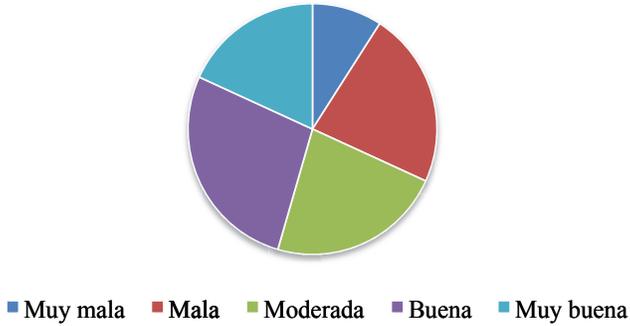
En la dimensión sobre crecimiento personal recogida en la Figura 6, el 9% de la muestra obtuvo resultados menores al percentil 10, el 18.1% por debajo del percentil 25, el 27.3% de la muestra por debajo del percentil 50, el 36.3% con resultados inferiores al percentil 75 y el 9.3% con resultados superiores a dicho percentil.

Figura 6.
Puntuación en la dimensión de crecimiento personal de la muestra



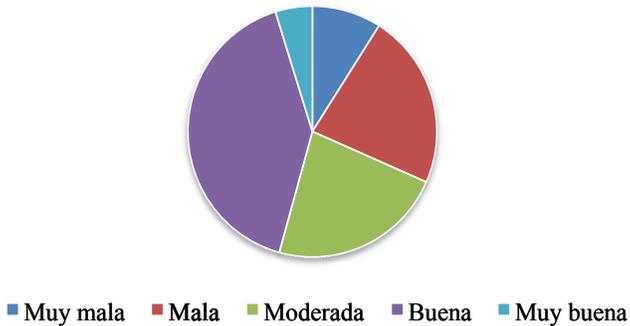
En cuanto al propósito en la vida de los participantes recogido en la Figura 7, el 9.1% se encontraba por debajo del percentil 10, el 22.7% por debajo del percentil 25 y la misma cifra, por debajo del percentil 50. El 27.3% obtuvieron resultados por debajo del percentil 75 y el 18.2% obtuvo valores superiores al percentil 75.

Figura 7.
Puntuación en la dimensión de propósito en la vida de la muestra



Por último, los participantes obtuvieron resultados en la satisfacción vital con valores inferiores al percentil 10 en el 9% de la muestra. Por debajo del percentil 25 se encontraba el 22.6% y del percentil 50 el 22.7%. El 40.9% de la muestra obtuvo resultados inferiores al percentil 75. El 4.8% restante se encontraba por encima de los valores obtenidos en el percentil 75. Datos recogidos en la Figura 8.

Figura 8.
Puntuación en la dimensión de satisfacción en la vida de la muestra



DISCUSIÓN

El principal objetivo del presente trabajo, era demostrar la importancia de incluir una nueva figura profesional en el ámbito de la atención a las personas mayores en los centros geriátricos como respuesta ante los cambios sociales sucedidos en la última década. Para ello, se planteaba aportar nuevos datos justificativos, utilizando la satisfacción y bienestar percibido por los usuarios geriátricos de un complejo de Granada. En los resultados se ha encontrado que las distintas dimensiones que componen el bienestar subjetivo de los participantes en la investigación (autoaceptación, relaciones personales, autonomía, dominio del entorno y crecimiento personal), muestran puntuaciones medias, así como en la satisfacción vital; siendo la postura moderada, la más común ante la percepción de bienestar.

Los datos recabados por la muestra de personas mayores institucionalizadas mostraron que este perfil de sujetos se encuentra en valores medios de satisfacción y bienestar percibidos. Siendo un instrumento válido para conocer la realidad de los complejos y de sus tratamientos de forma más exhaustiva.

En cuanto a la inclusión de un nuevo perfil profesional, la realidad manifestada por las personas mayores es una fiel muestra de que las carencias interventivas se están dando dentro de los complejos ante la ausencia de actividades novedosas. Ninguno de los participantes había participado en proyectos de envejecimiento activo antes ni en programas, a pesar de que llevaban una media de 2 años en la institución no se habían desarrollado programas de envejecimiento activo dentro de ésta.

El papel de la educación social

Recabando las funciones de la Educación Social en el área de intervención de atención a personas mayores y en la intervención socioeducativa (Senra, 2012), junto con sus competencias profesionales (ASEDES, 2007), se realiza una selección analítica de aquellos que dan respuesta a la problemática actual de los centros:

Gestionar las experiencias vitales, necesidades y capacidades de cada individuo (Senra, 2011).

Desarrollar procesos cognitivos superiores promocionando el proyecto vital del individuo.

Desarrollar individuos autónomos y equilibrados, a través de diversas estrategias educativas y las nuevas tecnologías (Vallés, 2011).

Crear proyectos de intervención, adaptados a las características individuales; transformando las carencias diagnosticadas en objetivos (Pérez Serrano, 2002)

La promoción estratégica del bienestar

El profesional de la Educación Social debe gestionar la introducción de programas de carácter innovador (Petrus, 1994) y de envejecimiento activo, adecuados a las características de los propios residentes (Rubio, 2000) y del complejo. Por ello, se elaboran y construyen cinco objetivos para lograr el éxito en la atención gerontológica en la actualidad:

Creación de un Proyecto de Intervención Gerontológico en fases evaluativas que pongan de manifiesto la realidad en cuanto a la percepción de bienestar y satisfacción vital de las personas mayores. Aplicando dicha información, en la planificación del proyecto interventivo; y contrastándola, con los resultados obtenidos tras su finalización para futuras mejoras.

Implantación de programas de Envejecimiento Activo los usuarios. Promocionando su autorrealización, autovalía, autoestima y empoderamiento.

Creación de un Proyecto de Intervención Gerontológico, con la capacidad de gestionar objetivos y metas de todo el entramado partícipe del complejo. Incluyendo actividades con un doble fin interventivo.

Promoción de un Proyecto de Intervención Gerontológico que contenga actividades de apertura social, donde los estereotipos y estigmas propugnados desde los propios profesionales y familiares sean erradicados.

Eradicación de estereotipos en torno a la visión negativa atribuida a los Centros Geriátricos, a través de la formación sobre procesos de envejecimiento, patologías e intervenciones actuales, dirigida a todo el entramado partícipe del complejo: familiares, comunidad, equipo profesional...

Realización de evaluaciones periódicas, procesuales y sumativas, que constaten el impacto del Proyecto de Intervención Gerontológico en la satisfacción y bienestar subjetivo de los residentes.

REFERENCIAS

- ASEDES (2007). *Documentos Profesionalizadores: definición de Educación Social. Código deontológico del educador y la educadora social. Catálogo de Funciones y Competencias del educador y de la educadora social*. Barcelona: ASEDES
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-30.
- España. Resolución de 9 de julio de 1997, de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la inscripción en el Registro y posterior publicación del texto del Convenio Colectivo Nacional de Residencias Privadas de la Tercera Edad. *BOE*. Número 128. Publicado el 30 de mayo de 1997.
- España. Resolución de 28 de abril de 2012, de la Dirección General de Empleo, por la que se dispone la inscripción en el Registro por la que se registra y publica el VI Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. *BOE*. Número 119. Publicado el 18 de mayo de 2012.
- España. Ley nacional 16/2003 DE 28 DE MAYO, DEL COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *BOE*. Número 181. Publicado el 30 de julio de 2003.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (1987). Instituto de Mayores y Servicios Sociales < http://imserso.es/imserso_01/centros/centros_personas_mayores/centros_residenciales/index.htm > [Consulta: 07 de diciembre de 2015]
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2009). Percepción en niños y adolescentes de las personas mayores. *Boletín sobre el envejecimiento, perfiles y tendencias*, 38, 52pp. Recuperado el 07 de diciembre de 2015 de: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm38.pdf>
- Pérez Serrano, G. (2002). *Elaboración de Proyectos Sociales. Casos Prácticos*. Madrid: Narcea.
- Petrus, A. (1994). El educador social y el perfil del educador social. En J. Sáez (Coord.), *El educador social* (pp. 167-189). Murcia: Universidad de Murcia.
- Rubio Herrera, R. (2000). *Temas de Gerontología III*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Senra Varela, M. (2012). *La formación práctica en intervención socioeducativa*. Madrid: Sanz y Torres.
- Senra Varela, M. (2011). *Ámbitos y estrategias en la intervención socioeducativa*. Madrid: Sanz y Torres.
- Vallés Herrero, J. (2011). *Análisis y valoración de las funciones de los educadores sociales en España* [Tesis doctoral en publicación digital]. Madrid: UNED Recuperado el 6 de noviembre de 2016 de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Educacion-Jvalles/Documento.pdf>