



BOLETÍN OFICIAL DE LAS **CORTES DE ARAGÓN**

Número 16
Año XXXVII
Legislatura X
14 de octubre de 2019

Sumario

10. JUSTICIA DE ARAGÓN 10.2. INFORMES ESPECIALES

Informe especial del Justicia de Aragón sobre
mayores en soledad no elegida 658



10. JUSTICIA DE ARAGÓN

10.2. INFORMES ESPECIALES

Informe especial del Justicia de Aragón sobre mayores en soledad no elegida.

PRESIDENCIA DE LAS CORTES DE ARAGÓN

La Mesa de las Cortes de Aragón, en sesión celebrada el día 2 de octubre de 2019, ha conocido el Informe especial presentado por el Justicia de Aragón sobre mayores en soledad no elegida.

De conformidad con lo establecido en el artículo 9 del Reglamento de organización y funcionamiento del Justicia de Aragón, ha ordenado su publicación en el Boletín Oficial de las Cortes de Aragón.

Zaragoza, 2 de octubre de 2019.

El Presidente de las Cortes
JAVIER SADA BELTRÁN

INFORME ESPECIAL MESA DEL JUSTICIA SOBRE MAYORES EN SOLEDAD NO ELEGIDA

PRESENTACIÓN

Desde el comienzo de mi mandato como Justicia he querido que los colectivos más vulnerables de la Comunidad fueran el centro de nuestra actividad, y que los problemas que éstos tienen con carácter general fueran abordados desde la Institución independientemente del curso de los expedientes derivados de quejas presentadas.

Por ello, ante las noticias que recibimos durante el verano de 2018 en cuanto a los fallecimientos de personas mayores en soledad, fundamentalmente en la ciudad de Zaragoza, hicieron que nos planteáramos abordar el problema.

La Institución, consciente de que desde las diversas administraciones y agentes sociales se venía trabajando esta materia, entendió que podía resultar de gran utilidad la puesta en común de las líneas de actuación, dado que eran varios los factores sociales y sanitarios a tener en cuenta.

Y al tiempo sumar nuevos agentes en pos de lograr una mejor y eficaz atención ante situaciones como las que están detrás de los fallecimientos en soledad.

Tres reuniones plenarias, treinta y ocho entidades y administraciones participantes y ocho grupos de trabajo han permitido posicionar a Aragón como referente en el análisis de la soledad no elegida de nuestros mayores.

Ejemplos de buenas prácticas, documentación y estudios realizados por las entidades participantes y especialmente el esfuerzo y dedicación de cuantos han trabajado en esta Mesa del Justicia, han hecho posible que este Informe sea una realidad y que podamos ofrecerlo a nuestras administraciones a modo de libro blanco sobre la soledad de nuestros mayores.

Creo que este trabajo colectivo debe ser un orgullo para la ciudadanía aragonesa, pues puede ser una herramienta muy útil para potenciar el mejor cuidado de las persona mayores, y dicho cuidado es siempre un indicativo de la excelencia de una sociedad.

Enhorabuena a todos y gracias por vuestro esfuerzo.

Ángel Dolado, Justicia de Aragón

INDICE

1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN DE ARAGÓN
2. DESARROLLO DEL PROYECTO
3. APORTACIONES GRUPOS DE TRABAJO
4. SÍNTESIS Y RECOMENDACIONES

1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN DE ARAGÓN

Este capítulo sigue el esquema procedente de la [Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón](#)¹ elaborada por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), dependiente del Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales del Gobierno de Aragón. Los datos y tablas han sido proporcionados por el Instituto Aragonés de Estadística, dependiente del Departamento de Economía Planificación y Empleo del Gobierno de Aragón, cuyo personal ha realizado una revisión y actualización expresa para este Informe.

La Población en Aragón

La población en Aragón a 1 de enero de 2018, asciende a 1.308.728 habitantes, con un aumento del 10,2% respecto a 1996, siendo la provincia de Zaragoza la que mayor subida ha tenido con 112.392 personas equivalente a un 13,34%.

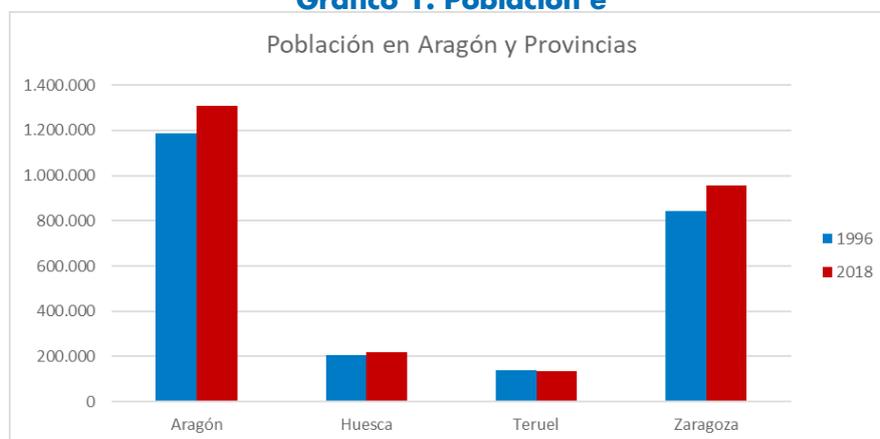
Tabla 1. Población en Aragón y Provincias

	1996	2018
Aragón	1.187.546	1.308.728
Huesca	206.916	219.345
Teruel	138.211	134.572
Zaragoza	842.419	954.811

Fuente: Explotación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero del 2018

Elaboración: IAEST.

Gráfico 1. Población e



Fuente: Explotación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2018

Elaboración: IAEST.

¹ https://gobierno.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonServiciosSociales/Documentos/Estrategia_atencion_personas_mayores2.pdf

Distribución de la población por sexo y edad e índice de envejecimiento

Por grupos de edad, 244.130 personas son menores de 20 años, el 18,7%, 781.678 personas que representan el 59,7% tienen entre 20 y 64 años, y el 21,6%, 282.920 personas, tiene 65 años o más.

Tabla 2: Composición de la población por edad. Año 2018

	Aragón	España
% de población de 0 a 19 años	18,7	19,7
% de población de 20 a 64 años	59,7	61,3
% de población de 65 y más años	21,6	19,1

Fuente: Explotación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2018.
Elaboración: IAEST

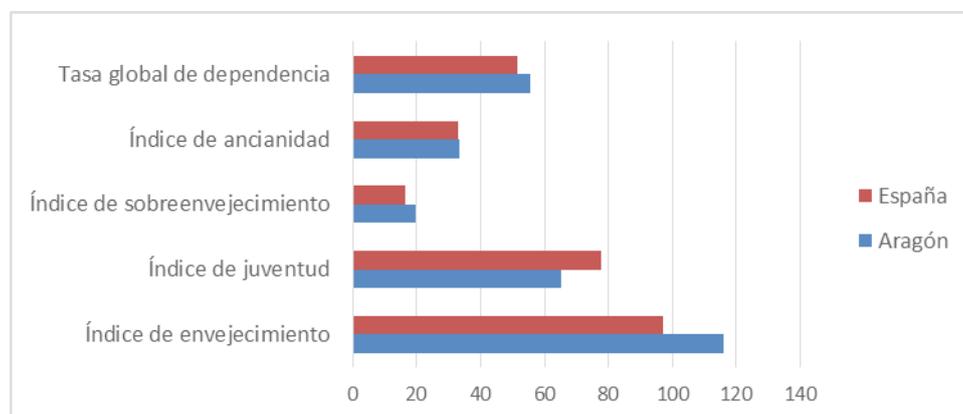
La edad media en Aragón es de 44,7 años frente a los 43,1 de España. El índice de envejecimiento supera en 18,9 p.p. a la media española, situándose en el 115,9%, con una tasa global de dependencia de las personas mayores del 55,6%. El índice de sobre-envejecimiento es de un 19,5% frente al 16,4% de España².

Tabla 3. Indicadores demográficos a 1 de enero de 2018

	Aragón	España
Edad media de la población (en años)	44,7	43,1
Índice de envejecimiento	115,9	97,0
Índice de juventud	65,2	77,8
Índice de sobre-envejecimiento	19,5	16,4
Índice de ancianidad	33,3	33,0
Tasa global de dependencia	55,6	51,3

Fuente: Explotación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2018
Elaboración: IAEST

Gráfico 2. Indicadores demográficos a 1 de enero de 2018



Fuente: Explotación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2018. Elaboración: IAEST

² Glosario de indicadores de estructura demográfica (IAEST):

Índice de envejecimiento: proporción de la población de 65 años y más con respecto a la población de 0 a 19 años.

Índice de juventud: cociente entre la población de 0 a 14 años y la población de 65 y más años.

Índice de sobre-envejecimiento: proporción de la población de 85 y más años sobre la población de 65 y más años.

Índice de ancianidad: relaciona a la población de entre 75 y 84 años frente a la población de 65 y más años.

Tasa global de dependencia: relaciona la población entre 0 y 14 años y mayores de 64 años frente a la población de 15 a 64 años.

Las personas mayores en Aragón**Tabla 4. Distribución por sexo y grupos de edad a 1 de enero de 2018**

Distribución por sexo y grupo de edad en Aragón			
	ARAGÓN		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	1.308.728	645.498	663.230
0-4 años	56.517	28.991	27.526
5-9 años	64.146	32.936	31.210
10-14 años	63.803	32.807	30.996
15-19 años	59.664	30.920	28.744
20-24 años	61.034	31.228	29.806
25-29 años	65.972	33.537	32.435
30-34 años	75.953	38.613	37.340
35-39 años	95.337	48.635	46.702
40-44 años	107.718	55.641	52.077
45-49 años	103.268	52.848	50.420
50-54 años	100.148	50.781	49.367
55-59 años	92.835	46.508	46.327
60-64 años	79.413	39.093	40.320
65-69 años	70.355	33.838	36.517
70-74 años	63.231	29.535	33.696
75-79 años	46.725	20.857	25.868
80-84 años	47.401	19.574	27.827
85-89 años	34.954	13.011	21.943
90-94 años	15.658	5.058	10.600
95-99 años	4.046	987	3.059
100 años y más	550	100	450

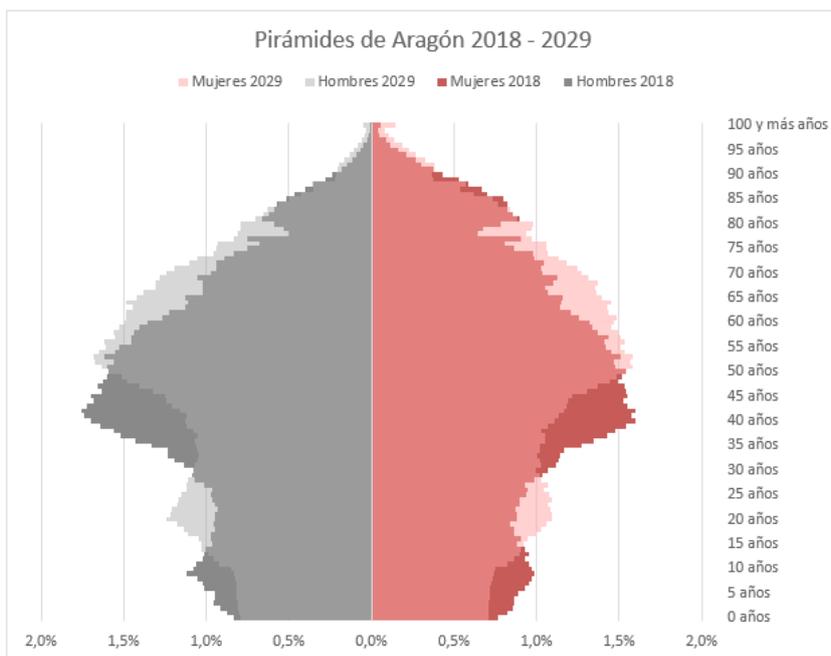
Si atendemos a la distribución de la población por sexos y grupos de edad, conforme a los datos de la tabla 4 anexa, a 1 de enero de 2018, las personas mayores (65 y más años) en Aragón suman un total de 282.920, de las que 180.311 tienen una edad entre 65 y 79 años, mientras que el resto 102.609 tiene una edad igual o superior a 80 años. El sexo predominante en la vejez es el femenino. Hay un 56,54% de mujeres (159.960), que supone un 13,08% más que de hombres (122.960).

Pirámide de población y su proyección

En la pirámide de población se aprecia el déficit de nacimientos entre las personas que hoy tienen alrededor de 75 a 80 años, motivado por la Guerra Civil (1936-1939). Observamos que, en las décadas siguientes, se inicia un fuerte y constante aumento, adquiriendo el mayor crecimiento entre los años 1958 y 1977, las personas que hoy tendrían entre 40 y 60 años.

La estructura de la población cambiará en los próximos años. Hacia el 2029, las personas mayores (65 y más años) aumentarán un 17%, llegando hasta las 331.904 personas. En 2024 tendrá lugar el fenómeno de la llegada a la jubilación de la generación denominada del «*baby-boom*», nacida entre 1958 y 1977. Es entonces cuando se ejercerá la mayor presión sobre los sistemas de protección social que seguirá aumentando hasta el 2050, donde se prevé un aumento de la población mayor que puede duplicar a la actual.

Gráfico 6. Pirámide de población de Aragón 2018-2029



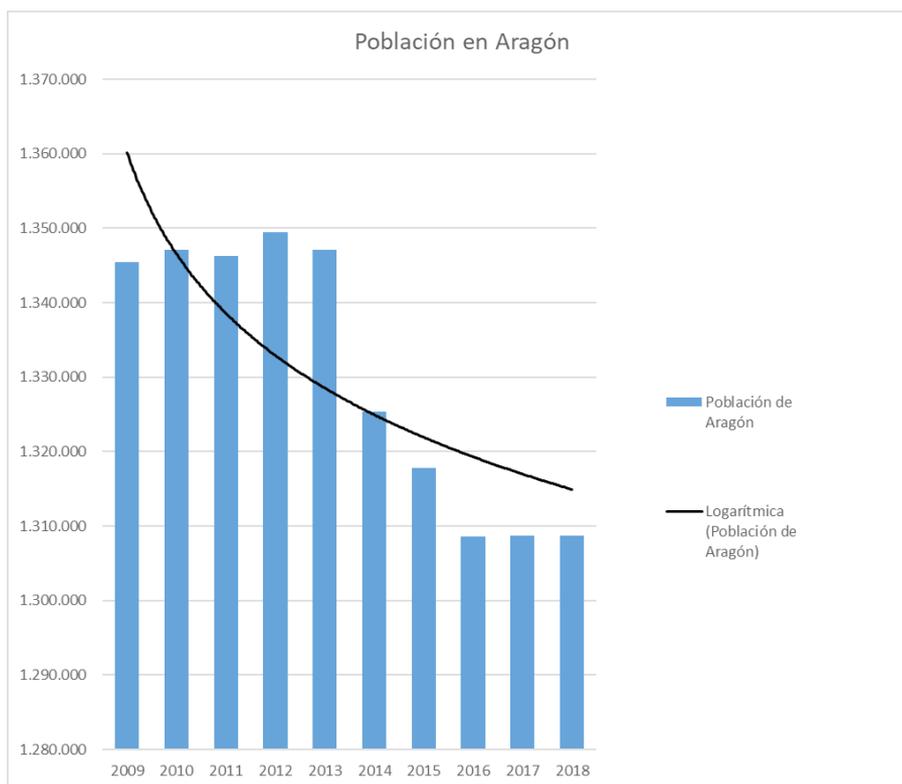
Elaboración: Instituto Aragonés de Estadística

Fuente: Proyecciones de Población. INE

Evolución de la población de personas mayores sobre la población total

La población en Aragón ha pasado de 1.345.473, en el año 2009, a 1.308.728 personas a 1 de enero de 2018 según el Padrón Municipal de habitantes. Es decir, se ha producido una disminución de población del 2,73% en Aragón.

Gráfico 7. Evolución de la población en Aragón



Fuente: Instituto Aragonés de Estadística con Padrón Municipal de habitantes

La población mayor en Aragón ha pasado de 264.010 en el año 2009, a 282.920 personas en 2018 lo que supone un aumento del 7,2% .

Tabla 6. Evolución de la población mayor. Aragón

Años	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mayores de 65 años	264.010	266.080	268.809	270.628	272.430	275.127	277.297	278.361	280.365	282.920

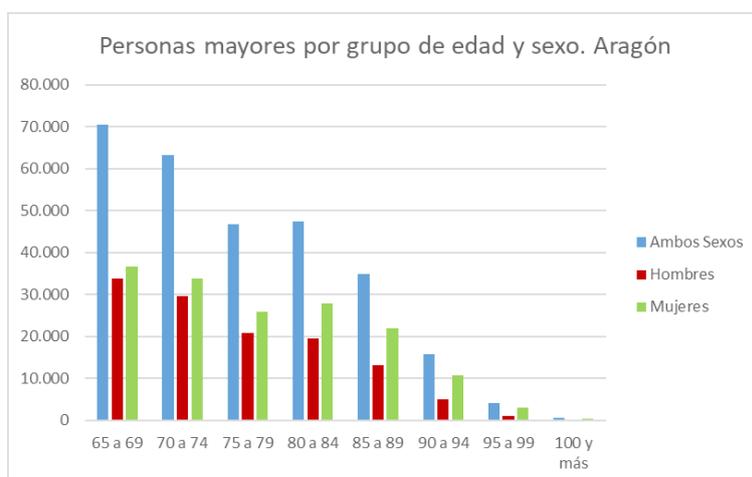
Fuente: Instituto Aragonés de Estadística con Padrón Municipal de habitantes

Tabla 5. Personas mayores por edad y sexo a 1 de enero de 2018

	Personas mayores en Aragón		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
65 a 69	70.355	33.838	36.517
70 a 74	63.231	29.535	33.696
75 a 79	46.725	20.857	25.868
80 a 84	47.401	19.574	27.827
85 a 89	34.954	13.011	21.943
90 a 94	15.658	5.058	10.600
95 a 99	4.046	987	3.059
100 y más	550	100	450
Total	282.920	122.960	159.960

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2018
Elaboración: Instituto Aragonés de Estadística.

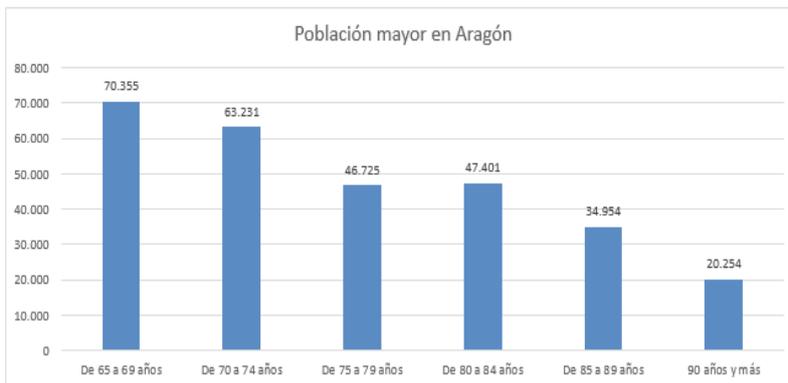
Gráfico 3. Personas mayores por edad y sexo a 1 de enero de 2018



Fuente: Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2018
Elaboración: Instituto Aragonés de Estadística.

Las personas entre 65 y 79 años representan el 63,73% de la población mayor en Aragón, y las de edad igual o superior a 80 años el 36,27%. El total de personas mayores en Aragón representa el 21,62% de la población total.

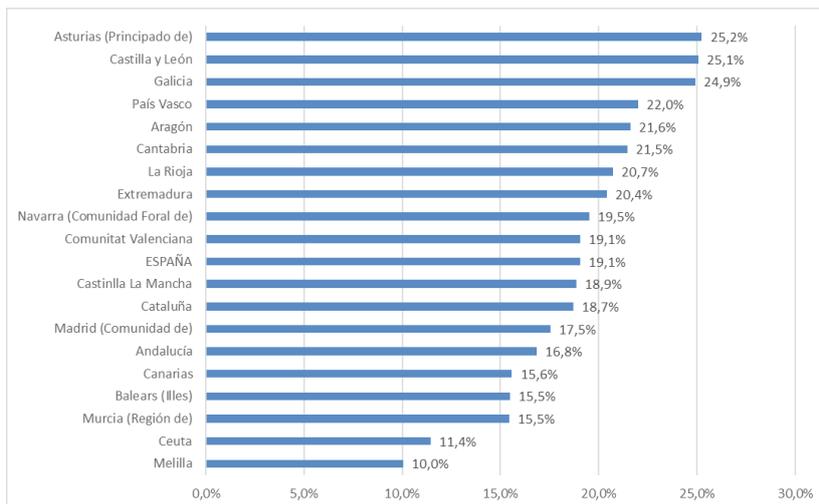
Gráfico 4. Población mayor por edad a 1 de enero de 2018



Fuente: Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2018
 Elaboración: Instituto Aragonés de Estadística.

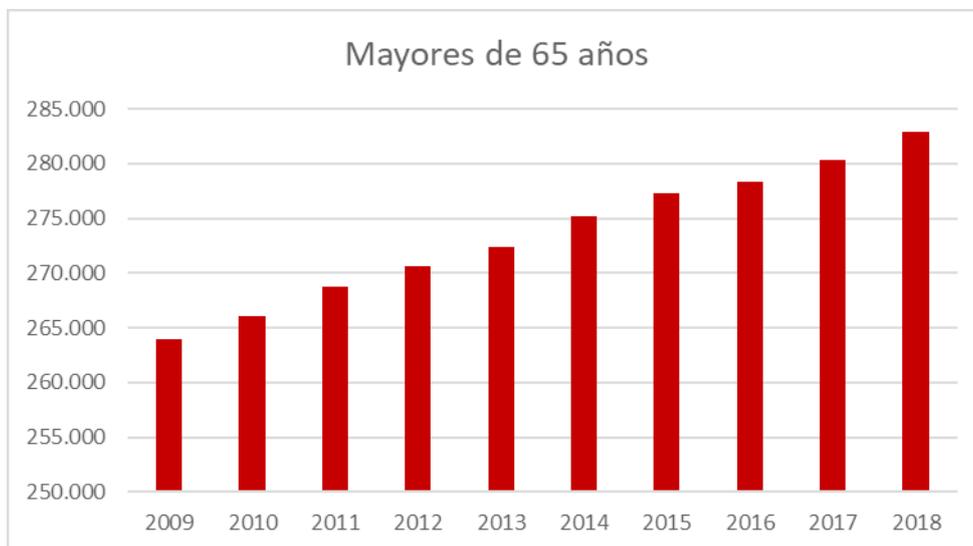
Aragón, junto a Asturias, Castilla y León, Galicia, País Vasco, y Cantabria son las comunidades autónomas más envejecidas en España, con proporciones de personas mayores que superan el 21%.

Gráfico 5. Población mayor por Comunidades Autónomas a 1 de enero de 2018



Fuente: INE. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2018

Gráfico 8. Evolución de la

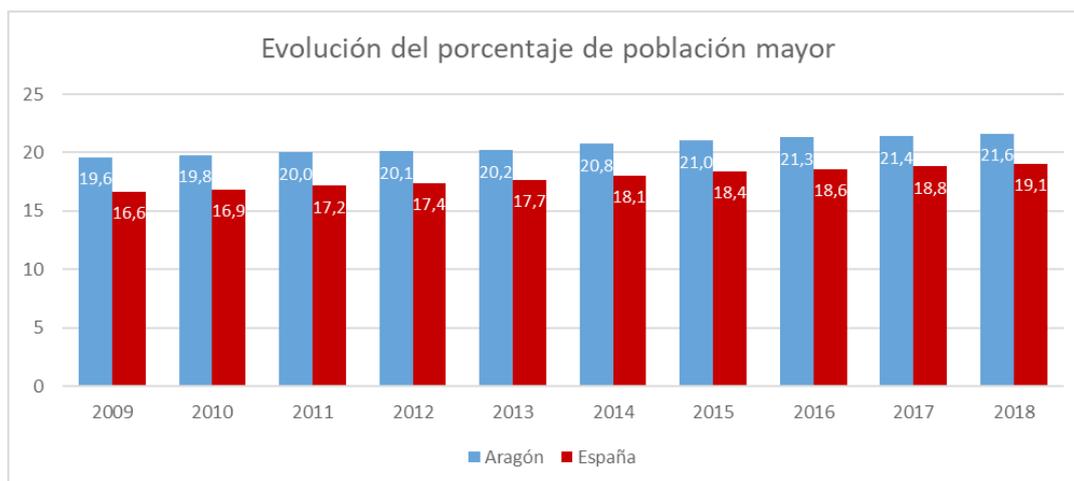


Fuente: Instituto Aragonés de Estadística con Padrón Municipal de habitantes

Si bien, la evolución del porcentaje de mayores en Aragón ha pasado del 19,6% de la población en el año 2009 al 21,6% en el 2018, con un aumento de 2 p.p., en España el aumento ha sido mayor llegando a 2,4 p.p., pasando del 16,6% al 19,1%

Si además, añadimos el índice de envejecimiento en Aragón, que es 18,9 pp. más alto que en España, al igual que el índice de sobre-envejecimiento, 3,1 p.p., y el de ancianidad que es de 0,3 p.p., podemos concluir que a pesar de que el diferencial entre España y Aragón está reduciéndose en cuanto a la evolución en porcentaje de personas mayores, Aragón sigue siendo una población más envejecida, con un sobre-envejecimiento mayor que en España, y un índice de juventud de la población aragonesa que es 12,6 p.p. inferior a la media española. (Ver Cuadro 3).

Gráfico 9. Evolución del porcentaje de la población mayor



Fuente: Instituto Aragonés de Estadística con Padrón Municipal de habitantes

Población mayor de 65 años según tipo de hogar

Atendiendo a la estructura en Aragón de los hogares unipersonales habitados por personas de 65 años y más, según la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2018 el número total de personas de 65 o más años que viven solas asciende a 65.900 de un total de 267.200, lo que representa el 24,7% de la población mayor en Aragón. Debe resaltarse que los hogares con mujeres de 65 años o más representan el 68% del total de los hogares con personas mayores solas, con un total de 44.800 hogares.

Tabla 7. Hogares unipersonales. Aragón

Año	ENCUESTA CONTINUA DE HOGARES (ECH) Hogares unipersonales: 65 o más años		
	Unidades: Miles de hogares. Datos referidos al valor medio del periodo		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2018	65,90	21,00	44,80
2017	63,90	20,20	43,60
2016	64,50	18,80	45,60
2015	64,50	18,50	45,90
2014	63,80	20,40	43,40

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares (ECH)

Al analizar los datos se observa una clara mayoría de personas mayores de sexo femenino viviendo solas, con una clara prevalencia de personas viudas de ambos sexos si bien con una mayor incidencia en el caso de las mujeres.

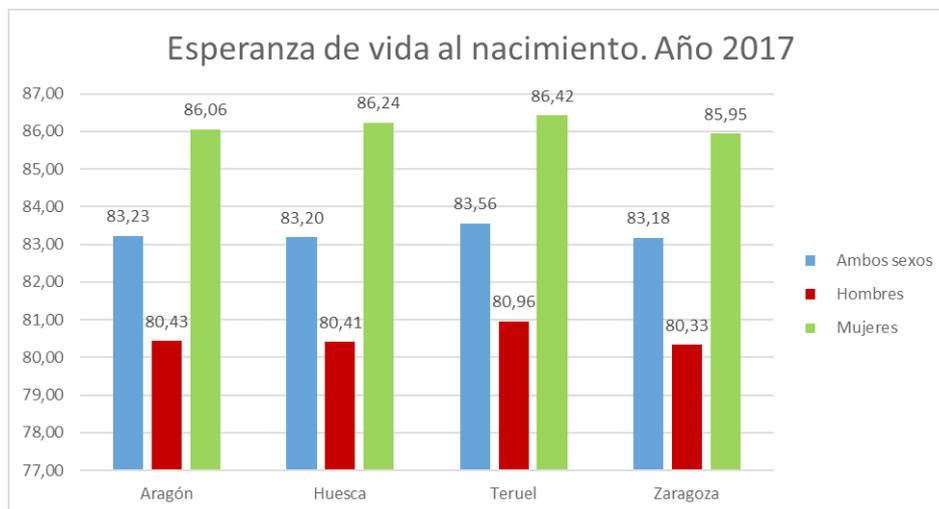
Tabla 8. Hogares unipersonales personas mayores de 65 años por edad y estado civil. Aragón.

	Ambos sexos	Hombre	Mujer
Total (estado civil)	65,9	21,0	44,8
Soltero/a	12,4	7,3	5,1
Casado/a	3,4	2,6	0,8
Viudo/a	45,8	9,6	36,2
Separado/a	1,1	0,5	0,6
Divorciado/a	3,1	1,1	2,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares (ECH)

Esperanza de vida en Aragón y defunciones

En el año 2017 se observa una esperanza media de vida al nacimiento de 83,23 años, con variaciones significativas entre hombres y mujeres con una diferencia de 5,63 años a favor de las mujeres que alcanzan una esperanza de vida de 86,06 años frente a los 80,43 de los hombres.

Gráfico 10. Esperanza de vida al nacimiento.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

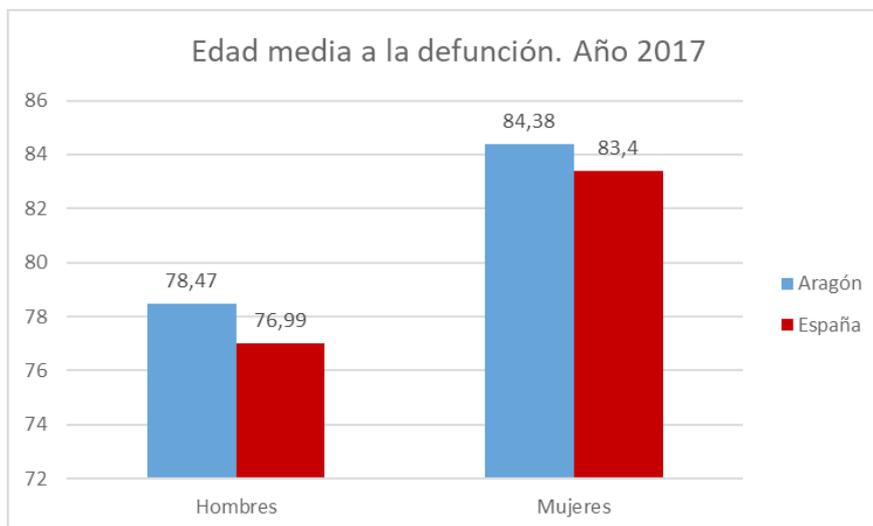
En el año 2017, la esperanza media de vida de las personas a los 65 años es de 21,28 años, con un diferencial de 3,98 años entre hombres y mujeres.

Gráfico 11. Esperanza de vida a los 65 años.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

La edad media de defunción en Aragón en el año 2017 para los hombres es de 78,47, mientras que para las mujeres es de 84,38. Ambos valores se sitúan por encima de la media española (76,99 y 83,40, respectivamente).

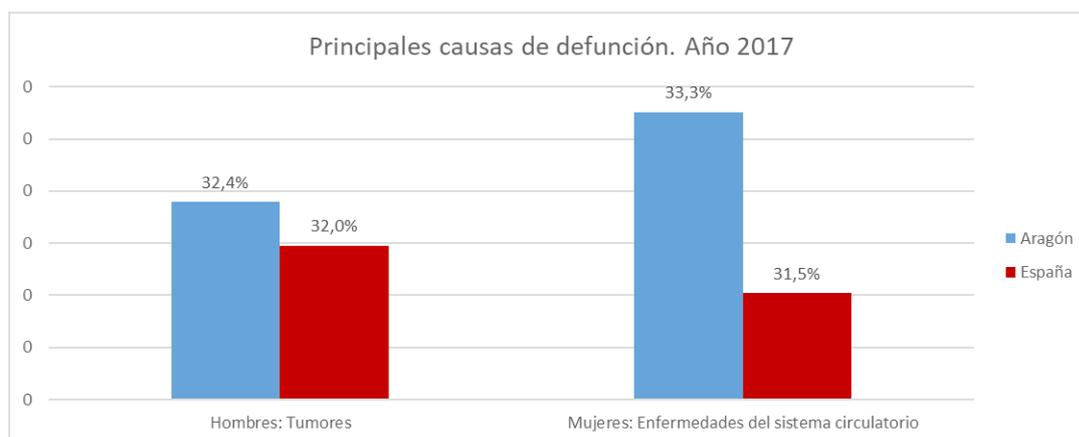
Gráfico 13. Edad media a la defunción.



Fuente: IAEST con datos del Instituto Nacional de Estadística

Las principales causas de defunción de la población aragonesa son las afecciones tumorales en los hombres con un 32,4%, y los problemas circulatorios en las mujeres con un 33,3%. De nuevo, ambos valores están por encima de los valores medios españoles.

Gráfico 14. Principales causas de defunción.



Fuente: IAEST con datos del Instituto Nacional de Estadística

Distribución de la población por estratos y densidad de población

Aragón tiene una superficie de 47.720,3 de Km² y cuenta con una densidad de población de 27 habitantes por Km², muy por debajo de la media en España que se sitúa en 92.

En los últimos 25 años se han producido cambios relevantes en la distribución de la población, incrementándose su localización en municipios por encima de 5.000 habitantes, en especial en las capitales de provincia. En sintonía con este crecimiento urbano se aprecia una tendencia a la reducción de población en los municipios más pequeños, a la vez que se aumenta la población en las capitales de provincia y el resto de localidades con más de 5.000 habitantes. A pesar de todo, Aragón conserva un elevado nivel de dispersión y marcado acento rural con el 24% de la población en municipios inferiores a 5.000 habitantes (313.807 habitantes).

Tabla 9. Población según tamaño del municipio.

Población según tamaño del municipio. Año 2018.

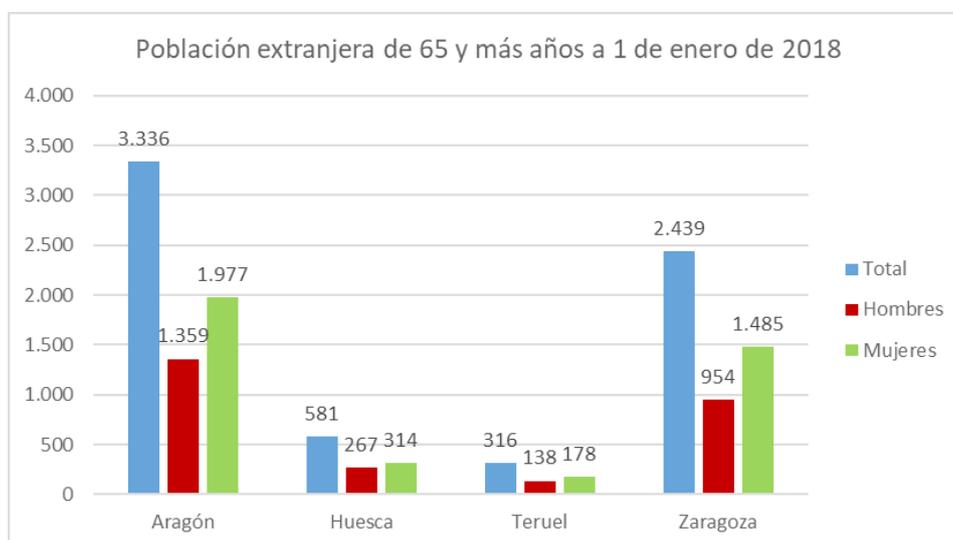
Unidad: habitantes y porcentaje.

	Aragón		España	
	Población	%	Población	%
Total	1.308.728	100	46.722.980	100
Capitales de provincias	755.034	57,69	15.069.965	32,25
Municipios que no sean capitales	553.694	42,31	31.653.015	67,75
Hasta 100 habitantes	13.022	1,00	78.080	0,17
De 101 a 500 habitantes	77.220	5,90	656.940	1,41
De 501 a 1.000 habitantes	57.263	4,38	724.825	1,55
De 1.001 a 5.000 habitantes	166.302	12,71	4.250.841	9,10
De 5.001 a 10.000 habitantes	83.345	6,37	3.804.913	8,14
De 10.001 a 20.000 habitantes	136.507	10,43	4.946.227	10,59
Más de 20.000 habitantes	20.035	1,53	17.191.189	36,79

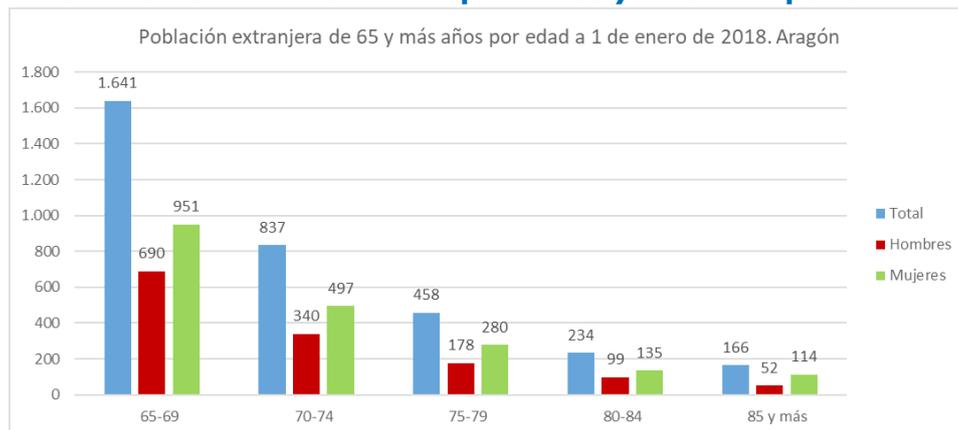
Fuente: Instituto Aragonés de Estadística con datos del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2018.

Población mayor de origen extranjero afincada en Aragón

A 1 de enero de 2018, la población de 65 y más años de origen extranjero residente en Aragón, llegó a la cifra de 3.336 personas, de las que 166 tienen edades superiores a los 84 años, destacando en este tramo de edad como grupo predominante las mujeres, que son más del doble que los hombres (114 frente a 52). Por grupos de edad los más numerosos son los de 65 a 69 años que llegan a ser casi el 50% del total de extranjeros en Aragón con 1.641 personas.

Gráfico 15. Población extranjera de 65 y más años.

Fuente: IAEST con datos del Instituto Nacional de Estadística

Gráfico 16. Población extranjera de 65 y más años por edad.

Fuente: IAEST con datos del Instituto Nacional de Estadística

2. DESARROLLO DEL PROYECTO**NACIMIENTO**

Las noticias aparecidas en diversos medios de comunicación aragoneses a lo largo del mes de agosto de 2018, respecto a la aparición de cadáveres de personas de cierta edad que habían muerto solas en sus domicilios, y únicamente tras varios días, cuando no semanas o meses, fueron encontrados, sin que durante ese tiempo nadie hubiera notado su falta, llevó a que en el Justiciazgo se afrontará iniciar algún tipo de actuación a fin de analizar la que desde entonces se pasó a denominar situación de los «mayores en soledad no elegida».

Internamente se vio que la cuestión implicaba no únicamente a las distintas administraciones con posibles competencias en la materia, sino también a muchas entidades asociativas que de una u otra forma algo tenían que decir y aportar en la cuestión. Ya que estaban implicadas y trabajando en el tema.

Desde esta premisa, se decidió convocar a todos ellos, a una primera toma de contacto a celebrar el día 21 de setiembre en la sede del Justiciazgo, en lo que ya empezó a denominarse como «Mesa del Justicia sobre los Mayores en Soledad no Elegida», designación que a posteriori sería la que el proyecto tomaría como título.

PRIMERA REUNIÓN PLENARIA

21 de septiembre de 2018

SEDE DEL JUSTICIA DE ARAGÓN

Don Juan de Aragón 7,

50001-ZARAGOZA

Asisten a la sesión:

- AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD GOBIERNO DE ARAGÓN.
- INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES.
- FEDERACIÓN ARAGONESA DE MUNICIPIOS, COMARCAS Y PROVINCIAS-FAMCP.
- COLEGIO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA DE ARAGÓN.
- COLEGIO DE ADMINISTRADORES DE FINCAS DE ARAGÓN.
- COLEGIO PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL DE ARAGÓN.
- COLEGIO DE FARMACÉUTICOS.
- ASOCIACIÓN SENIORS EN RED.
- AYUNTAMIENTO DE UTEBO.
- INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE ARAGÓN.
- FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO.
- ONCE.
- AYUNTAMIENTO DE FRAGA.
- AYUNTAMIENTO DE CALATAYUD.
- CONFEDERACIÓN DE ASOCIACIONES VECINALES DE ARAGÓN (CAVARAGÓN).
- ASOCIACIÓN ESTATAL DE DIRECTORAS Y GERENTES EN SERVICIOS SOCIALES.
- FUNDACIÓN LA CARIDAD.
- AYUNTAMIENTO DE TERUEL.
- CONSEJO ARAGONÉS DE PERSONAS MAYORES (COAPEMA).
- CONSEJO DE SALUD DE ARAGÓN.
- TELÉFONO DE LA ESPERANZA
- SOCIEDAD ARAGONESA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA
- CÁRITAS ARAGÓN

Excusaron su asistencia:

- AYUNTAMIENTO DE HUESCA.
- AYUNTAMIENTO DE MONZÓN.
- AYUNTAMIENTO DE EJEA DE LOS CABALLEROS.
- AYUNTAMIENTO DE ALCAÑIZ.
- AYUNTAMIENTO DE JACA.
- AYUNTAMIENTO DE CUARTE DE HUERVA.
- FISCAL SUPERIOR DE ARAGÓN.
- LARES ARAGÓN.

Conocida la iniciativa por los medios aragoneses muchas fueron las entidades, y aún particulares concretos, que mostraron su interés por participar, pero las limitaciones de espacio del lugar donde se planteó la reunión (biblioteca de la sede del Justicia), impidieron abrir la reunión a más participantes.

En un primer momento se planteó la reunión como una inicial toma de contacto entre los distintos agentes sociales y administraciones, para ver que se estaba haciendo, que podía hacerse y cuáles eran las impresiones al respecto de todos los intervinientes.

La reunión se desarrolló en un claro clima de satisfacción ante la iniciativa, y con voluntad de continuidad.

Se produjo la intervención de todos (el acta de la citada reunión se encuentra en los anexos de este informe) y cada uno de los presentes, y desde la conclusión de que nos encontrábamos ante una primera reunión de contacto inicial, se acordó que los distintos participantes hicieran llegar sus posiciones por escrito al Justiciazgo para, tras su remisión a todos, poder acudir a una segunda reunión en la que profundizar en la cuestión y plantear verdaderas y específicas líneas de trabajo.

SEGUNDA REUNIÓN PLENARIA

Fecha: 16 de enero de 2019

Convoca: El Justicia de Aragón

Hora de inicio: 10:00

Hora de finalización: 13:00

Lugar: Sala de reuniones de la FAMCP
C/ Mayor 40, 2.º
Zaragoza 50001

Relación de Entidades asistentes:

- ASOCIACIÓN SENIORS EN RED.
- AYUNTAMIENTO DE ALCAÑIZ.
- AYUNTAMIENTO DE UTEBO.
- AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA.
- CÁRITAS ARAGÓN.
- COLEGIO DE ADMINISTRADORES DE FINCAS DE ARAGÓN.
- COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE ZARAGOZA
- COLEGIO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA DE ARAGÓN.
- COLEGIO PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL DE ARAGÓN.
- COMISIONES OBRERAS
- CONFEDERACIÓN ASOCIACIONES VECINALES DE ARAGÓN-CAVARAGÓN.
- CONSEJO ARAGONÉS DE PERSONAS MAYORES (COAPEMA).
- CRUZ ROJA
- FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO.
- FEDERACIÓN ARAGONESA DE MUNICIPIOS, COMARCAS Y PROVINCIAS
- FUNDACIÓN LA CARIDAD.
- HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.
- IASS.
- INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE ARAGÓN.
- JUSTICIA DE ARAGÓN.
- LARES ARAGÓN.
- ONCE.
- SOCIEDAD ARAGONESA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA.
- SOCIEDAD ARAGONESA DE PSIQUIATRÍA Y CIENCIAS FORENSES
- TELÉFONO DE LA ESPERANZA.
- UNIÓN DE CONSUMIDORES DE ARAGÓN

Excusaron su asistencia:

- AYUNTAMIENTO DE FRAGA
- AYUNTAMIENTO DE MONZÓN
- AYUNTAMIENTO DE TERUEL
- CONSEJERÍA DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE ARAGÓN
- FISCAL SUPERIOR DE ARAGÓN.

Metodología de la reunión.

En base al análisis de situación realizado en la reunión anterior, y con la firme voluntad de pasar a aquella primera reunión de «tanteo» y primer contacto, a un verdadero trabajo de todos los participantes, se propuso para su debate las siguientes líneas estratégicas concretas:

- 1.— Profundizar los mecanismos de coordinación sociosanitaria** en la materia, ya que los ámbitos social y sanitario tienen una gran incidencia en la vida diaria de las personas mayores.
- 2.— Impulsar la creación de un grupo específico de trabajo de carácter estable**, como un espacio de análisis, elaboración de propuestas y seguimiento de su aplicación.
- 3.— Potenciar la labor de los nodos sociales y vecinales** para aprovechar las relaciones de proximidad en la prevención y el seguimiento de las situaciones de soledad.
- 4.— Avanzar en el uso de las TIC** como instrumento al servicio de los mayores para la mejora de su calidad de vida.
- 5.— Impulsar la labor de los Centros de Mayores** como espacio de encuentro que sería positivo ampliar a un mayor número de personas.
- 6.— Elaborar una herramienta estadística de los mayores en soledad** para determinar el alcance del problema y facilitar su seguimiento.
- 7.— Abordar el mundo de los afectos** porque la soledad es tanto física como mental o emocional.
- 8.— Delimitar la importante contribución del voluntariado** para potenciar su actividad minimizando sus riesgos.
- 9.— Avanzar hacia un urbanismo adaptado a las necesidades de los mayores** tanto a nivel de vivienda como de ciudad.

En Plenario, y de forma breve, se abordaron cada una de estas líneas para valorar el grado de consenso existente para descartar aquellas en las que haya disensos significativos y centrarnos en las que conciten mayor grado de acuerdo.

En base a las conclusiones del punto anterior, se conformaron unos grupos de trabajo técnico (8) que propondrían una serie de medidas concretas para alcanzar las líneas estratégicas acordadas.

Para que el proceso participativo resultara más ágil, se entendió conveniente que cada entidad participante en la reunión pensara en qué líneas estratégicas se encontraría más dispuesta a aportar su trabajo, el cual estaría abierto a las aportaciones de todos los participantes en el modo que se decidiera.

A fin de avanzar los trabajos preparatorios, y la propia dinámica de la reunión, se entendió conveniente que cada entidad indicará con carácter previo las líneas en las que estaría dispuesta a participar de forma directa, tanto en esta reunión como en los grupos de trabajo que de ella puedan derivarse.

Por último, se acordó el calendario de próximas reuniones, tanto de plenario como sectoriales.

Tras un primer turno de palabra en el que se realizan distintas matizaciones a la formulación de las citadas líneas de actuación y se proponen posibles refundiciones de las mismas, así como, incluso, la desaparición de alguna de ellas, se procede a utilizar un sistema participativo en el que, a base de marcar con un código de color verde para el acuerdo, amarillo para la duda, y rojo para el desacuerdo cada una de las líneas propuestas por parte de cada una de las entidades participantes, se llega a identificar aquellas líneas en las que hay un mayor consenso y aquellas en las que hay un disenso significativo y, por tanto, han de ser suprimidas.

Las líneas definitivamente aprobadas son:

- 1. Profundizar los mecanismos de coordinación y colaboración interinstitucional.**
- 2. Impulsar la creación de un grupo específico de trabajo de carácter estable.**
- 3. Potenciar la labor de los nodos sociales, vecinales y familiares, con especial atención al mundo de los afectos.**
- 4. Avanzar en el uso de las TIC.**
- 5. Impulsar la labor del asociacionismo de mayores y el impulso de centros sociales.**
- 6. Delimitar la importante contribución del voluntariado.**
- 7. La situación de los centros residenciales y sanitarios.**
- 8. Avanzar hacia un urbanismo adaptado a las necesidades de los mayores.**

Tras un debate en el que quedó claro que los grupos a constituir serían autónomos para decidir sus métodos de trabajo y las entidades que, en su seno, asumieran el papel de dinamizador y de dejar constancia de su trabajo, se pasó a conformar los grupos de trabajo que deberían analizar la situación existente, las buenas prácticas ya desarrolladas y plantear las medidas de intervención en cada una de las líneas estratégicas consensuadas.

Para ello se abrió una ronda en la que se hizo constar qué entidades se habían encuadrado en alguna de las líneas antes de la reunión y se dio la palabra a todas las asistentes para que manifestaran su preferencia, dejando claro que con posterioridad se haría llegar a todos los asistentes la composición de cada grupo, por si alguien quisiera cambiar de línea de trabajo o incorporarse a alguna más, pero, en todo caso, cuando

se celebraran las primeras reuniones de cada grupo de trabajo, la composición de los mismos devendría definitiva.

Por último, se acordó un calendario provisional que supone la celebración de las reuniones constitutivas de los grupos en la primera semana de febrero, para desarrollar sus trabajos entre los meses de febrero y mayo, de tal forma que un plenario a celebrar en junio pudiera debatir en profundidad sobre los documentos provisionales y poder presentar el documento definitivo en torno al 21 de septiembre, coincidiendo con el aniversario de la celebración de la primera reunión de la mesa.

ACTIVIDAD DE LOS GRUPOS DE TRABAJO.

La libertad de adherirse a uno u otro grupo, que como queda dicho se conformaron y trabajaban entre sí de modo totalmente autónomo e independiente, con la única ligazón mediante la presencia de un miembro del equipo del Justiciazgo a efectos de coordinación y enlace, llevó a una dispar presencia de participantes en cada grupo y una distinta metodología de trabajo entre ellas.

No obstante, desde el equipo del Justicia de Aragón se trasladaron unas ideas orientativas de la forma en que se entendía se debía acometer el trabajo de los grupos.

- Algunas cuestiones previas a tener en cuenta:
- El grupo lo conforman las entidades presentes, más alguna si hubiese justificado ausencia, y tal como se acordó en la sesión segunda, este queda cerrado.
- El calendario de trabajo, que se estableció en la 2.ª sesión de la Mesa fue:
 - Constitución grupos de trabajo: Primera semana de febrero.
 - Desarrollo trabajo en grupos: De febrero a mayo.
 - Puesta en común de las conclusiones: finales de junio.
 - Presentación pública de Conclusiones de la Mesa: 21 de septiembre.

Desarrollo de los Grupos de trabajo:

- **Objetivos del grupo:**
 - Realizar un **análisis** del contenido de la Línea estratégica correspondiente, tanto sobre la problemática como aportando actuaciones que se están realizando y se consideren de interés.
 - **Elaborar propuestas de mejora**, con medidas concretas que se puedan implantar o extender a diferentes ámbitos.
- **Dinámica de trabajo:**
 - **Es importante que cada grupo de trabajo sea autónomo a la hora de organizarse.**
 - Ahora bien, sería conveniente que cada grupo estableciese:
 - **Una persona/entidad que coordine el grupo** y, si es amplio, otra que facilite la sesión de trabajo (esta se podría rotar, para cada sesión presencial)
 - **Establecer un método y herramientas de trabajo.** Que incluya tanto las reuniones presenciales como online.
 - **Fijar un calendario de trabajo**
 - **Recoger los datos básicos** de las personas participantes en el grupo (nombre, entidad, y correo electrónico) para favorecer el trabajo posterior.
 - Respecto a **CONTENIDOS**, y teniendo en cuenta los objetivos, se podrían establecer varios ámbitos de dialogo y aportación:
- **Análisis**, para cada línea:
 - **¿QUÉ ESTÁ PASANDO?** Con ello pretendemos identificar, de manera consensuada los elementos centrales, ideas fuerza, de una determinada problemática.
 - **BUENAS PRÁCTICAS.** Se trata de poner en común experiencias de interés, ¿que contribuyen al bienestar de las personas mayores y a evitar situaciones de soledad?
- **Propuestas:**
 - **PROPUESTAS DE MEJORA.** Plantear medidas para la mejora de las personas o situación en esa problemática concreta.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para un mejor desarrollo, y aprovechamiento de la primera sesión de trabajo del grupo, se propuso que se aprovechara la presencia de todas las entidades y se fijaran cuestiones sobre las que seguir avanzando posteriormente, de forma online, o presencial, como el grupo decidiera.

La propuesta sería que en la primera sesión se abordase el análisis: ¿QUÉ ESTÁ PASANDO?

Para ello, y en función del número de personas que formen el grupo, se podrían utilizar diferentes dinámicas, siempre con el objetivo de: alcanzar la máxima participación, la elaboración colectiva y lograr la concreción de propuestas con el mayor consenso posible.

La duración prevista fue de dos horas, aproximadamente.

El primer calendario de reuniones de los grupos quedó establecido:

Grupo 1.— Profundizar los mecanismos de coordinación y colaboración interinstitucional	Lunes 4 de febrero, 10 horas
Grupo 2.— Impulsar la creación de un grupo específico de trabajo de carácter estable	Martes 5 de febrero, 10 horas
Grupo 3.— Potenciar la labor de los nodos sociales, vecinales y familiares, con especial atención al mundo de los afectos	Martes 5 de febrero, 16 horas
Grupo 4.— Avanzar en el uso de las TIC	Miércoles 6 de febrero, 10 horas
Grupo 5.— Impulsar la labor del asociacionismo de mayores y el impulso de centros sociales	Jueves 7 de febrero, 10 horas
Grupo 6.— Delimitar la importante contribución del voluntariado	Jueves 7 de febrero, 16 horas
Grupo 7.— La situación en centros residenciales y sanitarios	Viernes 8 de febrero, 10 horas
Grupo 8.— Avanzar hacia un urbanismo adaptado a las necesidades de los mayores	Viernes, 8 de febrero, 12 horas

Posteriormente, y dentro de la autoorganización de cada grupo, se han producido, junto a gran cantidad de comunicaciones vía electrónicas, reuniones de trabajo, tanto en la sede del Justiciazgo como en el de otras entidades. Una vez finalizado el trabajo grupal tuvo lugar la tercera reunión en plenario.

TERCERA REUNIÓN PLENARIA

25 de junio de 2019

Sede del Justicia de Aragón

Don Juan de Aragón 7,

50001-ZARAGOZA

Asisten a la sesión:

- Aralia Servicios
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales
- Atenzia
- Ayuntamiento de Alcañiz
- Ayuntamiento de Fraga
- Ayuntamiento de Utebo
- Ayuntamiento de Zaragoza
- Cáritas Aragón
- Colegio de Administradores de Fincas de Aragón
- Colegio de Farmacéuticos de Zaragoza
- Colegio de Trabajo Social
- Colegio Profesional de Psicología de Aragón
- Colegio Profesional de Trabajo Social de Aragón
- Comisiones Obreras Aragón
- Complejo Residencial SH Teruel
- Confederación de Asociaciones Vecinales de Aragón (CAVARAGÓN)
- Consejo Aragonés de Personas Mayores (COAPEMA)
- Coordinación Aragonesa de Voluntariado
- Cruz Roja Aragón
- Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón
- Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
- Federación Aragonesa de Municipios, Comarcas y Provincias
- Fundación La Caridad
- Fundación Federico Ozanam
- Hospital San Juan de Dios
- IMSERSO.
- Instituto Aragonés de Servicios Sociales
- Instituto de Medicina Legal de Aragón
- Justicia de Aragón
- Lares Aragón
- ONCE Aragón
- Parroquia Nuestra Señora del Carmen
- Seniors en Red

- Sociedad Aragonesa de Geriátría y Gerontología
- Sociedad Aragonesa de Psiquiatría y Ciencias Forenses
- Teléfono de la Esperanza
- UGT Aragón
- Unión de Consumidores de Aragón

Contando con la presencia del Director General del IMSERSO, D. Manuel Martínez Domene, el cual se había interesado por el proyecto como referente en un futuro plan nacional sobre la materia, y una vez los distintos grupos de trabajo habían concluido su trabajo, se convocó el anunciado plenario de la Mesa, en el que se expuso el trabajo general realizado desde setiembre de 2018, con particular detalle en el trabajo de los ocho grupos al efecto creados, con, lo que es más importante, sus conclusiones y aportaciones, lo que fue realizado por los distintos portavoces de los mismos. (Los trabajos de cada grupo se detallan en su integridad en otros apartados de este informe).

Tras esta puesta en común se procedió a acordar que sería el equipo del Justicia de Aragón el que, recopilando todo lo trabajado, se elaboraría un **«Informe especial sobre la situación en Aragón de los mayores en soledad no elegida»**, a modo de libro blanco, para su presentación en setiembre de 2019 tanto a las Cortes como al Gobierno de Aragón

ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO FINAL

En cumplimiento del compromiso asumido por el Justicia de Aragón, Ángel Dolado, el equipo del Justiciazgo, compuesto por los Asesores que había participado en los distintos grupos de trabajo, Carmen Gracia, Juan Campos y Andrés Esteban y la Secretaria del Lugarteniente, Ana Gabás, bajo la coordinación del Lugarteniente de la Institución, Javier Hernández, procedió a elaborar a lo largo de los meses de junio, julio y agosto de 2019 el documento final que, bajo en forma de «Informe Especial del Justicia de Aragón», debía servir para plasmar el amplio trabajo realizado por todas las personas y entidades intervinientes en la mesa, que no podía ser más que un compendio del trabajo de cada uno de los grupos de trabajo, al que se unió una introducción y explicación del desarrollo de la mesa, junto a unas síntesis conjuntas finales y una sistematización de las distintas propuestas elaboradas por cada grupo, concluyendo con las resoluciones formales finales del Justicia de Aragón a las distintas administraciones públicas que por razón de sus competencias podrían ser receptoras para la implementación de las mismas.

De especial significación en esta elaboración fue la colaboración del Instituto Aragonés de Estadística que, en colaboración con el equipo del Justicia, procedió a elaborar todos los cuadros actualizados que se han incluido en este trabajo.

3. APORTACIONES GRUPOS DE TRABAJO

GRUPO 1: PROFUNDIZAR EN LOS MECANISMOS DE COORDINACIÓN Y COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL.

INTRODUCCIÓN

La soledad no elegida de las personas mayores, ha tomado una dimensión social y económica de gran importancia en la política social actual, como consecuencia de un proceso de envejecimiento generalizado de la sociedad aragonesa, tal y cómo ha quedado expuesto anteriormente.

La elevada conciencia del problema por parte del Justicia de Aragón y de los profesionales y voluntarios de distintos ámbitos han llevado a la creación de distintas mesas de trabajo para abordar las distintas problemáticas que afectan a las personas mayores en situación de soledad no elegida. En este sentido, el grupo número 1 ha tenido por objetivo el análisis de la situación actual en materia de coordinación y colaboración interinstitucional, así como la elaboración de aquellas propuestas de mejora que puedan dar respuesta eficaz a este problema.

Partiendo de la base de la necesaria coordinación, fundamentalmente de los ámbitos social y sanitario, dos son los elementos que justifican las aportaciones realizadas por esta mesa:

- Por una parte, la actual necesidad de una coordinación y colaboración socio-sanitaria real y efectiva, que vaya más allá de la actual establecida de manera informal entre los distintos profesionales tanto públicos como privados.
- Por otra, el desarrollo y puesta en marcha de manera integral de la Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón.

Entidades y personas participantes

Los miembros de este Grupo de Trabajo a lo largo de las distintas sesiones han sido:

- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales.
- Ayuntamiento de Utebo
- Cáritas Aragón.
- Colegio de Farmacéuticos de Aragón.
- Colegio de Trabajo social de Aragón.
- Comisiones Obreras Aragón.

- Consejo Aragonés de Personas Mayores.
- Federación Aragonesa de Municipios, Comarcas y Provincias.
- Hospital San Juan de Dios.
- ONCE Aragón.
- Seniors en Red.
- Sociedad Aragonesa de Geriátrica y Gerontología.
- Sociedad Aragonesa de Psiquiatría y Ciencias Forenses.
- Teléfono de la Esperanza.
- Por la Institución del Justicia de Aragón ha participado Juan Campos Ara, Asesor.

PROPUESTAS

1.— Consideramos preciso la aprobación de una **LEY DEL MAYOR**, que aborde de manera integral la problemática que afecta a esta importante parte de la sociedad, que genere derechos subjetivos de acceso a servicios y recursos socio-sanitarios, y que dé cobertura legal a las distintas formas de intervención pública que traten de dar respuesta a este serio problema de la soledad no elegida.

2.— Asimismo, se debe formalizar la necesaria coordinación socio-sanitaria mediante la implementación de un **PROTOCOLO DE COORDINACIÓN** de obligado cumplimiento que permita la detección de personas que vivan solas, establezca los indicadores que midan la gravedad y aborde la puesta en marcha de las medidas de protección.

En este sentido el sistema público de sanidad y de servicios sociales necesita de canales de información común, tanto para la detección como para la intervención, debiendo contar además con la necesaria colaboración del ámbito civil (entidades sociales, asociaciones vecinales, farmacias etc.).

Se propone:

- La definición de los agentes públicos (del ámbito social y sanitario) que deben colaborar y coordinarse en la identificación de situaciones de riesgo, diagnóstico e intervención. Así como las pautas de coordinación con los distintos agentes de la sociedad civil.
- La elaboración y puesta en funcionamiento de una ficha socio-sanitaria y el desarrollo de un itinerario prestacional que garantice los recursos necesarios de forma progresiva y estable.
- El establecimiento de canales de entrada de detección de casos, potenciando la figura del «agente notificador». De esta forma cualquier ciudadano pueda dar a conocer e informar aquellos casos que detecte en su ámbito más cercano.
- El abordaje de la soledad de personas mayores no elegidas contemplando las distintas realidades existentes, debiendo incluir, por tanto, a las personas en centros residenciales, a las personas dependientes cuidadas por otra persona mayor, etc.

3.— Consideramos necesaria la creación de un **ÁREA SOCIO-SANITARIA** compartida.

La coordinación socio-sanitaria a menudo se limita a lo que podríamos llamar una metodología de intervención, intentando optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos con vista a la intervención conjunta y toma de decisiones sobre la utilización de recursos. Esta suele producirse a través del personal de Trabajo Sociosanitario del centro de Salud u Hospital correspondiente y el Personal de los Servicios Sociales de zona, que coordinan su comunicación por relaciones personales y a través de las diferentes reuniones de zona, aunque nunca coinciden la zona sanitaria con la social o comarcal; dificultad a la que hay que unir el hecho de que el personal de Trabajo Sociosanitario no tienen actualmente en Aragón, ninguna capacidad de gestión, ni ejecutiva. No obstante, no hay que olvidar que la coordinación socio-sanitaria, no puede solucionar por sí sola el problema de la escasez de recursos.

En definitiva, la red de Atención socio-sanitaria ha de ser entendida como un conjunto de recursos unitario destinado a la atención socio-sanitaria de las personas; su objetivo sería la creación de un nuevo espacio de atención del que forman servicios del sistema sanitario y del sistema social, así como nuevos servicios específicos para esta atención.

4.— Hay que desarrollar en nuestra Comunidad Autónoma **CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN E INFORMACIÓN**, dirigidos tanto a las personas implicadas en la intervención en materia de personas mayores en soledad no elegida (profesionales socio-sanitarios, entidades sociales etc.), como a la sociedad en general, donde se aporten pautas y mecanismos de actuación, ante la detección de situaciones de soledad.

A FORMA DE CONCLUSIÓN

Se ve necesario tejer una estructura jurídico social que garantice los derechos sociales.

Mejorar la coordinación entre lo sanitario y lo social exige profundizar en la mejora de la organización de los diferentes ámbitos de intervención (siempre desde la perspectiva de la responsabilidad pública en la atención a las personas mayores), pero sin descuidar el incremento del número y la intensidad de los recursos existentes y la puesta en funcionamiento de nuevos dispositivos.

GRUPO 2: IMPULSAR LA CREACIÓN DE UN GRUPO ESPECÍFICO DE TRABAJO DE CARÁCTER ESTABLE

INTRODUCCIÓN

A la hora de constituir la Mesa de los Mayores en Soledad no elegida, una de las cuestiones que inmediatamente surgieron fue la de plantear la necesidad de dar continuidad a los trabajos de la misma y, en su caso, qué fórmula adoptar para ello.

Se constituyó, por tanto, un grupo específico para abordar el tema que contó con el trabajo de los siguientes participantes:

- Atenzia.
- Ayuntamiento de Utebo.
- Colegio Profesional de Psicología de Aragón.
- Colegio Profesional de Trabajo Social de Aragón.
- Consejo Aragonés de Personas Mayores.
- Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.
- Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo.
- IASS.
- Sociedad Aragonesa de Psiquiatría y Ciencias Forenses.

Por Justicia de Aragón ha participado el Asesor, Juan Campos Ara, con la función de enlace con el resto de los grupos constituidos.

En las distintas reuniones celebradas se fue abriendo paso la idea de que era necesario dotar de continuidad a los trabajos llevados a cabo por la Mesa del Justicia sobre la soledad no elegida en las personas mayores y que la mejor manera de llevar a cabo dicha continuidad era mediante la creación de un observatorio con las siguientes características:

PROPUESTA DE NOMBRE: OBSERVATORIO DE LA SOLEDAD EN PERSONAS ADULTAS MAYORES (OSPAM).

(Reflexión inicial) Es importante no confundir la labor del Observatorio con el trabajo que hagan desde las distintas administraciones competentes para la atención a las personas mayores que viven solas. En definitiva, el Observatorio no se crea para atender a los mayores que viven solos, sino que se crea para velar porque esa atención se lleve a cabo.

MISIÓN:

Promover, desde el compromiso y liderazgo del Justiciazo la creación de un Observatorio constituido como grupo permanente de análisis dirigido a velar las personas mayores que viven en soledad favoreciendo la atención, prevención y protección social, fomentando su bienestar emocional y seguridad, al objeto de reducir su soledad y el riesgo de aislamiento y exclusión social, sensibilizando a la sociedad aragonesa en este fenómeno emergente.

VISIÓN:

Ser un marco de referencia en la atención y protección de personas mayores que viven en soledad para la actuación de los poderes públicos y los Sistemas Públicos de protección, en conformidad con el marco competencial, las personas mayores y sus familias, los profesionales, entidades y la sociedad en general.

ADSCRIPCIÓN:

El OSPAM se configura como una iniciativa de carácter independiente, siendo la Institución del Justicia de Aragón y/o el Departamento competente en servicios sociales la que dotará al mismo de los medios personales y materiales necesarios para el desempeño de sus funciones.

PRINCIPIOS:

- **Independencia:** el observatorio actuará con total independencia
- **Respeto a la autonomía de las personas:** se promoverá que todas las actuaciones primen el respeto de las personas a decidir su forma de vida y que dichas decisiones no sean impedimento para acceder a los recursos necesarios.
- **Equidad e Igualdad:** las personas mayores recibirán los servicios y atención necesarios independientemente de sus circunstancias personales, sociales y familiares.
- **Coordinación y Cooperación:** se promoverá la cooperación entre las administraciones, instituciones y entidades que redunde en una mejor atención a las personas mayores.
- **Comunicación y transparencia:** el Observatorio aspira a lograr una total comunicación y transparencia no solo de su propia actividad sino también de cualquier implicado.

- **Lealtad institucional:** se procurará que todos los involucrados actúen con lealtad frente al ámbito competencial de los demás.
- **Ética:** Adecuarse a las normas definidas en diferentes declaraciones nacionales internacionales sobre ética y buenas prácticas de tratamiento en los grupos de riesgo definidos.
- **Confidencialidad:** Aunque se trata de un problema que identifica a las personas en riesgo, se asegura la protección de datos de carácter personal, según la normativa vigente, con el acceso a la misma por parte de los profesionales directamente implicados y según su nivel de actuación.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

1. Definir e identificar el problema de la soledad en los grupos de riesgo de la población de Aragón. Se entiende que la soledad es un proceso sociosanitario ligado principalmente al envejecimiento, aunque no exclusivamente. Las personas con problemas de salud mental, las personas gravemente discapacitadas y/o con patologías crónicas, así como las personas en riesgo de exclusión social, pueden sufrir de soledad.
2. Proponer que el liderazgo y coordinación de este fenómeno se asuma desde el Sistema Público de Servicios Sociales, bajo el objetivo de colaboración público privada con el resto de actores.
3. Promover estudios e investigaciones, sobre la epidemiología, diagnóstico y el tratamiento del problema para establecer políticas de prevención, estrategias de abordaje, intermediación y solución.
4. Establecer protocolos de coordinación interinstitucional a distintos niveles desde las distintas consejerías de salud, asuntos sociales y educación pasando por las comarcas y municipios a los Consejos de Salud de Zona, hasta las asociaciones de vecinos y los profesionales implicados.
5. Difusión del problema de la soledad en los distintos ámbitos de la sociedad y establecer campañas de concienciación y sensibilización de la población a nivel municipal y en los centros de salud y atención social.
6. Fomentar la creación de un marco legal donde las actuaciones consensuadas y protocolizadas se lleven a cabo, estableciendo programas de funcionamiento que impliquen a los profesionales que deben intervenir.
7. Servir de apoyo y orientación a los distintos planes de actuación que ya se están llevando a cabo, para mejorar la eficacia y calidad de las distintas estrategias.
8. Establecer foros de debate para revisar las distintas actuaciones, en función de nuevas experiencias y estrategias de otras comunidades o países contando con personas de reconocido prestigio o implicadas en equipos o programas distintos.
9. Elaborar un informe anual de la situación del problema de la soledad y los distintos avances o retrocesos que se produzcan en su tratamiento, así como de los colectivos que ya trabajan, y de los resultados obtenidos, así como de los colectivos que no se han adherido todavía al plan estratégico.

NOTAS:

Este diseño se enmarca dentro de ESTRATEGIA DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LAS PERSONAS MAYORES EN ARAGÓN del Gobierno de Aragón, con la que es plenamente compatible

Dentro de estas líneas se entiende incorporado el producto resultante del trabajo del resto de grupos de trabajo, tal y cómo se recogen en este informe.

PROPUESTA DE COMPOSICIÓN Y FUNCIONAMIENTO:

Se propone un máximo de 20 participantes en aras a la efectividad. Se diseña un funcionamiento en plenario con un mínimo de 1 reunión anual y eligiendo una Comisión Permanente en conformidad con encargo del Observatorio, elegida de entre sus miembros que haga labor de coordinación y ejecución de las líneas aprobadas por el Pleno.

Dentro del Observatorio se podrán crear grupos de trabajo específicos —temporales o permanentes— en función de las áreas a trabajar.

Se procurará que la composición sea paritaria tanto entre mujeres y hombres, como entre las administraciones competentes y las entidades especializadas en el ámbito.

GRUPO 3: POTENCIAR LOS NODOS SOCIALES, VECINALES Y FAMILIARES, CON ESPECIAL ATENCIÓN AL MUNDO DE LOS AFECTOS

INTRODUCCIÓN

En los diálogos entablados sobre las líneas estratégicas de esta mesa de trabajo, se consideró que los nodos familiares, sociales y vecinales son esenciales en los procesos de envejecimiento y muy especialmente para evitar situaciones de soledad no elegida.

De ahí que se estimase conveniente constituir un grupo de trabajo sobre esta línea, centrado en potenciar dichas relaciones y espacios de encuentro, con un eje conductor: tener presente los cuidados y las necesidades afectivas de las personas.

Se constituyó un grupo específico para abordar el tema que contó con el trabajo de los siguientes participantes:

- Parroquia Nuestra Señora del Carmen (Cáritas).
- Ayuntamiento del Alcañiz.

- Unión de Consumidores de Aragón.
- Comisiones Obreras.
- Colegio de Trabajo Social.
- Cruz Roja.
- Colegio de Administradores de Fincas de Aragón.
- Cavaragon.
- Colegio Profesional de Psicología de Aragón.
- Fundación La Caridad.

Se han mantenido cuatro reuniones.

RESUMEN DE LO DEBATIDO

Palabras fuerza:

- Soledad no elegida. Envejecimiento.
- Cuidados, cuidadores.
- Familia. Administración.
- Desconocimiento del vecino, temor
- Falta la vivencia de comunidad, de barrio
- Jubilación, duelos, utilidad,
- Confianza, seguridad, afectos
- Presencia. Estar. Acercarnos. Proximidad.
- Personas. Servicios, instituciones, grupos, apoyos
- Palabra, experiencia y deseo del que sufre la soledad no elegida

Apuntes para un diagnóstico de la problemática: ¿QUÉ ESTÁ PASANDO?

Hay una realidad que es evidente: Cada vez las personas viven más años hay más que están solas y muchas de ellas con sentimiento de soledad no deseada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (2015) define la Soledad como *insatisfacción con el número y la calidad de las relaciones sociales*, frente al «aislamiento social», al que define como *falta de contacto social*. Vemos, pues que la soledad tiene un componente subjetivo que depende de cada persona, siendo el «aislamiento social» más fácilmente medible.

Según la OMS, se habla de soledad no deseada de forma subjetiva: cómo se siente la persona independientemente de los contactos y relaciones que tiene, y de forma objetiva: se mediría por la monitorización del número de contactos que tiene. Valoramos que es un problema complejo y difícil de medir pues independientemente de los contactos que pueda tener la persona, se puede o no sentir sola.

Circunstancias que afectan significativamente en este aumento de personas en soledad no elegida:

- **Cada vez vivimos más años**, y hay un número mayor de personas solas. Algunas de ellas también con necesidad de cuidados y atención.
- **La familia tradicional está cambiando**, por ello, los cuidados que antes se asumían con normalidad, en estos momentos son más difíciles de cubrir dentro de ella. Cada vez están más disgregadas, siendo más nucleares o incluso unima-parentales.
- Estos **cambios en las relaciones sociales e interpersonales** generan una pérdida de presencia, de estar, de visitas cotidianas, de afecto y cortesía. Falta de pensar en el otro que siendo familia, amigo o vecino está solo.
- Es un **importante problema actual, el de los cuidados**. Se deben de buscar los apoyos necesarios. Exigir derechos, servicios de calidad. Sin embargo, la parte afectiva, la relacional, la voluntariedad, no puede ni debe afrontarla el Estado. La soledad requiere compañía y ésta puede ofrecerse con voluntariedad que debería estar apoyada desde la Administración, con programas y con financiación
- Se constata el incremento de **situaciones de especial dificultad** en este grupo de población de personas mayores en soledad no deseada:
 - a) Cuando la persona, a pesar de que se le brinda apoyo, no quiere aceptar nada aun estando en una situación de necesidad, vulnerabilidad y riesgo. Cuesta reconocer que estamos solos o precisamos de apoyos (se descartan situaciones de incapacitación de facto o judicial).
 - b) Cuando hay una falta de presencia, de interés, de abandono (o cuasi abandono) por parte de la familia.
 - c) Cuando se da un maltrato por aislamiento e indefensión.

Sería de interés definir el proceso de actuación, protocolos de coordinación, etc. en estas situaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad.

Es importante clarificar la responsabilidad individual, de grupo familiar, comunitaria e institucional.

- Los fallecimientos de familiares directos o allegados son propios conforme la persona se hace mayor. Estos duelos, junto con el miedo a la propia muerte pueden ser un factor de riesgo para la soledad y el aislamiento y lo que comporta. Van **desapareciendo las personas más cercanas (familiares y vecinos) con relaciones más estrechas**, afianzadas por los años de convivencia.

- **Afectación por los modelos sociales y vivienda.** Desaparición progresiva de los porteros de fincas y del pequeño comercio de proximidad, que conocían a todos los inquilinos o/y clientes habituales.
 - Muchas de las necesidades de cuidados y afectos se derivan hacia la Administración Pública con la exigencia de cubrirlos: hay que entrar en este tema más a fondo por lo que comporta de **corresponsabilidad institucional, familiar, servicios** y recursos adecuados y en tiempo...
 - **Importante tener en cuenta a los cuidadores** de las personas con necesidad de cuidados. Tienen un papel fundamental, en muchas ocasiones nada reconocido.
 - **Diferencia considerable entre la zona urbana y la zona rural:** en esta última sigue manteniéndose la relación más directa y de conocimiento y cuidados. En la zona urbana se constata una pérdida de las relaciones vecinales que antes suponían una importante red de afecto y cuidados.
 - **Barreras arquitectónicas en las viviendas** (falta de ascensor, rampas pronunciadas...), que obligan o favorecen el aislamiento (este tema se tratará en el grupo específico de vivienda no se entra más en él).
 - **La jubilación es un momento de riesgo para la soledad no elegida:** el cambio tan drástico de la vida activa laboral a una vida sin ella puede provocar muchos malestares. Se habla de «mucha soledad en los bares». Sería importante realizar una preparación para esta transición. **Es importante sentirse útil**
 - **Importante que el voluntariado pueda desarrollarse en todas las edades** que la persona pueda ser útil, independientemente de la edad. No parece buena opción que una persona mayor tenga que dejar de realizar una actividad al no cubrirle el seguro que la institución tiene contratado. Las instituciones públicas de voluntariado deberían contratar con aquellas aseguradoras que no pusiesen topes por edad.
 - Se constatan **dificultades añadidas al quedar viudo, O viuda** y no saber manejarse sólo/a por haber dependido de su cónyuge o haber ido a todo acompañado/a
 - Se menciona la importancia de los proyectos y programas de **promoción del Envejecimiento Activo** desde la Estrategia Nacional y Autonómica de Personas Mayores
- También se constata que:
- **El ser humano es un ser social, necesita el contacto con el otro.** Sin embargo, en lo privado cada vez hay más recelos y en lo público y comunitario los espacios y actividades cada vez están más mercantilizados, privatizados. Con dificultades para actividades en la calle. Cada uno y cada entidad somos como pequeñas islas con necesidad de permisos para todo. Falta afecto y cercanía.
 - **Hay un temor cada vez extendido a contactar con el otro desconocido.** Se necesitan personas de confianza para perder el temor a abrir, abrirse y aceptar salir del aislamiento. (se menciona el proyecto de «responsable de escalera» de la parroquia del Carmen). Familiares, vecinos, profesionales cercanos: profesionales sanitarios y sociales, párrocos... que acompañen a la persona a salir de su aislamiento no querido
 - **Se necesitan también espacios de seguridad, de cercanía:** plazas, espacios con bancos, servicios y grupos establecidos en el barrio que se ofrezcan de continuidad y sirvan de punto de reunión. Las Asociaciones de Vecinos pueden tener un papel importante
 - **Se manifiesta la dificultad de llegar a todas las personas con soledad no elegida y conocer su punto de vista.** Ello tanto por su propio aislamiento que nos ocupa, como por las diferencias importantes de experiencia vital que pueden tener los distintos grupos etarios.

Buenas prácticas. Experiencias de interés que contribuyen al bienestar de las personas y a evitar situaciones de soledad:

EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS A NIVEL ESTATAL

1. – «Amigos de los Mayores»/Grandes amigos (desde 2019)

Es una ONG de voluntariado, independiente, apolítica y laica, que trabaja desde 2003 para ofrecer compañía, afecto y amistad a las personas mayores que sienten soledad no deseada. Buscamos mejorar su calidad de vida y su salud, que puedan envejecer con dignidad y disfrutando plenamente de sus derechos, y que toda la sociedad se enriquezca con su participación.

www.amigosdelosmayores.org

<https://grandesamigos.org/que-hacemos/>

Queremos añadir también experiencias, que, aun siendo local y de fuera del ámbito aragonés nos parece un buen ejemplo de buenas prácticas.

2. – Madrid ciudad de los cuidados

Se trata de un plan del ayuntamiento de Madrid con el objetivo de ir poniendo en el centro de las decisiones políticas la sostenibilidad de la vida, situando como elemento de análisis la vida cotidiana de las personas, y por otra, el trabajo y la perspectiva de cuidados como aspecto determinante de las condiciones de vida de la población, desplazando el objetivo social de la obtención de beneficio al cuidado de la vida.

http://madridsalud.es/que_es_mcc/

Cuenta con diferentes proyectos, entre los que destacamos:

<http://madridsalud.es/prevencion-de-la-soledad-no-deseada/>

<http://www.madridsalud.es/pdfs/triptico.pdf>

http://madridsalud.es/pdf/Argumentario_Red_Establecimientos.pdf

http://madridsalud.es/pdf/Argumentario_Red_Vecinal.pdf

3. – **Kit de la escalera**

La Escalera es una herramienta para facilitar el encuentro y el apoyo mutuo entre vecinas y vecinos de una misma comunidad y provocar una reflexión acerca de las relaciones cotidianas en entornos comunitarios. Está impulsado por el Área de Gobierno de Cultura y Deportes del Ayuntamiento de Madrid.

<http://www.proyectolaescalera.org/#descargar-el-kit>

4. – **Centro de Escucha San Camilo**

El Centro de Escucha San Camilo es un servicio del Centro de Humanización de la Salud que tiene por finalidad ayudar a las personas que pasan por una situación de sufrimiento o crisis en sus vidas (situación de duelo, personas con un familiar enfermo, soledad, otras situaciones familiares difíciles...).

El Centro de Escucha presta acompañamiento emocional y orientación psicológica de forma gratuita en unas instalaciones perfectamente adecuadas en Madrid capital y en Tres Cantos.

<http://www.humanizar.es/servicios-asistenciales/centroescucha.html>

EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS A NIVEL AUTONÓMICO

1. – **Consejo Aragonés de las Personas Mayores-COAPEMA**

«**Abandonando la soledad**»: realizan una serie de conferencias en los centros de mayores que se retransmiten vía online. Sensibilizan sobre temas. Tienen un canal «Canal Senior»

<https://canalsenior.es/coapema-soledad/>

<http://www.aragondigital.es/noticia.asp?notid=170347>

2. – **Consejo Aragonés de las Personas Mayores-COAPEMA**

«**Aulas Itinerantes. Rutas rurales**»:

Conferencias que se imparten en las tres provincias. Importancia de las redes sociales

<https://canalsenior.es/coapema-aulas-itinerantes/>

3. – **Teléfono de la Esperanza de Aragón**

El Teléfono de la Esperanza de Aragón es una organización no gubernamental (ONG) de voluntariado que ofrece, de manera gratuita, anónima y especializada, un servicio permanente de ayuda y orientación por teléfono las 24 horas del día, todos los días del año.

<http://www.telefonodelaesperanzadearagon.org/>

4. – **Servicio de Atención Telefónica a Personas Mayores IASS**

Este servicio se acaba de poner en funcionamiento en junio de 2019, teléfono 900 25 26 26. Se trata de un servicio preventivo dirigido, especialmente a las personas mayores que viven solas. Este servicio gratuito les proporciona información, apoyo emocional e información sobre los recursos que el IASS pone a disposición de ayuntamientos y comarcas en todo el territorio aragonés.

EJEMPLO DE BUENAS PRÁCTICAS A NIVEL LOCAL

1. – **Banco del Tiempo**

Federación de Barrios de Zaragoza. Es un proyecto que se podría adaptar a esta situación. Se trata de ofrecer favores entre las personas. Ofrece muchas actividades. Puede ser muy apropiado también para personas que han venido recientemente a la ciudad. Las AA son un referente de esta experiencia

<http://www.bancodeltiempozaragoza.org>

2. – **Red de ciudades amigables con las personas mayores**

Es la Red de apoyo y asesoramiento creada por la OMS e integrada por todas las ciudades y pueblos adheridos al proyecto, que tiene como objetivo. En España, la Red de Ciudades Amigables con las Personas Mayores es impulsada y coordinada por el IMSERSO, sus objetivos principales son:

- Establecer relaciones entre las ciudades participantes y entre ellas y la Organización Mundial de la Salud.
- Facilitar el intercambio de información y buenas prácticas, que mejoran las intervenciones en los municipios.
- Proporcionar apoyo técnico y capacitación.

http://www.ciudadesamigables.imserso.es/ccaa_01/index.htm

http://www.ciudadesamigables.imserso.es/ccaa_01/ayun_parti/redespana/espana/info_ccaa_gmaps/index.htm?id=61

Entre las actuaciones llevadas a cabo como consecuencia de la adhesión de la ciudad de Zaragoza a esta red están:

Rutas amigables:

<http://www.zaragoza.es/sede/portal/derechos-sociales/personas-mayores/rutas-amigables>

Comercios Amigables:

<https://www.zaragoza.es/contenidos/sectores/mayores/folleto-comercio-amigable.pdf>

<https://www.zaragoza.es/contenidos/sectores/mayores/masinfo-comercio-amigable.pdf>

«Nos gusta hablar»

Este proyecto se enmarca dentro de los objetivos del Plan de Ciudades Amigables con las Personas Mayores y comenzó en el Centro de Convivencia para Mayores Santa Isabel, al que se han añadido ahora Terminillo y Salvador Allende. Pretende favorecer espacios de encuentro y diálogo en los Centros de Convivencia. Se trata de un espacio permanente y de entrada libre donde cualquier vecino, especialmente las socias y socios del Centro de Convivencia para Mayores, pueden acudir a mantener una buena conversación.

Además de Zaragoza, en Aragón también están adheridos a esta red: Teruel, Ejea de los Caballeros, Pedrola y Cariñena.

3. – Programas para Compartir vivienda

Tanto con edades parecidas como con personas mayores-estudiantes o personas más jóvenes: no parece que esta experiencia tenga mucha aceptación por parte de la persona mayor:

Programa «Hogar y Café»: viviendas compartidas entre personas mayores de 60 años.

<http://www.fundacionpilares.net/hacemos/atencion-domicilio-entorno/hogar-cafe/index.php>

Programa «Vivir y compartir» Convivencia entre generaciones

<https://reyardid.org/nueva/imagenes/documentos/115.pdf>

4. – Centro de Escucha de la Fundación Cruz Blanca

El objetivo es acompañar a la gente en momentos en los que necesita acompañamiento. No atienden a enfermos sino a personas que necesitan ser escuchadas

<http://www.fundacioncruzblanca.org/fundacion-cruzblanca/noticia-casa-familiar-344-cruz-blanca-abre-primer-centro-escucha-aragon.php>

<http://www.eloscense.es/detalle-noticia/6928/cruz-blanca-inaugura-el-centro-de-escucha-d-javier-oses-en-huesca>

OTRAS EXPERIENCIAS

Desde **CC.OO. Aragón** A raíz de estas reuniones, de la Mesa de Mayores, desde esta organización se ha contactado con los afiliados del Sindicatos de Pensionistas que tienen más de 80 años y que no acuden a su sede con objeto de conocer cómo se encuentran y si precisaban alguna ayuda. Todos han recibido muy bien esta llamada y ofrecimiento, aprovechando para hablar de su situación. Se ha valorado muy positivamente y se va a continuar.

En el **barrio de San José** se está gestando un proyecto de trabajo comunitario en colaboración con la Asociación de Vecinos San José, entidades de la zona y la Asociación «Amigos de los Mayores».

Desde la **Parroquia del Carmen** se va a empezar a realizar la experiencia con voluntarios para acompañar a personas en soledad no deseada. Para poder detectar a estas personas solas, harán un llamamiento desde la iglesia parroquial (cada fin de semana pasan unas 5.000 personas) para que quien conozca en el entorno de la parroquia una persona en condiciones de soledad, lo comunique y le acompañe a su casa. En una segunda visita iría el propio párroco con el voluntario. Y a partir de aquí el voluntario se dedicará, según su tiempo, a acompañar, escuchar y estar ahí junto a la persona en soledad.

Desde la **Asociación de Consumidores de Aragón (UCA)** se trabajó en un proyecto en el que se formaron a las auxiliares que trabajaban en una empresa convenida en ese momento con el Servicio de Ayuda a domicilio del Ayuntamiento, en temas como abuso, engaños, dietas, autocuidados, etc., y éstas transmitían a las personas mayores. Fue una experiencia positiva, pero terminó por falta de fondos.

En la **Parroquia del «Corazón de María»** se realizan tertulias, juego de cartas, reuniones con los parroquianos que acuden.

Importante de todas las experiencias:

- La presencia, el estar pendientes y también estar dispuestos al apoyo.
- Visionar el problema
- Tener claro cómo proceder, dónde acudir y cómo. Tener un proyecto común. Estar conectados con los servicios públicos y que exista coordinación entre los recursos.
- Creación de «grupos de alerta», de intervención, en cada sector
- Identificar grupos de posible riesgo en el entorno o en su grupo
- La importancia de la red y sobre todo de la red de cercanía. Coordinación

Acciones y servicios que previenen el problema de la soledad o lo mejoran:**a) Impulsar medidas de prevención:**

- Acciones de sensibilización e información a la ciudadanía en general sobre este problema
- Programas de respiro para personas cuidadoras: evitando se queden solas progresivamente por su única implicación en el cuidado
- Contacto y apoyo para personas que se van quedando solas: por viudedad, por falta de red o/y familia.

b) Potenciar el servicio de Teleasistencia:

El contacto telefónico se valora un gran recurso que permite conectar con la persona sin una intromisión agresiva. Permite ofrecer seguimiento, escucha, evitar riesgos, ofrecer información, etc. Se incide en que es un servicio que se

considera muy útil y necesario en estas situaciones, por lo que se debería plantear una instalación gratuita y ágil por parte de la administración.

c) Los comedores sociales en los centros de personas mayores y otras instituciones son también recursos muy útiles que permite evitar la soledad, que la persona mayor se alimente bien y que además haya un seguimiento. Se incide en la petición de que no cierren en los meses de verano, cuando además los ancianos pueden quedarse aún más solos.

d) Promover los programas de voluntariado: muy importante el voluntariado para ofrecer compañía, cercanía, afecto, de forma altruista. Algo que la admón. no puede hacer. Pero es muy importante que sean proyectos avalados por entidades solventes, con un marco y objetivos contrastados y con respaldo de organismos oficiales que den a las personas en soledad la tranquilidad que requieren.

e) Tener animales de compañía: se valora también como un factor de protección ante la soledad. Se sienten acompañados y puede servir también obligarse a salir.

PROPUESTAS DE MEJORA

1. — Las entidades cercanas al ciudadano: instituciones públicas (centros de salud, municipales de servicios sociales, de ocio municipal...) comunidades de vecinos, tiendas y entidades del entorno, AA de vecinos, de usuarios, parroquias... etc. son las que pueden ejercer la función de **promover líneas de contacto hacia las personas en soledad no deseada**. A veces será necesaria una actitud proactiva, sin esperar que sea la persona en soledad la que dé el primer paso.

La intervención en la comunidad donde se vive, en el barrio, en los entornos cercanos y de lo local es una acción que se ofrece más eficaz. Esto incluye la familia, la escalera donde se vive, la comunidad, las tiendas del barrio, la parroquia, el Centro de Salud, el Club de jubilados, el Centro de Servicios Sociales, la Asociación de Vecinos, entidades del entorno.

Se trataría de crear vínculos, de valorar el apoyo mutuo, de ver al de al lado. De ampliar la mirada. De estar y de tener presencia.

2. — Crear redes de cercanía en lo local (familias, escaleras, comunidades y barrios amigables), que pudieran estar conectadas por la administración. Con entidades que ya existen: centros municipales de servicios sociales, centros de salud, Trabajadoras y Trabajadores Sociales que en coordinación puedan apoyar a la persona en soledad no deseada en la medida que ella desee.

En definitiva, se trata de **considerar a todas las organizaciones como «entidades que cuidan de los suyos»**, como en el ejemplo que hemos mostrado de CCOO o las acciones que se llevan a cabo en las AAVV o parroquias.

3. — Crear mesas-comisiones en cada barrio con las entidades más representativas del mismo.

En ellas se podrán plantear tantas intervenciones generales en el entorno, entidades a intervenir, procesos, metodología, tiempos, etc. y situaciones individuales. (cada entorno cercano es distinto y por tanto quién mejor que sus líderes y profesionales que lo conocen saben cómo hacer llegar las acciones y mensajes a los habitantes de dichos barrios)

4. — Será preciso también una **red de segundo nivel pública** que apoye todo el entramado. Elaboración de un marco común de intervención con líneas básicas a nivel institucional

5. — Sensibilizar a las Asociaciones, entidades, y en general a la sociedad de que lo que tenemos es para quedarse, y cada vez más. Todo nos va llevando a estar solos.

6. — Importante tener cubiertos los cuidados necesarios básicos y fundamentales del día a día (alimentación, aseo, evitar situaciones de riesgo, apoyo movilizaciones, apoyo al cuidador, etc.) para poder ampliar a otros cuidados más sociales y de relación.

7. — Se valora importante potenciar la formación de aquellas personas que están cerca del usuario y puedan colaborar en sus cuidados.

RECOMENDACIONES

1. — Medidas preventivas a nivel global:

- Estrategias nacionales que trasladen acciones en cascada hacia las CC AA y los ayuntamientos.
- Análisis en profundidad de la situación y previsiones futuras: demografía, fluctuaciones, datos de viviendas y sus características: ascensor, barreras, hogares unipersonales, edad de sus moradores, etc. (Ebrópolis realiza estos estudios por barrios. Serían datos muy útiles si se orientan específicamente a este problema).
- Teniendo en cuenta en este análisis que la cultura de la que partimos, lo que vivimos y esperamos de los otros, también van a marcar la percepción individual de la soledad sentida. (es muy distinto cómo se veían esta circunstancia hace unos 50 años a cómo las podemos ver en la actualidad. Las distintas generaciones perciben la misma situación de forma diferente).
- Visión de la vejez desde lo positivo, empoderando y valorizando la misma. Traslado hacia la ciudadanía el valor y respeto que merece. Haciendo uso de su sabiduría vivida.
- Elaboración de protocolos con acciones comunitarias que creen red y posibiliten el sentimiento de barrio y más contactos y cercanía.
- Información sobre este problema, sus factores preventivos y motivación hacia la preparación individual. Informar sobre las consecuencias negativas en la salud que tiene la soledad. Prepararnos para ello asumiendo

progresivamente las limitaciones. Planificar nuestro futuro en función de la responsabilidad que cada uno tenemos. También desde el punto de vista familiar, grupal e institucional.

- La cultura, lo que vivimos y esperamos de los otros también tiene mucha importancia en la percepción de la soledad El cambio generacional.

2. — Medidas preventivas a nivel local: son medidas que han resultado muy útiles:

- Instauración generalizada para personas solas y con determinada edad del servicio de Teleasistencia
- Servicios de apoyo en domicilio
- Servicios de apoyo en los cuidados y hacia los cuidadores (programas de «respiro»)
- Comedores sociales en los clubs de convivencia
- Las redes sociales, sobre todo WhatsApp, son aliadas importantes para evitar el problema
- Programas para la eliminación de la brecha digital en las personas mayores
- Ejerciendo una jubilación activa. Aprovechando el tiempo útil del mayor
- Teléfonos o centros de escucha: Tfno. Público de próxima instauración, tfno. de la Esperanza,
- Animales de compañía que en su momento puedan llevar consigo a centros residenciales
- Que cada entidad pueda estar pendiente de los suyos y apoyar en contacto, escucha, compañía, información...

3. — Intervenciones a realizar ante el conocimiento de una persona en soledad no deseada:

Consideramos prioritario que las acciones voluntarias, altruistas y de buena fe individuales y/o de cada institución que vela, se preocupa y apoya al del al lado, al vecino, a los suyos, en definitiva, deben de tener un marco global común y un apoyo institucional que coordine las acciones y pueda asumir las situaciones en las que se debe de trabajar individualmente de forma profesional.

Así es necesario que la ciudadanía sepa de forma clara qué hacer ante el conocimiento de una situación que pueda estar en soledad no deseada.

Por ello entendemos que los servicios sociales públicos, en coordinación con otros servicios públicos (salud) y otras entidades del entorno, deben de asumir y coordinar estas situaciones.

Consideramos que al igual que existen teléfonos y protocolos en intervención conocidos sobre el maltrato a infancia y a mujer, el tema de soledad no deseada que nos ocupa, por su implicación en salud y en años de vida en calidad perdidos, debe de tener protocolos claros de intervención con medidas a desarrollar en el entorno próximo, en los barrios, y con dotación presupuestaria adecuada.

Pensamos que al igual que existen mesas de violencia y de infancia a nivel local, también el problema de personas en soledad no deseada debería de afrontarse desde proyectos a realizar en lo local, sobre la base de un marco común global.

Consideramos necesario la visión y acción específica de situaciones concretas como son los malos tratos hacia los mayores, el abandono familiar, la dificultad impuesta desde las instituciones y el aislamiento que provoca (la tecnificación cada vez más insistente y casi obligatoria en detrimento de la atención personal), los procesos interfases hasta la incapacidad de la persona en soledad y las situaciones de no aceptación de ayuda pese al riesgo y dificultades que comporta para sí mismo o para otros, la clarificación de la responsabilidad de las partes implicadas ... Todos ellos requieren unos tiempos y acciones que deberían estar marcados y protocolizados en beneficio de la persona en soledad.

GRUPO 4: AVANZAR EL USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN (TIC)

«La informática ya no se ocupa de los ordenadores sino de la vida misma».— Nicholas Negroponte

INTRODUCCIÓN

El uso de dispositivos móviles alcanza por igual a todos los tramos de edad y la atracción por estos dispositivos es igual para alguien mayor de 65 años que para una persona más joven. De hecho, según el informe anual de La Sociedad de la Información en España, publicado por la Fundación Telefónica, los internautas mayores de 65 han aumentado considerablemente el uso de Internet: el 14,3% utiliza la mensajería instantánea semanalmente, un 52,5% de los ellos compra por Internet y un 27,2% ve o escucha contenido multimedia a través del móvil.

Hay teléfonos móviles con teclados grandes, sonido más alto y botones configurados para avisar a los servicios de emergencia, pero hacen poco más y ser mayor no significa que se deba renunciar a los adelantos de esta época transformadora, como las videollamadas, los casual games, las redes sociales o la mensajería instantánea, entre otras muchas ventajas del ecosistema digital.

Por otra parte, hay una serie de aplicaciones que pueden ayudarles en su día a día, haciéndoles más independientes, permitiéndoles controlar ellos mismos sus citas médicas, sus gestiones, a orientándose por sí mismos gracias a aplicaciones con GPS, y sin que tengan que depender de que alguien les acompañe. Por otra parte, muchas de estas aplicaciones pueden ayudarles a mantener la mente activa con juegos, contenidos audiovisuales o lecturas a través del móvil.

También existen dispositivos de uso sencillo que además de proteger y ayudar a las personas mayores que viven solas, les hace sentir más acompañados/as.

Resumen de datos de personas por comunidades y ciudades autónomas, sexo, características demográficas y tipo de uso de TIC

	Total Personas	Personas que han utilizado Internet en los últimos 3 meses	Personas que han utilizado Internet al menos una vez por semana en los últimos 3 meses	Personas que han comprado a través de Internet en los últimos 3 meses
Total nacional				
Edad: De 65 a 74 años				
Ambos sexos	4.508.211	49,1	42,5	12,0
Hombres	2.118.927	51,2	45,3	13,8
Mujeres	2.389.284	47,1	40,0	10,5
Aragón				
Edad: De 65 a 74 años				
Ambos sexos	132.668	61,1	46,0	17,6
Hombres	63.016	75,0	59,3	24,4
Mujeres	69.652	48,5	33,9	11,4

¿QUÉ VENTAJAS APORTAN LAS TIC A LAS PERSONAS MAYORES?

Si hablamos en términos generales, las mismas que pueden facilitar a cualquier usuario/a, aunque si nos centramos en sus características más específicas, los diferentes estudios destacan:

- Integración generacional con el resto de usuarios/as que ya acceden de forma habitual a Internet.
- Integración afectiva tanto con sus familiares como con otros usuarios con los que pueden compartir canales de comunicación.
- Mejora de la calidad de vida a través del uso de aplicaciones gratuitas para mayores.
- Mejora en su capacidad de información.
- Comodidad en el acceso a todo tipo de contenidos que, como te hemos indicado, les integran social y familiarmente.
- Búsqueda de amigos y familiares con los que mantener o retomar un contacto diario.
- Acceso de forma cómoda a servicios de la Administración sin necesidad de tener que desplazarse o realizar esperas.
- Crecimiento de las habilidades cognitivas y acceso a nuevas habilidades que refuerzan su grado de autoestima.
- Generación de nuevas relaciones sociales con asociaciones o personas con las que comparten grupo de edad.
- Control y seguimiento de su estado de salud gracias al uso y generalización de APP gratuitas para mayores.
- Aumento de su independencia y autonomía personal.
- Como hemos indicado, el móvil se ha convertido en la principal vía de entrada de nuestros mayores en el terreno de las nuevas tecnologías. Para ellos y para sus familiares es importante estar conectados y acceder a las ventajas y utilidades que ofrecen las App. Veamos alguna de estas aplicaciones para mayores y personas con alguna limitación en su autonomía.

HERRAMIENTAS DIGITALES QUE FACILITAN LA VIDA

Existen Apps sencillas y preinstaladas en los móviles que pueden servir de ayuda, como usar la cámara a modo de lupa.

En cuanto a la accesibilidad del teléfono, podemos contar con aplicaciones que agrandan los iconos y el tamaño de las letras para facilitar el uso del teléfono a los más mayores. Algunas de ellas son:

– **Wiser**, un lanzador de aplicaciones que transforma los iconos, letras y botones en objetos de mayor tamaño, y por lo tanto, más sencillos de identificar y usar.

– **Help Launcher**, que permite a las personas mayores con visión reducida poder identificar los objetos de la pantalla del móvil.

– **Big Launcher**, sería otra de estas Apps que ayudan a la motricidad de los mayores, ayudándoles a no fallar a la hora de clicar en una u otra aplicación.

Los esquemas de color de alto contraste, la marcación directa, las notificaciones a toda pantalla y con diferentes tamaños de letra, que ofrecen estas aplicaciones, permiten usar el teléfono sin necesidad de gafas haciéndolas 100% accesibles.

Relacionado con el problema de la motricidad está también el poder escribir adecuadamente en un teclado tipo qwerty, para ello **Swiftkey**, de Microsoft, ha desarrollado un teclado lo suficientemente grande como para que una persona mayor pueda escribir sin ningún miedo a escribir palabras equivocadas y sin sentido. Aporta para ello predicción de la siguiente palabra y autocorrección inteligente.

Como una vuelta de rosca más tendríamos aplicaciones tipo **Ultimate Volume Booster**, un desarrollo que nos deja superar el nivel de sonido que establece el fabricante del móvil, para que las personas con problemas auditivos puedan escuchar perfectamente las llamadas o notificaciones. Aunque también habría que recordar que la vibración del móvil puede ser también una buena forma de avisar a las personas con problemas de oído sin molestar a los demás con tonos de volumen desorbitado.

Cabe destacar también la app **Simple Senior Phone**, una aplicación que funciona como los lanzadores o interfaces antes mencionados, pero que incluye una buena selección de accesos básicos para gente mayor, como llamadas, mensajes, calculadora, cámara e incluye botones tan útiles como «SOS» y «LOCATE», que envían la ubicación del dispositivo y petición de ayuda a los contactos que se hayan establecido como prioritarios en caso de emergencia.

Si lo que da miedo es que uno de nuestros mayores no sepa manejar determinados programas o funciones de su smartphone podemos optar por aplicaciones como **Oscar Senior**, que conecta a estas personas mayores con sus familiares. En esta aplicación se integran redes sociales, mensajería instantánea y videollamadas, pero además se puede configurar de manera remota, lo que permite a otros miembros de la familia ayudar a resolver problemas puntuales de administración del dispositivo, añadir contactos o instalar aplicaciones desde cualquier parte.

Por último, una app solo para iOS diseñada expresamente para mayores, **Silver Surf**, un navegador móvil pensado específicamente para mayores de 50 con botones de navegación grandes, zoom de texto dinámico y visualización de alto contraste, entre otras características.

«Apps» para el cuidado personal y la salud

Gestionar toda la cantidad de pastillas y medicamentos que debe tomar una persona mayor no es tarea fácil, sobre todo si no se quieren confundir las tomas o repetir equivocadamente una dosis. Aplicaciones como

Medisafe o **Alarma de medicación** o **MyTherapy** (en su versión anglosajona) evitan olvidarse de las pastillas con alarmas que llevan a rajatabla cualquier tratamiento por muy complejo que sea. E incluso disponen de la opción para avisar a familiares en caso una toma específica no hay sido registrada. Por otra parte, permiten configurar un registro de síntomas y hasta informes de salud que se pueden imprimir o enviar.

Los episodios de desorientación también son muy comunes a ciertas edades, sobre todo en casos de demencia senil o Alzheimer. Para paliarlo podemos contar con la geolocalización por GPS de los móviles. Aplicaciones como **Life 360** o **bSafe** permiten que la persona que se ha perdido active una alarma para enviar su ubicación, además de audio y vídeo en tiempo real, a los miembros de la familia. Incorpora además temporizadores configurados previamente que envían un mensaje de emergencia en caso de que el usuario no haya confirmado que está bien en un periodo de tiempo establecido.

Red Panic Button, por su parte, es una aplicación muy sencilla de usar, ya que la integra un simple botón que en una situación de emergencia nos pone en contacto directo con la persona que se haya configurado. La aplicación envía un mensaje que contiene la información de ubicación a través del GPS.

Hacer ejercicio es bueno a cualquier edad, pero en la madurez es más que conveniente moverse, ser dinámico o al menos caminar. Pensando en ello podemos instalar en el móvil el clásico podómetro convertido en aplicación. Algo que también está presente en las pulseras de ejercicio o relojes inteligentes. **Contador de pasos** o **Podómetro y entrenador de peso** son dos aplicaciones cuyo fin es motivar animando al usuario a hacer ejercicio y compartir sus progresos.

Berevent es una aplicación para mayores que impulsa su autonomía e independencia y aporta tranquilidad a sus familiares y cuidadores. Esta iniciativa de emprendedores andaluces e impulsada desde la iniciativa Programa Minerva de la Consejería de Empleo, Empresa y Comercio y Vodafone, es de descarga gratuita en todos los dispositivos móviles, aunque el producto y el servicio es de pago. Su funcionamiento es sencillo: se etiquetan objetos de uso habitual para que estos reporten datos de forma periódica a los familiares y cuidadores. <https://youtu.be/ZyXAelstdtM>

Safe365 es una de las aplicaciones para mayores que apuesta por la tranquilidad de sus familiares. Safe365 es gratuita y permite geolocalizar a una persona (previo consentimiento) para saber si se encuentra bien. Dispone de servicios muy útiles como el botón para ponerse en contacto con los servicios médicos, en caso de detectarse alguna incidencia, o la opción de informarnos de que el dispositivo móvil de la persona que la usa se está quedando sin batería y, de esta manera, poder avisarle.

Aplicaciones para personas en situación de discapacidad

– Discapacidad visual

Esta selección incluye aplicaciones para personas con discapacidad visual que hacen de lectores de pantalla o que permiten controlar el teléfono por voz, entre otras opciones. Estas aplicaciones facilitarán el uso del smartphone a aquellas personas con deficiencia visual o ceguera.

GOOGLE TALKBACK

Google TalkBack está diseñada para dispositivos Android y facilita el acceso y consulta del teléfono móvil a personas con discapacidad visual. Mediante respuestas de voz y vibración el usuario podrá hacer uso de su teléfono, permitiendo así usar sus aplicaciones y herramientas. Permite configurar la aplicación creando vibraciones, haciendo uso de las señales de voz y eligiendo el idioma del audio.

Esta aplicación para personas con discapacidad visual viene instalada por defecto en los últimos modelos de móviles con sistema operativo Android. Para activar este servicio acceda a Ajustes > Accesibilidad > TalkBack.

SIRI: El sistema de reconocimiento de voz de Apple se llama Siri y funciona con el sistema operativo iOS, presente en los modelos de iPhone y también para iPad.

No requiere instalación. Para activar este servicio acceda al menú de su iPhone o iPad > Ajustes > Siri.

Voice Over: Describe mediante voz todo lo que se muestra en la pantalla (como el nivel de batería, la hora, quien le llama), desplazarte por ella, saber dónde estás situado en cada momento, etc. En definitiva, controlar tu smartphone con sencillos gestos en la pantalla.

Este servicio está integrado en los dispositivos móviles iOS. Para activarlo acceda a Ajustes > General > Accesibilidad > Voice Over.

Tap Tap Sip: Esta aplicación para personas con discapacidad visual permite identificar objetos a partir de una foto. Al dar dos toques en la pantalla tomará una imagen del objeto y la aplicación, mediante un mensaje de voz, le dirá de qué objeto se trata.

La aplicación está disponible tanto para Android como para iOS.

– Discapacidad auditiva

Esta selección incluye aplicaciones para personas con discapacidad auditiva. Aportan una ayuda para usar el teléfono mediante el uso de la transformación del audio en texto, videollamadas...

Son útiles para:

Personas con sordera (con pérdida auditiva total)

Personas afectadas por hipoacusia (pérdida auditiva parcial).

Bucle Magnético: El sistema de bucle magnético está formado por un micrófono (por donde habla la persona), un amplificador (para procesar el audio) y un cable alrededor del perímetro del área donde queremos permitir este servicio y que actúa como una antena que emite la señal para el audífono. Como resultado se obtiene un audio limpio, nítido, entendible y con un volumen adecuado.

Podemos disponer de uno de ellos en mostradores de atención al público (cine, teatros...), transporte (trenes, tranvías...), sanidad (sala de espera de urgencias, consultas...) y en tiendas especializadas.

La imagen que se muestra a continuación le permitirá conocer en qué lugares está disponible esta función.



¿Cómo se usa? Cuando el usuario selecciona la posición «T» en su audífono, se comienza a recoger el sonido que se está emitiendo por el micrófono, recibiendo un sonido limpio de ruido.

Sinoguía: Su función consiste en dar una información detallada sobre la obra, objeto o emplazamiento que se está viendo. Suelen estar disponibles en varios idiomas.

Se Puede adquirir a la entrada de los establecimientos que tengan disponible este sistema. Además, existen algunos sitios web donde ofrecen audioguías para descargar de algunos lugares específicos:

– Audio Guías Online

Audio Viator.

Play and Tour: El recinto que ofrece esta función está señalizado con placas numeradas, siguiendo un orden lógico, que muestran qué partes de la visita tienen su explicación en audio. Por medio de la audioguía el visitante indica el número de la placa y se le presentará la información en formato audio.

Diccionario de Lengua de Signos ESP: Esta aplicación disponible para Android, permite conocer y aprender el lenguaje de signos mediante un extenso diccionario de palabras que interpretará un experto.

La aplicación dispone de un diccionario de palabras. Al pulsar sobre cualquiera de ellas se abrirá una ventana que permite reproducir el vídeo (en el que se indica cómo interpretar dicha palabra en el lenguaje de signos), pausar el vídeo, ponerlo en pantalla completa, guardarlo como favoritos y escuchar o leer su definición. Además, permite ver las palabras guardadas como favorito o realizar búsquedas de palabras.

Una alternativa para dispositivos iOS es Spread Signs, que se define como el diccionario de lengua de signos más grande del mundo.

SVisual: Permite a una persona sorda contactar telefónicamente en tiempo real con personas oyentes a través de la figura de un videointérprete. Tan sólo es necesario crear una cuenta.

La página oficial ofrece manuales muy completos que detallan cómo usar la aplicación según su dispositivo.

Sordo Ayuda: Esta aplicación reconoce la voz y la traduce en texto para que las personas con discapacidad auditiva puedan leer lo que la otra persona está hablando. Por otro lado, también permite traducir de texto a voz.

Su uso es sencillo, si pulsa sobre el botón escuchar realiza el reconocimiento de voz y lo convierte en texto. De la misma manera, si pulsa sobre el botón hablar hace el efecto contrario, pasa de texto a voz. Si escribe un texto y pulsa sobre el botón «Presiona para hablar», el teléfono emitirá el texto en voz.

– Aplicaciones para personas en situación de discapacidad intelectual

Estas aplicaciones para personas con discapacidad intelectual están dirigidas a personas con cualquier tipo de limitación a la hora de aprender funciones de su vida cotidiana.

Hermes Mobile: Esta aplicación de la Fundación Vodafone dispone de una serie de mensajes grabados y escritos, organizados por categorías con contextos comunicativos de uso habitual. Se pueden ver los mensajes acompañados de una imagen. Además, permite añadir mensajes propios, imágenes, audio, etc.

Esta aplicación está disponible para dispositivos Android.

Al entrar en la aplicación se abrirá una lista de categorías en la que se agrupan los mensajes. Si pulsa sobre uno de ellos se escuchará un audio leyendo el mensaje seleccionado.

La aplicación dispone, en todo momento, de un área de escritura libre que permite escribir un texto y reproducirlo por audio.

La aplicación también permite adaptar los mensajes y categorías a nuestras necesidades.

In-TIC móvil: La versión de este servicio para móvil (también está disponible para PC) de la Fundación Orange permite adaptar y simplificar las principales funciones del dispositivo según la necesidad de cada persona, además, también incluye un comunicador dinámico para aquellas personas con dificultades de comunicación.

La [web oficial](#) de la aplicación dispone de manuales muy completos para su uso.

Día a Día: Esta aplicación es un diario visual en el que se registran las tareas que se tienen que realizar. Permite trabajar de forma fácil e intuitiva, dándole una mayor importancia a los elementos visuales y ofreciendo distintas opciones de personalización.

La aplicación está disponible tanto para iOS como para Android.

– Aplicaciones para personas en situación de discapacidad motora

Gracias a estas aplicaciones para personas con discapacidad motora se evita el acceso lento y difícil, o en algunos casos hasta imposibles, en los desplazamientos de estas personas con movilidad reducida, ya que mediante posicionamiento se localizan lugares accesibles, aparcamientos disponibles, rutas accesibles...

Accessibility: Esta APP está dotada de un sistema de geolocalización que permite al usuario visualizar los puntos de interés accesibles cercanos a su posición.

Permite añadir nuevos puntos que serán revisados por FAMMA (Federación de Asociaciones de personas con discapacidad física) para posteriormente ser incorporados a la aplicación.

La APP está disponible tanto para sistema operativo iOS como para Android.

Disabled park: Esta aplicación para personas con discapacidad motora permite localizar aparcamientos reservados, localizarte en el mapa, añadir plazas de aparcamientos y denunciar coches mal aparcados.

La aplicación está disponible tanto para iOS como para Android.

Aplicaciones de entretenimiento

El entrenamiento de la mente para mantenerla despejada y activa es otra de las funcionalidades que puede proporcionar el móvil a la gente mayor. Juegos de memoria, **Neuronation** o **Peak-Brain Games** son aplicaciones que proponen retos sencillos, pero también complicados, para estimular el cerebro. También juegos tipo «casual games» de rapidez mental, como el famoso **Candy Crush**, o de habilidad, como el mítico **Angry Birds** y similares, pueden ayudar a mantener la mente despejada. Por supuesto los juegos tipo «**Room Escape**», como **Spotlight: Room Escape** o **Room Escape Game-EXITS**, o puzzles, como **Brain It On!-Physics Puzzles**, son también muy útiles para este fin.

Escuchar la radio es una de las aficiones de mucha gente mayor y cualquier smartphone permite escuchar varias emisoras tanto en directo como en diferido, tipo podcast. **Simple Radio**, **MyTuner**, **iVoox** o **Podium Podcast**, son ejemplos de aplicaciones para escuchar radio en directo o bajo demanda, en el caso de las dos últimas, nos proponen programas y series en audio, como los clásicos seriales, que son una buena alternativa para sentarse en un parque a escucharlos.

Ya que la vista se cansa mucho a partir de determinadas edades es mejor que lean por nosotros. Afortunadamente el mercado de audiolibros está en pleno crecimiento y podemos contar con una biblioteca bastante extensa en plataformas digitales como Audible o Storytel, que se convierten en la fuente perfecta de literatura para cualquier persona de la tercera edad con problemas de visión.

Aplicaciones de seguridad

Alertcops: es un servicio de alertas de seguridad ciudadanas que permite comunicarse de manera rápida, gratuita y precisa con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Cualquier ciudadano que esté en posesión de un smartphone con conexión a Internet puede utilizar la app para:

- Notificar un acto delictivo.
- Avisar de una alerta de seguridad a las fuerzas policiales.
- Recibir avisos y alertas de interés en el ámbito de la seguridad ciudadana.
- Utilizar la función guardián. Siempre que quiera podrá compartir su posición con los suyos o con los servicios de rescate. En caso de emergencia, su localización será más rápida y precisa

Además, la aplicación también ha sido diseñada para poder ser utilizada por personas con dificultades auditivas o de comunicación oral. En definitiva, se trata de una app preparada para atender emergencias o conflictos con el potencial de salvar vidas a través del smartphone.

Tal y como puede verse en la pantalla principal de la aplicación, AlertCops permite al usuario notificar una serie de tipos delictivos, agrupados en distintas categorías generales.

<https://alertcops.ses.mir.es/mialertcops/>

<https://youtu.be/XUHyD-haO9c>

La domótica en el cuidado de las personas mayores

El envejecimiento de la población en España es una realidad. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), a día 1 de enero de 2015, había 8,5 millones de personas mayores de 65 años en España, lo que supone un 18,4% de los casi 47 millones de personas que residen en nuestro país.

Y el porcentaje va aumentando. Se estima que, en 2061, el número de mayores de 65 años alcance la cifra de los 16 millones (un 38,7% del total de la población).

Se trata de un colectivo cada vez mayor que demanda una serie de servicios específicos, entre los que podemos destacar los destinados a los cuidados de mayores.

Muchas personas mayores optan por trasladarse a una residencia a vivir y que les puedan cuidar, pero cada vez son más las personas mayores que recurren a otras alternativas, innovadoras y eficaces, que les ayudan a seguir disfrutando de su hogar con más comodidades y seguridad. Es el caso de los que optan por instalar un sistema domótico en su hogar para el cuidado de ancianos.

La domótica es, cada vez más, un recurso más asequible, sencillo de manejar y con mayores avances. Mediante la automatización de la vivienda, se proporcionan servicios de gestión de energía, seguridad, confort y comunicación que permiten, a los ancianos vivir de forma autónoma sin necesidad de cuidadores de mayores y a sus familiares, controlar todos los espacios de la casa, en todo momento y desde cualquier lugar.

Esto puede permitir a las personas mayores vivir de forma independiente, en sus propios hogares, pero con la supervisión y la atención que necesitan.

Las viviendas con sistemas domóticos son hogares inteligentes que permiten realizar tareas de confort y ahorro de energía, como apagar y encender luces según la hora y la presencia de personas, a través de sensores de movimiento que detectan cuándo hay presencia y se encienden y apagan automáticamente; mantener climatizada las viviendas según las preferencias de sus ocupantes y de las condiciones climáticas, a través de un sistema de termostatos inteligentes y domotizados que mantienen la temperatura óptima de la casa sin necesidad de derrochar energía; así como subir y bajar automáticamente persianas según condiciones climáticas y de luz.

También y muy importante, las viviendas con sistemas domóticos realizan tareas de seguridad como enviar avisos si se detecta alguna irregularidad técnica como fugas de gas, detección de humos o filtraciones de agua o de seguridad, mediante sensores de movimiento, cámaras de video vigilancia, sensores de apertura, sensores de rotura de vidrio, etc.

A través de las cámaras de video vigilancia se puede ver todo lo que sucede tanto fuera como dentro de la vivienda y se puede comunicar, al instante, con la persona mayor o con los servicios de emergencia en caso de ser necesario.

Cada incidencia que se produce en la casa, puede ser notificada al momento por correo electrónico, mensaje o llamada, tanto a la persona mayor que ocupa la vivienda como a sus familiares, de forma que se puede actuar inmediatamente ante una urgencia.

Estas tareas, que pueden realizar las viviendas con sistemas domóticos, además de aportar mayor seguridad, ahorran tiempo y dinero, a la vez que contribuyen a preservar el medio ambiente, ya que se realiza un menor consumo de energía.

Los sistemas domóticos actuales además se caracterizan por su sencillez de manejo, una característica esencial para que los mayores puedan usarlo sin problemas. Desde el smartphone y a través de una aplicación móvil, la persona mayor puede controlar su hogar con tan solo apretar un botón, así como comunicarse con otros familiares y estar en contacto permanente a través de las cámaras de seguridad.

Existen varias empresas que se encargan de acondicionar la casa instalando sistemas domóticos adaptados a cada hogar y necesidad.

La Teleasistencia domiciliaria

Es un servicio de asistencia 24 horas que permite a las personas estar permanentemente conectadas con un equipo de profesionales sociosanitarios y recibir, con sólo pulsar un botón, ayuda inmediata en situaciones de emergencia o inseguridad, y atención continua para su día a día.

Se trata del principal recurso disponible para atender la problemática de las personas mayores que viven solas (voluntaria o involuntariamente) y son diversas las empresas y entidades que ofrecen este servicio (Fundación DFA, Cruz Roja...) cada una con sus particularidades, si bien coinciden en lo básico. No obstante, para la descripción que sigue, nosotros nos hemos basado en el servicio prestado por ATENZIA, por ser una de las empresas concesionarias del servicio público y haber participado activamente en la elaboración de este documento.

Las características básicas son:

- Atención profesional inmediata.

- Servicio personalizado a cada usuario.
- Llamadas de seguimiento y compañía.
- Aviso a familiares.
- Actividades de ocio y talleres de prevención.
- Se puede completar el servicio con.
- Unidad Móvil.
- Para atender aquellas situaciones que requieran de ayuda o intervención en el domicilio del usuario.
- Custodia de Llaves.
- Para facilitar un acceso inmediato al domicilio sin necesidad de esperar a bomberos o cerrajeros y sin causar daños.
- Orientación Médica.
- Un equipo médico disponible 24 horas para apoyo y orientación telefónica en temas genéricos.
- Servicios incluidos:
- Atención inmediata 24 horas/365 días.
- Conexión permanente.
- Gestión de emergencias con recursos públicos y/o privados.
- Intervención multidisciplinar.
- Llamadas de seguimiento.
- Unidad móvil.
- Custodia de llaves.
- Aviso a familiares.
- Recordatorio medicación, citas médicas...
- Orientación médica telefónica.
- Pulsera resistente al agua (baño/ducha).
- Manos libres.
- Amplio alcance (50m. aprox).
- Beneficios de la teleasistencia.
- Proporciona seguridad y tranquilidad al usuario y a sus familiares.
- Fomenta la autonomía e independencia de las personas.
- Actúa de forma preventiva e interviene en situaciones de emergencia.

En el siguiente enlace nos explica el procedimiento de alta del Servicio a través del Ayuntamiento de Zaragoza.

<https://www.zaragoza.es/sede/servicio/tramite/180>

Este enlace nos explica el procedimiento de alta del Servicio a través de la Diputación Provincial de Zaragoza

<http://old.dpz.es/diputacion/areas/bienestarsocial/teleasistencia.asp>

Teleasistencia móvil

Es un servicio de asistencia 24 horas que permite a las personas estar permanentemente conectadas, dentro y fuera de casa, con un equipo de profesionales sociosanitarios y recibir ayuda inmediata en situaciones de emergencia o inseguridad, y atención continua para su día a día.

Características del servicio:

- Geolocalización y Atención Inmediata 24horas.
- Con sólo pulsar un botón, ayuda inmediata en situaciones de emergencia o inseguridad y atención continua para su día a día.
- Atención profesional inmediata
- Servicio personalizado a cada usuario
- Llamadas de seguimiento y compañía
- Aviso a familiares
- Actividades de ocio y talleres de prevención
- Este servicio puede prestarse tanto a través de un teléfono específico de uso sencillo cuanto a través del teléfono del usuario descargando la app correspondiente (tanto para Android como para iOS)

Se Puede completar el servicio con:

- Unidad Móvil
- Para atender aquellas situaciones que requieran de ayuda o intervención en el domicilio del usuario.
- Custodia de Llaves para facilitar un acceso inmediato al domicilio sin necesidad de esperar a bomberos o cerrajeros y sin causar daños.
- Orientación Médica. Un equipo médico disponible 24 horas para apoyo y orientación telefónica en temas genéricos.

Teleasistencia avanzada

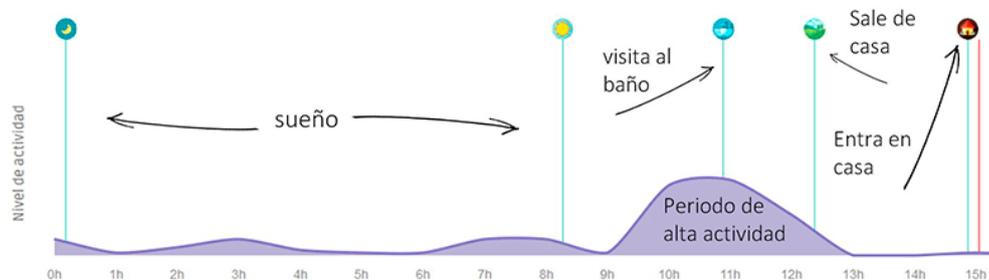
Se trata de un servicio de asistencia 24 horas que permite a los familiares consultar en cualquier momento la actividad y ubicación de su familiar, y que este, a su vez, este en contacto con un equipo de profesionales sociosanitarios para recibir ayuda inmediata en situaciones de emergencia o inseguridad, y atención continua para su día a día.

Características del servicio:

Atención inmediata 24horas con patrón de vida. Con sólo pulsar un botón, ayuda inmediata en situaciones de emergencia o inseguridad y atención continua para su día a día.

- Atención profesional inmediata
- Servicio personalizado a cada usuario
- Llamadas de seguimiento y compañía
- Aviso a familiares
- Actividades de ocio y talleres de prevención
- Un sistema proactivo de atención, intervención y seguimiento que analiza y aprende de las pautas de comportamiento del usuario, detectando y avisando al Centro de Atención en caso de situaciones de emergencia o fuera de lo habitual e informando a los familiares.
- Monitoriza e Informa del día a día del usuario en tiempo real.
- Crea y Analiza el patrón de vida del usuario
- Detecta e Interviene en situaciones de riesgo o fuera de lo habitual
- Geolocalización exterior y ubicación por habitación en el domicilio
- Información del usuario en tiempo real
- Los familiares autorizados pueden consultar en cualquier momento la ubicación y la actividad de su familiar. Desde cualquier lugar vía app o web.

Dentro de casa, comprueba que todo va bien de un vistazo. Un radar nos permite conocer en todo momento la localización, basada en la distancia a los sensores colocados en las distintas habitaciones, una Línea de tiempo nos ofrece información de la marcha del día en curso.



Fuera de casa, aporta seguridad a la hora de salir de casa, ya que en cualquier momento y ante cualquier incidente, pulsando el botón de la pulsera que el usuario llevará siempre consigo, contactar con el Centro de Asistencia de manera inmediata. Asistencia inmediata si el usuario pulsa el botón de emergencia de su pulsera, incluyendo la localización GPS y aviso a nuestro Centro de Atención atendido por profesionales de manera inmediata, por lo que se tiene autonomía y confianza para salir de casa, con la tranquilidad de contar con acompañamiento continuo ante cualquier situación de inseguridad o riesgo.

Programas de Monitorización

Son programas de apoyo integral y personalizado para pacientes crónicos con insuficiencia cardiaca, EPOC o diabetes que promueven la adquisición por parte del paciente de los conocimientos y competencias necesarios para mejorar su estado de salud.

Por medio de estos programas las aseguradoras médicas y hospitales pueden prestar un servicio avanzado de atención y seguimiento a pacientes y optimizar la gestión de los recursos sanitarios y sociales.

El modelo facilita la continuidad asistencial para la gestión y control de la enfermedad por parte del paciente.

Es una solución integral en remoto.

Monitorización en remoto. Permite realizar un seguimiento continuado del paciente, registrar sus constantes bio-médicas y crear un sistema de alertas personalizadas para detectar con antelación posibles descompensaciones.

La implementación del programa se suele realizar en tres fases que facilitan el conocimiento de la situación personal del paciente, el establecimiento conjunto de objetivos alcanzables y la motivación a lo largo de todo el proceso.

Valoración y Diagnóstico. Valoración integral y diagnóstico de situación.

Plan de intervención. Selección de profesionales, las áreas, prioridades y objetivos de la intervención.

Intervención Adquisición de los conocimientos y habilidades para gestionar la enfermedad. La intervención es realizada por un equipo multidisciplinar de profesionales, con el objetivo de prestar una atención personalizada y adaptada a las necesidades cambiantes del paciente.

Programas de Salud en remoto

Se trata de conectar a los pacientes con los profesionales sanitarios y su entorno familiar

Los programas de salud a través de la plataforma tecnológica permiten ser un medio para conectar al paciente con lo que necesite en todo momento facilitando tanto la intervención sanitaria como la psicosocial.

El centro de atención permanente atiende las necesidades del paciente y moviliza activos en caso de emergencia; y la posibilidad de coordinarlo todo con la entidad contratante, los recursos sanitarios que se precisen o el entorno familiar, aporta al paciente seguridad, tranquilidad, compañía y ayuda.

Herramientas de ayuda a la gestión y la intervención sociosanitaria

Los servicios de atención sociosanitaria también están beneficiándose de las nuevas tecnologías y éstas han supuesto un gran avance para facilitar no solo la gestión si no la producción de teoría, la comunicación y la divulgación científica.

En el siguiente cuadro constan algunas de ellas:

Iniciativas y herramientas de gestión para profesionales del ámbito social o entidades de ayuda

*Todos aquellos Programas de gestión administrativa (GESTIÓN INTEGRAL DE SE CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES, SIUSS, APSS, OTROS SISTEMAS DE INFORMACIÓN)
ORIENTATECH (TECSOS)
BASES DE DATOS TÉCNICAS (DIALNET, DOCUMED, INTELHEALTH, MEDLINEPLUS, HEALTHFINDER)*

TIC y proyectos relacionados con las personas mayores y la soledad por Comunidades Autónomas

A continuación, vamos a citar algunos de los principales programas y servicios más interesantes que se han puesto en marcha en las diferentes Comunidades Autónomas

Aragón:

– Iniciativas del Ayuntamiento de Zaragoza

• Proyecto Mobile Age

El Proyecto Mobile Age asegura la inclusión de las personas mayores en el uso de los servicios públicos digitales mediante el desarrollo de servicios accesibles a través de móviles basados en los datos abiertos de la Administración Pública. Por lo tanto, se fomenta su acceso a la participación ciudadana, el envejecimiento activo y su implicación en su comunidad.

Este proyecto también incrementará la transparencia y la confianza en la Administración Pública a través del intercambio y la reutilización de la información pública involucrando activamente a las personas mayores con el fin de entender los beneficios que les reportan los datos abiertos y las tecnologías móviles. Tales servicios móviles se probarán en los talleres de co-creación que se realizarán en cuatro ciudades piloto de Europa: Reino Unido, Alemania, España y Grecia.

<https://www.zaragoza.es/sede/portal/movil-edad/>

• Ruta Amigable

Es una ruta útil y frecuente: se trata de un recorrido habitual que las personas mayores utilizan en su vida cotidiana en el barrio. Se tomará como punto de referencia el Centro de Convivencia del distrito.

Puede recorrerse andando de manera segura y accesible. Ello implica que las personas mayores habrán estudiado previamente la existencia o no de una serie de necesidades importantes para este colectivo.

Está elaborada mediante la participación y consenso de un equipo de personas mayores.

Para llevar a cabo el diseño de una ruta y establecer las mejoras para cumplir con los requisitos que la definan como ruta amigable, se desarrollará un proceso basado en la participación y el acuerdo, mediante una metodología que impulsa la inteligencia colectiva a través del consenso intelectual de un grupo, buscando la suma de criterios a la hora de establecer las mejoras para poder definir las rutas amigables.

Desde el portal Móvil y edad muestran las tres rutas amigables.

Portal de la web municipal www.zaragoza.es/mayores

Un nuevo portal de la web municipal acerca las TIC a las personas mayores y las hace más accesibles

Trata de incorporar a las personas mayores a las nuevas tecnologías y además contribuir a reducir la brecha digital y ayudando a perder el miedo a las TIC y consultar el portal de mayores que tiene las recomendaciones de los propios mayores como el tamaño de las letras y el contenido.

Se accede por el portal del Ayuntamiento y están colgada las rutas amigables y la información que han pedido ellos como las actividades de los centros de convivencia y otras que no son propias del Ayuntamiento como el acceso directo a las citas médicas o los viajes del IMSERSO. También aparecen las preguntas más frecuentes para que se animen a utilizar las TIC porque es una forma muy sencilla para cualquier persona.

• Red Wifi municipal

El servicio consta de 462 puntos de conexión wifi repartidos por la ciudad te asegurarán una cobertura óptima.

Se trata de un nuevo servicio de Wifi urbano, enfocado a diferentes usos. Podrás conectarte en la calle, en los edificios públicos, en las plazas, en infinidad de sitios con un precio muy ajustado

El Ayuntamiento de Zaragoza ha adjudicado la explotación, gestión y mantenimiento de la red wifi municipal por cuatro años, prorrogables en periodos de un año hasta un máximo de tres, a la empresa Eurna Telecom.

– Proyectos de naturaleza privada:

• Proyecto CASA Continuidad Asistencial y Seguimiento Avanzado PSD

Es una Plataforma de Seguimiento Domiciliario llevada a cabo por el Hospital San Juan de Dios, Zaragoza

La plataforma CASA (Continuidad Asistencial y Soporte Avanzado) es un servicio reciente e innovador. Es un soporte informático, tipo call center, atendido por personal de enfermería y que permite hacer un seguimiento del paciente una vez que es dado de alta del hospital y enviado a su domicilio. A través de CASA se vigila al paciente para que no empeore o tenga que ser ingresado de nuevo.

http://tecnara.es/wp-content/uploads/2017/05/CASA_Arahealth_HSJD.pptx.pdf

• Asociación de Voluntarios y voluntarias de informática y ámbito social de centros de mayores de Aragón (AVIMAR)

Esta Asociación está integrada por personas mayores socias de los centros de Mayores y Hogares de la Comunidad Autónoma, dependientes del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS).

Como voluntarios/as deciden ampliar sus conocimientos para ponerlos al servicio de los demás usuarios/as de los Centros y Hogares de Mayores que lo necesiten.

El objetivo inicial de AVIMAR fue convertir las ciberaulas en un espacio vivo en el que tuviera cabida la formación, la comunicación, el intercambio de conocimientos y, como no, también el ocio.

A lo largo de los años la actividad de AVIMAR se amplió a otras actividades, no relacionadas con la informática, enmarcadas dentro del ámbito social.

Pretenden que los Centros de Mayores sean un punto de encuentro entre todas las personas de la comunidad y fomentar la capacidad de iniciativa y la creatividad.

Además, pretenden desarrollar actividades socioculturales en las que participan personas mayores, a través de la realización de cursos y reuniones encaminadas a mantener a las personas en su entorno social y organizar actividades que favorezcan la mejor integración en la vida social de la comunidad.

<http://www.pariver.com/pariver/admin/paginas/ver.php?pagina=siamyd>

• Proyecto MATUROLIFE

Con el objetivo de lograr nuevos materiales capaces de ofrecer tecnologías que sirvan para la asistencia dirigida a personas mayores, la Unión Europea está llevando a cabo el proyecto MATUROLIFE (acrónimo de Metallisation of Textiles to make Urban living for Older People more Independent Fashionable), que ha celebrado una reunión de seguimiento en el Instituto Tecnológico de Aragón-ITAINNOVA, adscrito al Departamento de Innovación, Investigación y Universidad del Gobierno de Aragón y uno de los socios de este proyecto.

Financiado por la Unión Europea en el marco del programa H2020, dentro del topic NMBP-05-2017 centrado en «Materiales avanzados y diseño innovador para mejorar la funcionalidad y la estética en bienes de consumo de alto valor añadido», el objetivo de MATUROLIFE es desarrollar nuevos materiales con conectividad electrónica capaces de ofrecer tecnologías que sirvan para la asistencia para personas mayores con un alto grado de diseño estético y funcionalidad.

Y para abordar este reto de materiales y diseño se llevarán a cabo 3 pilotos para probar esas tecnologías asistivas con personas mayores —sillón, zapato y ropa— que permitirán también obtener información del usuario que ayudará a dar soporte a la asistencia médica/sanitaria que requieran.

En este proyecto, que se inició el 1 de enero de 2018 y tendrá una duración de 3 años, participa un consorcio formado por 20 socios bajo la coordinación de la Universidad de Coventry. Forman parte del mismo, expertos en electroquímica, materiales y en procesos de fabricación electrónica, junto con diseñadores creativos y artísticos, cuyo objetivo es producir textiles y tejidos «inteligentes» que mejoren la tecnología de asistencia (AT) para las personas mayores.

El carácter multidisciplinario del desarrollo del producto garantizará la incorporación de los principios de diseño emocional y la adopción de un enfoque de co-creación. En este sentido, las personas mayores también influirán en el diseño de esta AT, asegurando que sea funcional, cumpla con sus necesidades y requisitos y sea estéticamente agradable y deseable.

Así, en este proyecto se adopta un enfoque alternativo para introducir la conectividad electrónica a los textiles y tejidos. Se desarrollarán, por ejemplo, conectores que se pueden colocar selectivamente sobre textiles y telas, lo que permite que los procesos posteriores de metalización cubran completamente las fibras de los textiles con cobre. El tacto y la caída del tejido se mantienen con muy poco aumento de peso, al mismo tiempo que el material todavía puede doblarse y retorcerse de la misma manera que un textil convencional.

En concreto, ITAINNOVA se encarga de la integración de los materiales generados en los pilotos, el aseguramiento de la funcionalidad y la seguridad de los pilotos y la creación de la plataforma de Big Data para obtener información de los mismos.

Y es que, tal y como asegura Sergio Mayo, ingeniero de ITAINNOVA, «hay una necesidad de incluir estas tecnologías en el día a día de las personas mayores, sin que esto suponga el uso de «aparatos extraños» o dispositivos claramente adicionales a los que usan en su vida diaria».

A juicio de este experto «en las tecnologías asistivas no están integradas los elementos de uso diario de los mayores. Por ejemplo, los típicos brazaletes o sensores de ropa específicos se ven claramente que son adecuados para su funcionalidad, pero que no es un elemento habitual en la cotidianidad del usuario. Se pretende que la ropa, zapatos, muebles (sofá) de uso diario, a los que vamos a aplicar esos materiales y esa tecnología fruto de este proyecto,

no se diferencien de los demás en cuanto a diseño, que sean igual de estéticamente apetecibles, además de incluir la sensoria para las tecnologías asistivas».

En la cita celebrada en Zaragoza, los más de 40 participantes en MATUROLIFE consensuaron y compartieron los avances hechos en las fases de co-creación de pilotos y de diseño de prototipos (mueble, calzado, ropa) y servicios asociados a los mismos. Una vez acordados los tipos de sensores que darán respuesta a esos servicios, el proyecto está trabajando en desarrollarlos en los nuevos materiales metalizados e integrarlos en los prototipos, para poder probar su viabilidad y capacidad de dar respuesta a las tecnologías asistivas diseñadas en el proyecto.

<http://maturolife.eu/index.php/presentacion-de-maturolife/>

• **Mayores Aaptivados**

Es una iniciativa financiada por la Fundación Vodafone e integrada dentro de la red de la Fundación Esplai, es una formación en la que se introduce a mayores de 55 años en los contenidos básicos del uso del móvil como guardar los contactos, hacer y enviar fotos, manejar la agenda y el envío de WhatsApp.

En una segunda parte de las sesiones se les enseña a descargar aplicaciones que resultan de especial utilidad para los mayores.

La formación se puede hacer on line o presencial a través de la Fundación Federico Ozanam y otras entidades similares.

<https://www.fundacionvodafone.es/mayores/que-hacemos>

• **Aulas itinerantes-Rutas Rurales y «abandonando la soledad»**

El Consejo Aragonés de la Tercera Edad está desarrollando dos proyectos en relación a las TICS: las AULAS ITINERANTES-RUTAS RURALES y «abandonando la soledad»

El proyecto «Aulas itinerantes. Rutas rurales» se desarrolla en las tres provincias aragonesas entre los meses de octubre de 2018 y junio de 2019. El programa consta de 30 conferencias que se imparten de manera itinerante en 30 localidades, 10 por provincia.

Se trata de actividades presenciales y emitidas en directo a través de Internet en los otros 29 municipios que integran las rutas, así como en los centros culturales de Fundación Ibercaja.

El objetivo principal consiste en ayudar a las personas mayores del entorno rural para que vean la importancia que tiene el uso de las tecnologías digitales y cómo estas pueden mejorar su calidad de vida.

El proyecto «Abandonando la soledad» se lleva a cabo conjuntamente junto al Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS).

Los objetivos son, por una parte, informar y sensibilizar a los mayores sobre los riesgos de la soledad; formar y preparar a los mayores para gestionar la soledad y realizar un estudio de la situación actual sobre esta cuestión.

El programa contempla impartir conferencias en 12 Hogares de Mayores de las tres provincias (4 en Zaragoza capital, en Teruel, Andorra, Huesca, Alcañiz, Calamocha, Fraga, Barbastro y Sabiñánigo) que actuarán como centros dinamizadores. Las charlas abordarán temas como «La sociología de la sociedad: presente y futuro», «Las redes sociales para combatir la soledad», «Voluntariado y asociacionismo: ayudando a los demás se combate la soledad», entre otros.

Estas conferencias pueden ser seguidas por internet por el resto de la red de Hogares de Mayores del IASS o por aquellas asociaciones que así lo deseen.

Asimismo, y dentro también del programa, Coapema trabajará para captar y crear grupos de intervención (voluntarios) para las personas mayores en situación de soledad, elaborará un estudio sobre la soledad de las personas mayores y promoverá la ampliación del programa a otros centros y asociaciones.

– **Aplicaciones dirigidas a personas mayores en Zaragoza:**

• **App Mueve Zaragoza**

Mueve Zaragoza te permite consultar información sobre autobuses, bicicletas y eventos. Consulta de la manera más simple y directa la información de los diferentes servicios de transporte público de Zaragoza.

• **Farmacias ahora Zaragoza**

Aplicación que te permitirá conocer cuáles son las farmacias que están ABIERTAS ¡AHORA! a tu alrededor. Ofrece resultados óptimos para las 24 horas del día y los 365 días del año, incluyendo las farmacias de guardia y las de horario ampliado de todo el término municipal de Zaragoza (Datos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza).

Muestra las farmacias abiertas a tu alrededor sobre el mapa y en un listado ordenado por distancia.

Permite generar rutas en coche o andando hasta la farmacia deseada.

Visualiza farmacias en horario ordinario, farmacias de guardia y farmacias con horario ampliado, con distinta representación gráfica en el mapa para poder distinguirlos.

Proporciona información útil de cada farmacia incluyendo su teléfono, dirección, horario de hoy y horario habitual y permite llamar directamente a la farmacia desde la propia aplicación.

Permite escoger la fecha y hora en la que queremos ver las farmacias que están abiertas para poder planificarnos.

Visualiza las farmacias utilizando realidad aumentada para facilitar su localización.

Muestra un listado útil de teléfonos de interés.

• **Medicamentos accesibles plus**

Medicamento Accesible Plus es una aplicación promovida por el Consejo General del Colegio Oficial de Farmacéuticos, la Fundación Vodafone España y la Fundación ONCE, y desarrollada por la empresa Ilunion.

Es una aplicación gratuita que permite la consulta de información actualizada sobre los medicamentos, mediante la captura del código de barras presente en su empaquetado habitual, y de un modo totalmente accesible para garantizar la comprensión de la misma independientemente de la diversidad funcional del usuario.

Esta solución accede a parte de la información incluida en la Base de Datos del conocimiento sanitario (BDM) perteneciente al Consejo general de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España e incorpora opciones de búsqueda, asistente para la lectura de informaciones dirigidas a pacientes y otros servicios de interés para los usuarios.

En esta última versión se han incluido nuevos servicios como la incorporación de un sistema de alertas personalizadas en función del perfil del usuario y de los medicamentos que tenga almacenados en la sección «Mis medicinas».

https://youtu.be/7NrYPqpx2_w

– **Otras iniciativas públicas:**

• **Construyendo Europa desde Aragón**

El proyecto proveerá de banda ancha de 30 Mbps a 321 localidades enmarcadas en las definidas como «zonas blancas» por el Ministerio de Energía, Turismo y Agenda Digital con un presupuesto 4.476.584 millones de euros y un plazo de puesta en servicio de 20 meses.

Con esta iniciativa la DPH apuesta por ofrecer a los habitantes del medio rural igualdad de oportunidades con respecto a los de las grandes urbes, así como potenciar las actividades socio-económicas de la zona y facilitar el uso de la administración electrónica.

<http://www.dphuesca.es/bandaancho>

• **Programas voluntarios/as TIC**

Es un programa de voluntariado en nuevas tecnologías que permite a los ciudadanos/as mayores de edad (o a partir de 16 años con autorización paterna/materna) colaborar en acciones relacionadas con la informática e Internet.

• **Cursos «Mayores en red» y «Vivir en la era digital»**

Se trata de unos cursos dirigidos a mayores de 60 años, y en el que se desarrollan las habilidades básicas de uso del ratón, teclado y la navegación por internet

• **Proyecto Smartcare Sector Sanitario de Barbastro**

El proyecto SmartCare se esfuerza por superar los silos actuales de atención sanitaria y social mediante la definición, entrega y pilotaje de una infraestructura TIC multifuncional e integrada, que permita dar un soporte coordinado entre sectores a personas mayores con necesidad de cuidados basándose en esta infraestructura, los servicios SmartCare se desarrollarán y probarán en 10 regiones europeas que servirán de piloto —soporte basado en tecnología para la atención sanitaria, social y de autocuidados en diferentes condiciones de salud/vida—.

El proyecto persigue un programa de innovación sistemático del proceso de atención completado por la adaptación de tecnología. Este alcance será flanqueado por un programa robusto de evaluación que —junto con el soporte de explotación incluyendo análisis de coste-beneficio y modelos de negocio— permitirán la generación de planes basados en la evidencia para la incorporación de futuros servicios en las regiones europeas.

http://sectorbarbastro.salud.aragon.es/docs/05_eResater-Smartcare-Salud.pdf

Cataluña:

Experiencias piloto de envejecimiento integral y saludable.

El Ayuntamiento de Barcelona y el Departamento de Salud de la Generalitat han definido un convenio para el desarrollo de un modelo de atención que permitirá integrar los servicios sociales y sanitarios con la ayuda de los sistemas de información.

El programa de abordaje integral del envejecimiento activo saludable en los barrios de Barcelona nace para permitir el intercambio de datos sociosanitarios, basado en la interoperabilidad y permitiendo el intercambio de información sociosanitaria de los mayores de 65 años que requieran atención domiciliaria, tanto de salud (ATDOM) como de servicios sociales (SAD), y también de aquellos pacientes crónicos complejos (PCC), enfermos crónicos avanzados (MACA, por sus siglas en catalán), así como de los que cuentan con el servicio de teleasistencia.

Lo pone en marcha el Instituto Municipal de Informática (IMI) Es un organismo autónomo local del Ayuntamiento de Barcelona que nació en el año 1990 con el objetivo de suministrar todos los servicios de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) al Ayuntamiento de Barcelona y a los organismos y las empresas públicas que dependen de este.

<http://ajuntament.barcelona.cat/imi/es/proyectos>

• **Programa Soc/Blogger**

Soc_blogger es un programa de periodismo ciudadano impulsado por el Departamento de Promoción de las Personas Mayores de la Dirección de Servicios de la Infancia, Juventud y Tercera Edad del Ayuntamiento de Barcelona.

En este programa las personas mayores de Barcelona reciben formación digital y periodística para impulsar sus talentos y habilidades como periodistas y fotógrafos voluntarios de las redes sociales municipales y del blog de la web municipal de las Personas Mayores.

El objetivo principal es el de reducir la brecha digital y formar a los participantes para que participen de manera activa a la red social más importante actualmente: Facebook. Sin embargo, también aprenderán técnicas periodísticas para crear contenidos interesantes, explicar historias de la ciudad y ofrecer recursos útiles para las personas mayores de la ciudad, ya que el objetivo final del proyecto es que sean las personas mayores de Barcelona las que creen mediante piezas periodísticas, contenido para el blog de la web de las personas mayores y las redes sociales municipales.

https://business.facebook.com/socblogger/?business_id=411714362590882

• **Vincles BCN**

Es un servicio de la Área de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Barcelona que quiere reforzar las relaciones sociales de las personas mayores que se sienten solas y mejorar su bienestar mediante la tecnología y el soporte de equipos de dinamización social. El Ayuntamiento prestará a las personas mayores que sean usuarias del servicio una tableta con la aplicación instalada y con conexión a internet para poder utilizar la aplicación Vincles BCN.

La aplicación Vincles es accesible y muy intuitiva: se ha diseñado pensando en las personas mayores. Esta aplicación permite al usuario comunicarse e interactuar mediante videollamadas y mensajes de vídeo o voz tanto con su familia y amigos como con las personas mayores que forman parte del grupo de usuarios Vincles.

Los familiares y amigos de la persona usuaria tendrán que descargarse la aplicación Vincles en su teléfono inteligente, disponible para Android e iOS.

<http://ajuntament.barcelona.cat/gentgran/es/content/vincles-bcn-0>

La Rioja:

• **Red Cibervoluntarios**

La Consejería de Administraciones Públicas, a través de la Agencia del Conocimiento y la Tecnología, ha puesto en marcha durante el 2010 una red de cibervoluntarios que ayudará a las personas mayores en el manejo y utilidades de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.

<https://www.cibervoluntarios.org/es/blog/ver/1580>

Este proyecto también está en marcha en Galicia, Extremadura y Andalucía.

• **Plan «i-mayores»**

Las actividades que se desarrollan dentro del proyecto «i-mayores» están inscritas en dos áreas: mejora de la capacitación tecnológica, a través de cursos, charlas y talleres; y ocio digital, con una serie de iniciativas para que las tecnologías reviertan en el tiempo libre de los participantes. Las actividades se desarrollarán en los hogares de personas mayores, en la red de Cibertecas del Gobierno riojano y en las sedes de las asociaciones que participen en el proyecto «i-mayores».

Castilla la Mancha:

• **«Los mayores forman la red»**

Es un programa de Alfabetización digital como herramienta para un envejecimiento activo dirigido a personas mayores de 60 años de Castilla La Mancha, encuadrado en el marco de la Ley de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, regulado conforme a la Orden de 11/05/2016, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se establecen las bases reguladoras de subvenciones a entidades privadas de iniciativa social para el desarrollo y mantenimiento de programas y servicios de atención a personas mayores en Castilla-La Mancha

<https://www.mayoresdecastillalamancha.es/programa.php>

• **CapacitaTIC+55**

Es un programa para capacitación digital para personas de más de 55 años promovido por la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha dentro del Marco Regional de Envejecimiento Activo y Saludable en Castilla-La Mancha y financiado por el Fondo Social Europeo (FSE).

<https://youtu.be/v3gSjbTBWxA>

País Vasco:

• **Conectajoven**

La red de telecentros creada por el Gobierno Vasco para fomentar el impulso de una ciudadanía digital en Euskadi, ha puesto en marcha un proyecto piloto intergeneracional para acercar las TICs (Tecnologías de la Información y la Comunicación) a las personas adultas y ayudarles a superar la denominada brecha digital.

Es un proyecto pionero denominado «ConectaJoven» y supone una interesante experiencia intergeneracional, educativa y social donde jóvenes de entre 15 y 19 años impartirán talleres de informática básica y competencias digitales a personas adultas de su entorno. Es una experiencia conjunta de los departamentos de Gobernanza Pública

y Autogobierno y el de Educación y se ha puesto en marcha en Vitoria-Gasteiz con la colaboración, también, del ayuntamiento de la capital vasca.

<http://www.euskadi.eus/noticia/2018/la-red-kzgunea-impulsa-conectajoven-un-proyecto-intergeneracional-para-superar-la-brecha-digital-de-las-personas-mayores/web01-s2jusap/es/>

• Red KZgunea

La Red pública vasca de centros KZgunea, dependiente de la Dirección de Informática y Telecomunicaciones del Departamento de Gobernanza Pública y Autogobierno del Gobierno Vasco, nació en 2001 a raíz del Plan Euskadi en la Sociedad de la Información (PESI).

Los servicios de gestión del proyecto se encomiendan, por parte de esa Dirección, a la empresa pública EJE, S.A. (Eusko Jaurlaritzaren Informatika Elkarte-Sociedad Informática del Gobierno Vasco).

La principal actividad desarrollada en los centros KZgunea está destinada a la formación en Nuevas Tecnologías, además de colaboraciones con otras entidades. La creciente demanda de servicios que aumentan la empleabilidad de las personas, sumado a que la persona usuaria tiene a su disposición a nuestro personal educador que le asesorará personalmente sobre cualquier duda tecnológica relacionada con nuestro catálogo de servicios de manera gratuita, se ha traducido en unos magníficos datos de participación en los centros KZgunea; reflejados en la memoria que se publica anualmente. Además, KZgunea redobla sus esfuerzos para aumentar la cantidad de programas sectoriales y la formación a demanda y actuando como canalizador para mejorar la calidad de todas las actividades realizadas.

Para la persona usuaria, KZgunea es un espacio colaborativo y abierto, donde puede obtener una formación gratuita que mejora su empleabilidad y, en consecuencia, aumentar su enriquecimiento personal.

Para los ayuntamientos, KZgunea es un aliado estratégico que les permite organizar y promover actividades formativas y certificaciones que mejoran el servicio orientado a su ciudadanía

<http://www.kzgunea.eus/catalogo-de-servicios>

Madrid:

• Proyecto «Grandes vecinos»

Este proyecto lo está llevando a cabo la Fundación «Amigos de los Mayores», para contribuir a afrontar la soledad no deseada de las personas mayores. Se basa en fomentar redes vecinales de ayuda entre personas mayores de 65 años que se sienten motivadas para conocer a otras personas, habitualmente más jóvenes que vivan cerca de ellas para poder compartir actividades sencillas de ocio y poder recibir apoyo puntual de las mismas en situaciones determinada.

Se desarrolla en algunos distritos de Madrid

<https://grandesamigos.org/que-hacemos/#grandes-vecinos>

<https://www.grandesvecinos.org/>

• Facebook «madridmayores»

El Ayuntamiento de Madrid informa a través de esta popular red social de las actividades y noticias de los mayores. Anima a las personas mayores a participar y compartir noticias y publicaciones de interés.

https://www.facebook.com/pg/Madridmayores-301271073396684/posts/?ref=page_internal

<https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Mayores/?vgnextfmt=default&vgnnextchannel=cf30b7dd3f7fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextoid=cf30b7dd3f7fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>

Romper la brecha digital en los mayores. Ponencia de Marta Fernández Moreno

<https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Publicaciones/Ficheros/Libro%20Jornadas%202007/3%20Ponencias%20II.pdf>

Cursos en los Centros de Mayores de Madrid para romper la brecha digital

La Comunidad de Madrid ha presentado los más de 1.600 cursos y talleres que se van a impartir en los 32 centros de mayores de la Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS), y que como novedad incluyen una oferta de actividades enfocadas a romper la brecha digital de las personas mayores, formándolas en el uso de internet y de las nuevas tecnologías.

<http://www.comunidad.madrid/noticias/2018/09/28/programamos-1600-cursos-talleres-centros-mayores-region>

Andalucía:

• Servicio de acompañamiento digital

El servicio de acompañamiento digital está dirigido a personas con un nivel bajo o nulo de conocimientos tecnológicos y ofrece apoyo personalizado para el manejo de las TIC (acceso a internet, envío de correo electrónico, creación de blogs, redes sociales...).

Los acompañamientos digitales se realizan de forma individual o en pequeños grupos de un máximo de 5 personas y tienen lugar en centros públicos adscritos al proyecto o en lugares cedidos por las entidades colaboradoras o

los mecenas digitales. El número de sesiones vendrá determinado por las necesidades y el nivel de conocimiento de cada usuario

<https://www.formacion.andaluciaesdigital.es/aprendizaje-personalizado>

• **Plataforma digital «en buena edad»**

La Consejería de Salud ha puesto en marcha la plataforma digital En Buena Edad, un portal digital dirigido a las personas mayores, que nace con el objetivo de promover el envejecimiento saludable y activo, en consonancia con las políticas de la Unión Europea y la propia Organización Mundial de la Salud (OMS)

La plataforma digital En Buena Edad cuenta con el aval de la Unión Europea, en cuanto se ha desarrollado a través del Programa Operativo Feder 2014-2020, con una financiación de 1.050.000 euros para cinco anualidades. Álvarez mostró ayer su apuesta por el uso de las nuevas tecnologías, cada vez más extendidas, como una herramienta para mejorar la calidad de vida de la población mayor. Entre 2006 y 2015 el número de personas mayores que son usuarias habituales de internet en Andalucía se ha incrementado un 30%; y que un 53,6% de la población de 65 a 75 años busca información sobre temas de salud.

La plataforma www.enbuenaedad.es facilita una toma responsable de decisiones en salud y a contribuir al bienestar en esta etapa de la vida». Este nuevo canal también aspira a ser un punto de encuentro e interacción entre los distintos actores del ámbito sanitario, los profesionales, las entidades del movimiento asociativo y la ciudadanía, que trabajan en el ámbito del envejecimiento activo.

La plataforma digital En Buena Edad, de navegación sencilla y accesible on line en la dirección www.enbuenaedad.es, cuenta con versiones en español, inglés y francés y ofrece un amplio paquete de 220 contenidos, 64 de los cuales son audiovisuales producidos en colaboración con asociaciones de mayores de Andalucía. La temática de estos contenidos se distribuye entre bienestar físico, material y emocional; prevención de accidentes y seguridad personal; aprendizaje personal; las TIC y relaciones intergeneracionales; así como fórmulas de participación social (voluntariado). La plataforma permite registrarse para estar al tanto de todas las novedades.

<https://www.enbuenaedad.es/>

• **Sistema piloto de domótica**

La Diputación de Málaga y Vodafone pondrán en marcha un sistema pionero que vele por su seguridad y salud en los hogares de las personas mayores de 65 años que vivan solas de la provincia. Se trata de una experiencia piloto enmarcada en el Plan Provincial Contra la Soledad de las Personas Mayores del ente provincial que pretende atender a las más de 70.000 personas que viven solas en pueblos pequeños.

Como primer paso se han elegido diez domicilios para instalar este sistema en una primera fase experimental. Los destinatarios son elegidos en función de sus necesidades, por lo que se hace un análisis de perfiles en los que se tiene en cuenta la circunstancia actual de la persona, su entorno familiar y localización geográfica.

El hogar digital permitirá a aquellos que viven solos combatir el aislamiento social, mejorar la seguridad en su hogar, prevenir accidentes o detectar trastornos como deterioro cognitivo o depresión. Gracias a la telemonitorización se analizará de una forma autónoma la salud y bienestar de sus usuarios, generando informes y avisos automáticos cuando detecte situaciones anómalas, gracias a unos sensores en el hogar que acompañarán y analizarán la rutina diaria del mayor. De esta forma, esos sensores detectarán no solo el movimiento, sino también si hay fugas de agua o de gas.

El sistema, por tanto, se encarga de comunicarse con el exterior del hogar, ya sea con otras personas responsables del mayor o con otros servicios de la ciudad. Además, un dispositivo en movilidad servirá para la monitorización del usuario cuando esté fuera de su domicilio y otro permitirá registrar un par de números de teléfonos de contacto y emergencias.

<https://www.laopiniondemalaga.es/malaga/2018/10/18/sistema-piloto-domotica-velar-seguridad/1040547.html>

Iniciativas andaluzas que apuestan por la E-Health

• **Salud Responde** del Servicio Andaluz de Salud en la que ya confían cientos de miles de andaluces.

La última incorporación a la «familia» de las APP de Salud de la Junta de Andalucía es Dona Sangre Andalucía que ya está disponible para descarga en las tiendas oficiales de Android y Apple y con la que, si eres donante, podrás estar al tanto de tus fechas de donación, las necesidades de sangre y los puntos en los que puedes hacerlo.

La demanda y el éxito de las aplicaciones relacionadas con la Salud no ha pasado desapercibido para los emprendedores andaluces que, con la colaboración de la Administración y Vodafone, a través de proyectos como Programa Minerva, llevan años aportando soluciones innovadoras en el terreno de las aplicaciones relacionadas con el E-Health y la mejora de los hábitos de vida, así como en el seguimiento de posibles enfermedades.

En el contexto de la rehabilitación de lesiones y efectividad de los tratamientos se posicionan soluciones de movilidad como Fisiomov es una solución software de movilidad de apoyo a la adherencia terapéutica en el ámbito de la Rehabilitación y Fisioterapia, cuyo objetivo es ayudar a mejorar el grado de rehabilitación.

La férula inteligente i-Splint que monitoriza la evolución de fracturas

Para la evaluación de tratamientos relacionados con la visión contamos con ejemplos como Lynhce Diagnostics https://youtu.be/TB_2zGwrFr0

Para la mejora de nuestros hábitos de vida y el fomento del ejercicio WalkSpain que apuesta por los retos y la gamificación para una vida sana.

Navarra:

• Programa «Acércate @ la TICS»

El programa está permitiendo que personas mayores conozcan y manejen las utilidades de las Tecnologías de la Información, descubran sus ventajas y puedan incorporar el uso de estas tecnologías a su vida diaria, mediante el conocimiento básico de las mismas.

• Nuevas tecnologías para mayores de 50 años

CITI Navarra y la empresa «Lo veo Fácil» ponen en marcha su programa formativo 2018 diseñado para que los mayores de 50 años (colegiados, familiares y amigos de estos) se familiaricen y aprendan las ventajas de las nuevas tecnologías: Internet, móvil, WhatsApp etc.

Los próximos cursos serán:

- Taller de «Ajustes básicos en mi móvil (Consulta aquí detalles del programa)».
- Taller de «Internet en tu día a día desde tu Tablet o portátil».
- Taller de «Herramientas básicas de Excel».

• Programa «Mayores con iniciativa» Fundación Dédalo

Mayores con Iniciativa es un proyecto liderado por la Fundación para el Desarrollo Infotecnológico de Empresas y Sociedad (FUNDETEC) y enmarcado en el subprograma Avanza Ciudadanía Digital que nace con el objetivo de acercar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) a las personas mayores y lograr que lleguen a desempeñar un papel activo en la Sociedad de la Información.

Este proyecto se sustenta en la creación de iniciativas singulares sobre diferentes temáticas y con diferentes objetivos, pero con un fin común: identificar las necesidades e intereses específicos de los mayores desde el punto de vista de las TIC, y poner en marcha actividades que fomenten el desarrollo de sus habilidades y capacidades personales, favoreciendo así su integración social y tecnológica.

Canarias:

• Premios «Somos digital 2019»

Estos premios tienen el interés de hacer emerger iniciativas y actividades que pueden representar ejemplo y modelo para el resto de la ciudadanía, así como incorporar sus valores, aprendizajes y estrategias a la colectividad de profesionales TIC, dando repercusión pública y reconocimiento a estas iniciativas y a las personas que los impulsan

<https://somos-digital.org/event/premios-somos-digital-2019/>

Comunidad Valenciana:

• Programa «Para Tic también»

El Ayuntamiento de Valencia, a través de la Concejalía de Personas Mayores y en colaboración con Jovesolidés, la Fundación Vodafone España y la Universitat de València, organizó la jornada «Para Tic También» con el objetivo de «fomentar la inclusión de las personas mayores a través de las nuevas tecnologías»

<https://www.levante-emv.com/valencia/2017/11/06/tic-conecta-mayores-nuevas-tecnologias/1637600.html>

Castilla y León:

• Seniorclíc

La Federación Regional de Asociaciones de Alumnos y Antiguos Alumnos de la Universidad de la Experiencia de Castilla y León (Fasunex) y la Fundación Vodafone, en colaboración con la Junta de Castilla y León, imparten formación en nuevas tecnologías a personas mayores de Castilla y León.

Las acciones se realizan en tres modalidades: presencial, online y en el Ciberbus, una original forma de llegar a las zonas rurales y evitar así la exclusión digital de sus habitantes.

Las actividades presenciales se realizarán en las 22 aulas universitarias de mayores, en la Red de Espacios CyL Digital, en la Red de Centros Adheridos al Programa CYL Digital y en el Ciberbus, un aula itinerante de informática cuyo objetivo es acercar, difundir, divulgar y comunicar los usos y ventajas de las Nuevas Tecnologías a aquellas personas que viven en localidad rurales de Castilla y León y no han tenido acceso a las mismas, o bien, necesitan más aprendizaje.

Los contenidos esenciales de las actividades formativas serán los teléfonos inteligentes, las tabletas y aplicaciones interesantes; así como la navegación segura en Internet y las Redes Sociales. Todos estos contenidos se consideran instrumentos imprescindibles para integrarse en la sociedad actual y muy demandados por las personas mayores para aplicarlos a su vida diaria contribuyendo a fomentar las relaciones sociales y familiares.

Extremadura:

• Mayoresenred.org

Este proyecto ha sido desarrollado por la Asociación de Voluntarios Informáticos Mayores de Extremadura (Avimex), y pretende fomentar el envejecimiento activo y promover el uso responsable de las Tecnologías de la Informa-

ción y la Comunicación (TIC), compartiendo experiencias sociales y habilidades tecnológicas con personas de otros segmentos de edad.

<http://www.mayoresenred.es/>

• Los años por el mundo

Un trabajo del NCC de Losar de la Vera, que ha enseñado a 40 mayores a utilizar el programa Skype, que permite mantener una videoconferencia a través de internet y contactar con familiares residentes en el extranjero.

• **Taller de dispositivos móviles para mayores** del NCC de Badajoz-San Roque, consiste en enseñar a las personas mayores del barrio pacense a utilizar el teléfono móvil, el MP3, la memoria USB, la cámara de fotos digital, facilitando la integración de este colectivo a la Sociedad de la Información.

Galicia:

• ATEGAL (Aulas Seniors de Galicia)

Dentro del proyecto europeo Actívage se desarrollan actividades y actuaciones dirigidas a desarrollar soluciones basadas en el Internet de las Cosas para hacer frente al aumento de la esperanza de vida, promoviendo el envejecimiento activo y saludable. Está respaldada por el Programa Marco de Investigación e Innovación de la Unión Europea Horizonte 2020, y cuenta desde su inicio, en enero de 2017, con un presupuesto de 25,3 millones de euros y un plazo de ejecución de 43 meses.

• Simpático (Proyecto europeo)

Proyecto dirigido a configurar una Administración pública online amigable gestionado dentro de la Red CeMIT.

La Red de Centros para la Modernización y la Inclusión Tecnológica (Red CeMIT) es una iniciativa puesta en marcha por la Agencia para la Modernización Tecnológica de Galicia (Amtega) enmarcada en el Plan Estratégico de la Xunta de Galicia, que forma parte de la Agenda Digital de Galicia 2020 que tiene como fin alcanzar la convergencia tecnológica con Europa en el horizonte del año 2020.

Desde 2016, la Red CeMIT también forma parte del Plan de Inclusión Digital de Galicia 2020 como uno de los proyectos clave que asentaron las bases para definir la nueva estrategia de inclusión digital de la comunidad y que tiene el objetivo común de transformar a la ciudadanía gallega en una sociedad plenamente integrada en la sociedad digital en el año 2020.

El objetivo de la Red CeMIT es el de vertebrar territorial y socialmente Galicia, en especial donde la brecha digital se hace más evidente, impulsando, potenciando y difundiendo los conocimientos en las tecnologías de la información y la comunicación de la ciudadanía gallega.

Cuenta con la colaboración de 92 ayuntamientos gallegos. Está integrada por 98 aulas, llegando a todos los puntos de la geografía gallega, de tal manera que todo gallego/a tiene un aula a media hora de distancia de su hogar y puede acceder a la formación presencial y también formación online desde cualquier punto.

Todas las aulas están equipadas con la última tecnología, Internet y sistemas de videoconferencia.

Conclusiones y propuestas

Después de analizar los programas de TIC más significativos dirigidos a las personas mayores en las diferentes comunidades autónomas, podemos decir que:

Al hablar de TICS es imprescindible contemplar el concepto de accesibilidad de una forma transversal permanentemente.

El acceso y uso de las TIC en personas mayores es una actividad que promueve un envejecimiento activo; que previene la dependencia y que puede favorecer la socialización, en el sentido de facilitar la creación de nuevos vínculos y mantenimiento de los que ya se tienen.

Se consideran un factor de socialización, en el sentido en el que progresivamente abren nuevas formas de comunicación entre las personas, tanto de forma individual como colectiva y posibilitan también el acceso a los recursos públicos y privados.

Prácticamente en todas las Comunidades, se han llevado a cabo y se están llevando actualmente, acciones que facilitan el encuentro entre las TIC y las personas mayores, siendo el impacto bastante positivo.

Entre las actividades más habituales para para este acercamiento se contemplan:

Los cursos específicos, que han de estar adaptados a las características de las personas mayores y responder a sus necesidades de forma personalizada

La disponibilidad de acceder a los medios tecnológicos, entendida en dos vertientes:

a) la disponibilidad de medios en los centros e instituciones dirigidos al uso comunitario de los mismos.

b) referida a la accesibilidad de las personas mayores a sistemas y terminales de forma particular, para su uso doméstico.

El apoyo personalizado, mediante figuras de apoyo con disponibilidad para atender dudas y cuestiones individuales, que en la actualidad se está desarrollando sobre todo a través de programas de voluntariado.

Se ha hecho un esfuerzo en crear aplicaciones de utilidad dirigidas a personas mayores, pero no se han divulgado lo suficiente y no llegan a las/os destinatarias/os con la fluidez deseable. Es necesario plantear el apoyo al acceso a las TICS de las personas mayores, de forma individual y personalizada, ya que la individualización se considera

un factor imprescindible en este aprendizaje.

La implicación de las Administraciones Públicas en hacer llegar las TIC a las personas mayores es bastante alta, aunque hay diferencias entre Comunidades Autónomas, incluso diferencias entre unas provincias y otras dentro de la misma Comunidad Autónoma.

Estas herramientas facilitan el envejecimiento activo, como ya se ha dicho y posibilita la permanencia de las personas en sus entornos habituales con los beneficios que esto significa para ellas y el ahorro de coste que representa respecto a la alternativa residencial.

La TIC por excelencia que es la Teleasistencia, existe, con diferentes variaciones en todo el territorio nacional, aunque se dan diferencias en el acceso a la prestación entre unas Comunidades y otras.

La Teleasistencia permite, cada vez más la personalización de la atención, adaptándola a las necesidades del titular, bien a través del sistema de pulsación voluntaria, como a través de todas las opciones que la Teleasistencia Avanzada permite, sin necesidad de pulsar el dispositivo de comunicación.

Se considera necesario la implicación de las administraciones en el desarrollo de medidas encaminadas a adaptar las viviendas de los colectivos más vulnerables, como pueden ser personas mayores que viven solas, personas con discapacidad o pacientes con enfermedades crónicas tecnológicamente con sistemas tipo:

- Teleasistencia Avanzada
- Domótica
- Seguimientos monitorizados de personas que sufren algún tipo de enfermedad crónica.

Se observa que las personas más socializadas o con más posibilidades de establecer relaciones sociales, son las que más acceden a las TIC, y las personas que están en situación de mayor aislamiento social son las que tienen menos posibilidades tanto de manejar dispositivos tipo móviles, tablets u ordenadores; como de acceder al conocimiento de la tecnología.

Hay mucha diferencia entre la promoción y animación al acceso a las tecnologías y redes sociales entre las personas mayores y las/las jóvenes. Las campañas dirigidas a las personas mayores inciden en su promoción y animas a su uso, en cambio las campañas dirigidas a las/os jóvenes se centran sobre todo en restricción de uso y control.

Propuestas

Se propone que la administración actúe sobre los posicionamientos de los recursos sociales en los buscadores más habituales de la red digital, al realizarse búsquedas y consultas en relación a la soledad y el aislamiento.

Así mismo la Administración en la gestión de sus páginas web podría mostrar los recursos disponibles al introducir ciertos conceptos en sus propias búsquedas. De esta manera la persona usuaria vería en primer lugar los recursos más cercanos a ella a los que recurrir.

Se propone también que se estudie el poner a disposición de las comunidades de propietarias y propietarios cierta tecnología, no invasiva, dirigida a garantizar la seguridad de sus vecinas y vecinos, mediante por ejemplo de la instalación de dispositivos de control de presencia, que puedan dar lugar a la activación de recursos (tanto propios de la comunidad como una visita o localización de personas de contacto como municipales para acceder a las viviendas)

Esta iniciativa planteada desde la Administración pública contribuiría a la creación, el desarrollo y el refuerzo de las redes vecinales.

Podría realizarse dentro de un plan más amplio de creación de «comunidades amigables» en las que se fomentara el apoyo mutuo. Esta consideración por otra parte beneficiaría a las comunidades que resultarían más atractivas para sus habitantes.

GRUPO 5: PROMOVER EL ASOCIACIONISMO Y LOS CENTROS DE PERSONAS MAYORES

INTRODUCCIÓN

Las relaciones sociales se consideran esenciales en la vida de las personas, y especialmente a la hora de afrontar el proceso de envejecimiento.

Las asociaciones y centros de personas mayores son recursos fundamentales para promover dichas relaciones sociales, al facilitar espacios de encuentro, diálogo y participación activa.

Por ello se ha establecido como una línea estratégica promover el asociacionismo y centros de personas mayores; por los beneficios en sí mismos y como instrumento para evitar situaciones de soledad no deseadas.

Se han celebrado cuatro reuniones del grupo de trabajo

Presentación entidades participantes

En primer lugar, se habla del tejido asociativo; y del papel que desempeñan las dos entidades participantes en este grupo de trabajo.

COAPEMA está integrada por 240 asociaciones, más 60 en el exterior, en total 300, que integran a 251.000 personas.

Por parte del Ayuntamiento de Zaragoza, se informa:

- Hay 31 centros de personas mayores, con 65.000 personas socias.

- Los talleres para personas cuentan con 14.000 plazas, por los que suelen pasar 10.000 personas.
- Semanalmente suelen pasar por los mismos, 6-7000 personas.

Personas participantes en el grupo

- Javier Viela. Jefe Oficina Técnica Personas Mayores. Ayuntamiento de Zaragoza.
- Marta Guiu. Jefa de Sección de Proyectos y Programas. Ayuntamiento de Zaragoza.
- Miguel Guillo. COAPEMA
- María José . Trabajadora Social. COAPEMA
- María Ángeles Gil Campos. COAPEMA
- Andrés Esteban, asesor del Justicia de Aragón.

Consideraciones previas, asociaciones y participación en centros de personas mayores

Las asociaciones son indudablemente un recurso excelente para fomentar un envejecimiento con calidad y retrasar la aparición de demencias y/ o enfermedades crónicas, evitando la soledad y el aislamiento no deseado.

Constituyen una vía fundamental para dinamizar al colectivo de personas mayores en la participación social, de defensa de sus intereses y de mantenimiento de las relaciones sociales. Si bien, generalmente, precisan de apoyos externos que aseguren su estabilidad y continuidad.

Las asociaciones de interés social dan a las personas mayores independencia e identidad con respecto a las administraciones, pero no pueden por sí mismas, generar los recursos suficientes (humanos y económicos) para mantenerse en el tiempo y progresar.

Los centros de mayores están en un cambio permanente, pasando de un mero espacio de encuentro a una mayor variedad de servicios e iniciativas al servicio de las personas mayores, que acuden en gran número.

Así mismo, es preciso tener en cuenta que la actividad de las personas después de la jubilación también depende de muchos factores; tipo de vida que se ha llevado, nivel de estudios, de los ingresos, de la profesión... así, todavía hay un porcentaje de personas mayores sin estudios, trabajadores manuales, con pensiones bajas, etc.... estos grupos de población son menos proclives a integrarse en una entidad organizada.

DIAGNÓSTICO... «QUÉ ESTA PASANDO?»

A modo de síntesis se realizan las siguientes aportaciones:

1. Se constata que Asociacionismo y centro de personas mayores, son herramientas básicas para promover las relaciones interpersonales y evitar soledades no deseadas.
2. Las vivencias de participación, generan experiencias y relaciones interpersonales positivas.
3. En general, y más en el ámbito urbano, existe mucho movimiento asociativo informal. Hay más asociacionismo del que parece, pero no necesariamente registrados, ni con estatutos. Hay personas mayores a las que les gusta asociarse de manera informal para llevar a cabo actividades comunes y con personas que tengan las mismas inquietudes: actividades culturales, actividades de excursiones a la montaña...
4. Se consideran importantes las experiencias previas de participación de las personas en asociaciones. Si no hay experiencia de asociacionismo previo, difícilmente se participará en esa dinámica cuando se sea mayor.
5. Se valora positivamente la participación de personas mayores en las asociaciones, intergeneracionales; no exclusivamente de mayores, que suponen un enriquecimiento mutuo.
6. Así mismo, se considera un enriquecimiento el compartir espacios de forma intergeneracional, si bien se constata que, en general, «es más fácil compartir actividades que espacios».
7. En el ámbito del asociacionismo, hay un cambio generacional importante, con mayor y mejor actitud participativa. Ahora bien, hay dificultades para asumir responsabilidades. Se constata que las Juntas de las asociaciones de mayores envejecen y el reemplazo generacional es difícil. Hay un alto porcentaje de personas en las asociaciones poco inclinados a asumir responsabilidades, sobre todo en el ámbito rural.
El asociacionismo reglado exige una serie de trámites y regulaciones, en la que los mayores, en general, prefieren no implicarse. Les gusta participar, pero no les interesa formalizar el asociacionismo La propia estructura asociativa que supone la gestión en una asociación (actas, reuniones, programas, subvenciones, convivencia...etc.) se hace cada día más difícil y cuesta arriba.
8. Los requisitos que se piden en una determinada convocatoria oficial de subvenciones para entidades y asociaciones de interés social, en general, no se ajustan al perfil que tienen estas asociaciones de personas mayores ya que carecen de las infraestructuras necesarias para ello, (experiencia en proyectos determinados, formación, personal especializado, capacidad económica etc.). Por lo que una gran parte de sus actividades estén focalizadas en organizar y realizar actividades de ocio específicas, como juegos de mesa, homenajes, viajes, y celebraciones de convivencia que contribuyen eficazmente a paliar la soledad pero que no se corresponden con las prioridades exigidas en las convocatorias públicas.
9. Respecto a los centros de personas mayores, se constata que cada vez hay más personas que tienen un proyecto personal; buscan más servicios a demanda que actividades genéricas. Especialmente los nuevos usuarios, más jóvenes.

10. En ocasiones la imagen que se tiene de los centros de mayores, dificulta que haya personas que se quieran acercar; y sobre todo que quieran tener una continuidad (van a actividades concretas, pero no se sienten identificados)
11. Es importante conectar las necesidades sociales y lo que las administraciones pueden ofrecer, tanto respecto a recursos como actividades. En ese sentido se están poniendo interesantes iniciativas en marcha. (ver experiencias, más adelante).
12. Se destaca el valor del trabajo en red, con experiencias que se están desarrollando en barrios concretos (Agruparte, Cuidándote, Salud Barrio...)
13. La realidad del asociacionismo y centros para personas mayores varía, sustancialmente, del mundo rural al urbano.

Algunas dificultades dentro del ámbito asociativo:

- Tener escasos recursos materiales y económicos.
- Poco compromiso continuado de personas socias y colaboradores.
- Pocas personas socias y colaboradoras activas.
- Falta de relevo generacional.
- Resistencia a ocupar cargos directivos y responsabilidades.
- Falta de interés por las actividades que se programan.
- Dificultades conciliar vida familiar y actividades de la asociación.
- Problemas de salud física, psicológica y emocional.
- Falta de apoyo técnico y profesional cualificado.
- Falta de formación asociativa y de organización interna.
- Liderazgos excesivos, protagonismo y personalismos.
- Escasa o nula aplicación de las técnicas de planificación, evaluación y seguimiento de proyectos.
- Nulo espíritu asociativo más allá del pago de la cuota.
- Poco acercamiento de las juntas a las personas socias.
- Falta de iniciativas de las personas asociadas.
- Insuficiente o nula de relación y coordinación entre las propias asociaciones.
- Poca información a los propios socios/as para que participen en la toma de decisiones.
- Presencia de mitos y estereotipos sobre las personas mayores.
- Falta en ocasiones de sedes propias debiendo compartir espacios.

EXPERIENCIAS

Ayuntamiento de Zaragoza

- **Espacios de encuentro relación y actividad para personas mayores.**
 - **Centros de Convivencia:** actividades de formación, recreativas y de relación social.
 - Espacios de relación y convivencia: **PROYECTO NOS GUSTA HABLAR.** Programa piloto iniciado en el Centro de Convivencia para personas mayores de Santa Isabel que pretende crear espacios de uso libre, donde los mayores que desean mantener una charla acuden al mismo, con el apoyo de una persona orientadora.
https://www.zaragoza.es/ciudad/noticias/detalle_Noticia?id=226212
- Proyecto AGRUPARTE-ACOMPAÑÁNDONOS, llevado a cabo en la zona UNIVERSIDAD CASABLANCA, y en el que a través de personal seleccionado con necesidad de inserción socio/laboral se ha realizado acompañamientos a personas mayores tanto en domicilio como en la Residencia «La Romareda» de titularidad del Gobierno de Aragón, con quien se firmó un Convenio de colaboración.
- **Proyectos/Servicios de detección de casos de soledad no deseada:**
 - Comercios de proximidad
 - Servicios de Teleasistencia y SAD
 - Talleres centros de convivencia.
- **Proyectos de otras ciudades:**
 - **Mirada Activa (Ayuntamiento de Bilbao)**
 - **Radars (Ayuntamiento de Barcelona)**
 - **Proyecto Grandes Vecinos (Madrid)** <https://www.grandesvecinos.org/>
 - **Programa Konekta.** Acceso a las nuevas tecnologías para superar la brecha digital en los barrios de Bilbao la Vieja-San Francisco y Zabala.
<http://bilbaogazte.bilbao.eus/es/programa/programa-konekta/>
Es un programa que plantea el acceso a las nuevas tecnologías de la información como medida para combatir la exclusión social, mediante un espacio de encuentro en el que se promueve el uso libre y gratuito de las nuevas tecnologías, además de ser un instrumento de dinamización de los barrios de San Francisco, Bilbao-La Vieja y Zabala.

- Las acciones que desarrollan:
 - Mantener y dinamizar el Banco del Tiempo.
 - Creación de espacios de encuentro interactivos asociativo.
 - Promoción de la creación de Blogs en las asociaciones del barrio para dar a conocer su trabajo.
 - Mantenimiento del portal Web del barrio (www.barriosaltos.com).
 - Organización de jornadas para entidades del tercer sector.
 - Formación específica a asociaciones, grupos y personas de la zona en las nuevas tecnologías para reducir la brecha digital.

La Red pública vasca de centros KZgunea, dependiente de la Dirección de Informática y Telecomunicaciones del Departamento de Gobernanza Pública y Autogobierno del Gobierno Vasco, nació en 2001 a raíz del Plan Euskadi en la Sociedad de la Información (PESI). Consiste en la creación de una red de centros públicos gratuitos para la formación y el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación orientado a la promoción de la desaparición de la brecha digital y que centra su labor en los sectores más alejados de las nuevas tecnologías, amas de casa, jubilados, desempleados e inmigrantes.

Plan municipal de fortalecimiento del tejido asociativo y el voluntariado en el Municipio de Muskiz (Bilbao) 2010 y 2011, y que está conformado por un conjunto de acciones y estrategias que quieren contribuir al fortalecer y desarrollo de las organizaciones sociales de Muskiz.

PROPUESTAS

Es importante promover un modelo asociativo donde las personas mayores sean los gestores de sus propios proyectos e intereses. Pasando de un modelo donde se proponen proyectos a las personas mayores, a que sean estos quienes tomen la iniciativa.

De esta manera, se está dando paso a una propuesta de actividades y con ello a un modelo de asociacionismo, mucho más dinámico y activo que en épocas anteriores.

La diversidad de situaciones personales y sociales del colectivo de personas mayores, así como los diferentes tramos de edad que incluye (65 a años), requiere ofertar desde los Centros de Mayores, especialmente los de titularidad pública, servicios y actividades adecuados a los diferentes tramos de edad y situaciones

Promover desde el ámbito público servicios y actividades adecuados a los nuevos perfiles de personas mayores y a las nuevas realidades sociales

Hacer referencia a las personas mayores que participan en proyectos de voluntariado resulta beneficioso, dado que posee un efecto positivo sobre las dimensiones del bienestar, tales como la salud, la satisfacción...

El voluntariado es una forma de ocupar la nueva disponibilidad de tiempo, en las personas jubiladas, a la vez que se configura como una oportunidad de aprendizaje. La ventaja al sistema económico-social que supone la incorporación de las personas mayores al voluntariado son significativas para todos los sectores. La participación de las personas mayores en el voluntariado incrementa el intercambio generacional de experiencias y saberes, así como enaltece el papel de las mismas dentro de la sociedad.

Diseñar desde los programas y centros públicos dirigidos a personas mayores, actividades orientadas a favorecer la relación y reforzar las redes sociales y vecinales, facilitando la participación especialmente a aquellas personas con menores recursos para incorporarse a los mismos

Potenciar desde la Administración, la implicación de asociaciones, ONG, fundaciones... en la promoción del voluntariado como prevención y apoyo a situaciones de soledad no elegida y refuerzo de tejido asociativo y promoción de las redes vecinales

Como experiencia se puede nombrar el papel de los voluntarios mayores con la Expo de Zaragoza, de tal forma que se cambia el modelo de las personas jubiladas pasivas al de una persona activa y que gestiones sus propios proyectos vitales, sintiéndose partícipe del mismo.

Propuestas desde COAPEMA, para incentivar las asociaciones de mayores

Deberían de formularse convocatorias específicas adaptadas, acordes con las características y posibilidades de actuación de estas asociaciones, priorizando estas actuaciones orientadas y dirigidas a prevenir la marginación y la exclusión social.

Impulsar el movimiento asociativo que actualmente existe debe ser una tarea continua y persistente en estos momentos en los que se observan notables cambios de hábitos y de costumbres: cambios en el modelo de concepción de la vejez, mejoras en los niveles de salud, las nuevas tecnologías, la formación a lo largo de la vida, etc. Los perfiles de los nuevos jubilados ya no son los mismos. En general se vive mejor, hay mejor salud, mejor cualificación, mayor inquietud cultural.

Algunas de las propuestas para mejorar promocionar, fomentar y mantener el asociacionismo serían:

- La formulación de una normativa específica sobre subvenciones tipo (adaptada a las asociaciones de mayores).
- Buscar recursos propios y no depender únicamente de subvenciones públicas si las hubiere, estableciendo colaboraciones con sectores privados, fundaciones...en el apoyo a interés de las personas mayores.
- Incluir en la ficha de socios/as de la Asociación un pequeño test que permita conocer las aficiones e intereses

- de las personas que se asocien.
- Adaptar la asociación al perfil de las nuevas personas jubiladas. Hay que dar un nuevo enfoque adaptado a los intereses o servicios de las nuevas generaciones.
 - Diseñar actividades atractivas e interesantes para los socios, actuales y posibles.
 - Allí donde sea posible, establecer una estructura estable profesionalizada de información y asesoramiento técnico propio o concertado en gestión, proyectos y normativa que sean de utilidad para el buen funcionamiento.
 - Eliminar los liderazgos excluyentes y vitalicios
 - Fomentar en la propia asociación la creación de grupos de alerta para evitar que nadie esté solo cuando no quiera estarlo.
 - Facilitar desde las Administraciones cursos de formación en el ámbito asociativo de cara a mejorar la gestión en la propia asociación.
 - Potenciar desde la Administración la participación de las asociaciones en actividades conjuntas en eventos de promoción del asociacionismo y el voluntariado.
 - Convocar concursos con premios que estimulen la participación de los socios/as buscando empresas patrocinadoras relacionadas con el mismo.
 - Modificar o crear nuevos espacios físicos en la propia asociación adaptándolos para todas las edades y a los nuevos tiempos.
 - Promover proyectos en los que puedan tener cabida personas de todas las edades.
 - Compartir entre asociaciones recursos, equipamientos y medios técnicos, personal liberado, técnicos profesionalizados con conocimientos específicos, útiles a varias asociaciones, para rentabilizar recursos.
 - Dar información adaptada a las necesidades y expectativas de los destinatarios.
 - Mostrar los avances de la entidad logrados gracias a la implicación de los socios, así como los logros más próximos e inmediatos.
 - Realizar evaluaciones periódicas del proceso de gestión de la propia asociación.

GRUPO 6: DELIMITAR LA IMPORTANTE CONTRIBUCIÓN DEL VOLUNTARIADO

ENTIDADES PARTICIPANTES

Coordinadora Aragonesa de Voluntariado
 Asociación Voluntariado en Geriatría
 Hospital San Juan de Dios
 Federación de Asociaciones de Alzheimer de Aragón
 Asociación Seniors en Red
 Cruz Roja Aragón

INTRODUCCIÓN

En septiembre de 2017, reunidos en Lisboa representantes de los países miembros de UNECE (United Nations Economic Commission for Europe) reafirmaron los acuerdos del MIPPA (Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento) donde se reconoce la diversidad de la vejez y la necesidad de desarrollar cuidados de larga duración que permitan a las personas vivir sus vidas como desean. Además, incluye términos como cohesión social, solidaridad intergeneracional, envejecimiento activo y saludable, prevención de la discriminación y promoción de oportunidades de participación.¹

En la actualidad, podemos afirmar al voluntariado como una necesidad social con dos vertientes, que combinan, con el necesario equilibrio, las dimensiones de ayuda y participación, sin renunciar a su aspiración de transformación de la sociedad: de un lado, como uno de los instrumentos básicos que dan respuesta a la participación ciudadana de la comunidad en el ámbito social, potenciando su pertenencia y arraigo; y de otra parte, como proveedor de servicios, cumpliendo diferentes funciones complementarias y de apoyo en las entidades que trabajan con colectivos vulnerables para la satisfacción del interés general.

«La ciudadanía reclama un papel cada vez más activo en la atención de las necesidades y en la solución de los problemas que afectan al conjunto de la comunidad, de modo que el papel jugado por la sociedad civil en la consecución de los objetivos compartidos, el volumen de las actividades realizadas a través de la acción voluntaria, así como su diversificación, importancia e impacto la han convertido en uno de los grandes actores sociales contemporáneos»².

Además, el voluntariado da respuesta a necesidades individuales como el incremento de relaciones sociales, de participación grupal, del sentimiento de utilidad y autoestima o de adquisición de aprendizajes y valores sobre el terreno.

La UE propone, entre otras medidas, el fomento del voluntariado como instrumento para adquirir competencias y habilidades sociales personales, recogidas en la Resolución del Parlamento Europeo, de 12 de junio de 2012, sobre el reconocimiento y el fomento de las actividades voluntarias transfronterizas en la UE. A esta propuesta se une la nueva normativa de voluntariado a nivel estatal y autonómico con el establecimiento de un sistema objetivo de reconocimiento de las competencias adquiridas por la persona voluntaria en los artículos 23 y 24 de la ley 45/2015 de Voluntariado³ y el artículo 36 de la ley 6/2018 de Voluntariado de Aragón².

La soledad es subjetiva, se produce cuando no estamos satisfechos o nuestras relaciones son insuficientes o no son como nosotros esperamos. Esta carencia puede ser voluntaria, la persona toma la decisión de estar sola, o involuntaria, esta situación se produce por eventos o circunstancias que se producen a lo largo de la vida. Cuando hablamos de soledad forzada estamos hablando de la carencia involuntaria de compañía.

La soledad es un sentimiento que, vivido durante la vejez, puede llegar a representar importantes dependencias de tipo social, funcional, cognitivo y/o desencadenar problemas de salud que pueden causar dificultades en la vida cotidiana.⁴

Actualmente la soledad es un problema que preocupa a nivel mundial. En España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en enero de 2018, un 19,1% sobre el total de la población eran mayores de 65 años. La proporción de octogenarios era del 6,1% y había 11.229 centenarios.⁵

En España, de las personas que viven solas, más de 4.700.000, un 59% lo hace por voluntad propia y un 41% por obligación. Es decir, un 7,9% de los españoles mayores de 18 vive solo por obligación.⁶

Aragón es una de las comunidades autónomas más envejecidas de España. La edad aumenta la posibilidad de vivir en soledad. Se observa un incremento de hogares unipersonales en mayores de 65 años. Son mayores de 65 años el 21,65% de la población y octogenarios el 7,64%.⁷

«En lo relativo a la soledad de las personas mayores, en cuanto a las relaciones sociales, la soledad se asocia con un contacto poco frecuente con amigos y familiares, insatisfacción con el apoyo recibido y una baja participación social. La soledad también ha sido vinculada a problemas de salud; tanto de salud física como emocional y cognitiva».⁸

Las causas que provocan el sentimiento de soledad están ligadas a falta de comunicación, aislamiento y falta de compañía, carencia de afecto, falta de cariño y/o tristeza o depresión.

En cuanto a quién tiene que afrontar este problema, aunque mayoritariamente se continúa considerando que es la familia quien debe ocuparse de las personas que se sienten solas, ya empieza a verse como una problemática social que debe ser abordada desde las instituciones públicas.⁶

Y es aquí donde el voluntariado, como respuesta de la sociedad, puede contribuir a paliar esta problemática tanto desde una labor de prevención como de intervención en el aislamiento social de las personas mayores.

EL FOMENTO DE LA INCORPORACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES A LABORES DE VOLUNTARIADO COMO UNA PARTE ESENCIAL DE SU PROYECTO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

En los últimos años se ha producido un cambio en el perfil de las personas incorporadas al Voluntariado. Personas con unas determinadas características con las que anteriormente no contábamos.

Hablamos de un determinado segmento de población que debido a la crisis económica habían perdido su puesto de trabajo o se habían jubilado de forma anticipada. Estas dos situaciones pueden generar en las personas sentimientos de abandono o desubicación dentro de la sociedad, ya que el rol anteriormente ejercido es abandonado.

También el perfil de personas jubiladas, viudas o personas que han sido cuidadoras de sus padres, hijos o nietos y han dejado de ejercer ese papel.

El voluntariado favorece la relación entre personas con intereses similares.

En muchas ocasiones cuando se realiza la entrevista de acogida la principal motivación expresada es ayudar a los demás, pero en otras muchas se manifiesta la necesidad de ocupar un espacio de vida que queda totalmente descubierto por la soledad sentida y no elegida.

El Voluntariado puede ofrecer muchos aspectos positivos y saludables para el desarrollo emocional de las personas voluntarias:

- Relación con otros voluntarios. Participando con personas que tiene las mismas inquietudes en la vida (ayudar a los demás), que se mueven y viven de forma similar.
- Formación. Las personas voluntarias al entrar en una entidad se incorporaran a su itinerario formativo, lo cual hace que la capacitación sea una herramienta de desarrollo del voluntariado y de dinamización de ciudadanos activos.
- Mejora de la autoestima.
- Participación de las actividades lúdicas de la entidad dirigidas a voluntarios.
- Ampliación del círculo social y aumento del sentido de pertenencia a un grupo.
- Antídoto frente a la depresión. Ayuda a relativizar las situaciones personales de la índole que sean.
- Sentido de vida. Todas las personas voluntarias opinan lo mismo: «recibo mucho más de lo que doy»

La figura de la coordinación de Voluntariado es importante en estos procesos, no solo en la acogida si no en el acompañamiento del voluntario/a en toda la tarea de la entidad; formación, incidencias, momentos puntuales de la vida personal del Voluntario/a, etc....

Si bien, es importante incidir en que el fin principal del voluntariado es la ayuda a los demás y que el usuario de la acción es el foco principal. Para ello el voluntario/a debe cumplir una serie de criterios que determinará cada entidad para el correcto desarrollo de la tarea.

En el cumplimiento de estos criterios, la Coordinadora Aragonesa de Voluntariado es un canalizador de personas voluntarias hacia las entidades, ya que conocen las características de todas sus entidades y el perfil de los voluntarios/as demandados por cada una de ellas.

LA INCORPORACIÓN DEL VOLUNTARIADO EN INTERVENCIONES CON PERSONAS MAYORES QUE ESTÁN EN RIESGO DE AISLAMIENTO SOCIAL

El Voluntariado puede ser uno de los instrumentos para trabajar situaciones de soledad con personas mayores, pero no debe ser el único.

Podemos contribuir para resolver un problema social tan importante, y que indudablemente va a ir en aumento, con la participación activa de voluntarios. Pero debemos tener en cuenta que el voluntariado tiene una aportación condicionada a la cantidad de voluntarios disponibles y posibles horas de dedicación, también es necesario que cumplan con el perfil adecuado para acompañar a personas en situación de soledad o riesgo de exclusión social.

Se debe cumplir con unas características concretas, estar capacitado para el ejercicio de la actividad y, sobre todo, es necesario que el propio voluntario identifique la importancia de los límites en el ejercicio de la actividad voluntaria, aspectos necesarios para desarrollar acciones de calidad.

Si no se dan las circunstancias adecuadas, la labor realizada puede generar unas expectativas en los usuarios que difícilmente se pueden cumplir, por lo que debemos ser muy claros en definir y programar desde un inicio la intervención del voluntariado en el tema de la soledad.

En ningún caso, el voluntario/a, podrá sustituir a un cuidador principal o a un cuidador formal, ya que la demanda va a ser siempre mayor a la posible disponibilidad del voluntariado. La contribución del voluntariado en la solución a este problema debe ser complementaria a la intervención de los demás agentes.

BUENAS PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN DEL VOLUNTARIADO EN LA SOLEDAD NO DESEADA

Son numerosas las iniciativas que podemos encontrar para abordar esta problemática:

Aragón:

• Coordinadora Aragonesa de Voluntariado

«Haz HOY por ellos lo que te gustaría que mañana hicieran POR TI».

«Rosa comparte 2 horas de su tiempo libre semanal con Julián. Julián comparte con Rosa experiencias de la vida y un par de tazas de café (descafeinado). ¿Y TÚ?, INFORMATE».

A lo largo de su trayectoria han sido diferentes las campañas de comunicación que la Coordinadora Aragonesa de Voluntariado ha lanzado con el fin de promover entre la población aragonesa la participación del voluntariado en el acompañamiento de personas mayores.

Además, esta entidad, que trabaja para el fomento y la defensa del voluntariado en Aragón y a la que pertenecen 89 organizaciones de voluntariado, desarrolla un programa de formación en 17 municipios y/o comarcas de nuestra comunidad autónoma que incluyen cursos y talleres acerca del voluntariado con las persona mayores, habilidades sociales y comunicación en la acción voluntaria, gestión emocional y cuidados de las personas voluntarias en la atención a este y otros colectivos vulnerables y desarrollo personal y motivación de los voluntarios/as.

• Asociación Seniors en Red

Seniors en Red surge ante la existencia de necesidades afectivas, personales, humanas, sociales y relacionales que presentan los mayores de nuestro entorno como consecuencia del creciente envejecimiento de la población, de los cambios en la estructura familiar y social, de un mayor individualismo y del creciente desarraigo familiar.

Este proyecto innovador y pionero, nace del impulso de un grupo de personas Seniors emprendedoras que aportan su larga experiencia personal y profesional. Su objetivo, dar una solución real a una necesidad social: *«La soledad y el aislamiento de las personas mayores»*. Para ello, se fundamenta en la creación de equipos humanos voluntarios.

En Seniors en Red basan su trabajo en un pilar fundamental: el voluntariado. Esta sólida y diversa red de voluntarios, procedente de alianzas con otras entidades públicas y privadas, comparte su talento, experiencia y motivación y la pone al servicio de la misión de la entidad, desde la que se promueve el intercambio generacional y la solidaridad entre generaciones.

La misión de Seniors en Red es fomentar la participación digna y activa de nuestros mayores en la sociedad mediante acciones relacionadas con la amistad, el tiempo compartido y la comunicación, haciendo que se sientan integrados y valorados.

Desde la Asociación, están convencidos de que esta problemática del S. XXI puede paliarse con redes de voluntarios que tengan el compromiso y la voluntad de devolver a la sociedad una pequeña parte de lo que ella les aporta, creando vínculos afectivos y emocionales con aquellos mayores en situación de soledad no elegida. En definitiva, convirtiéndose en un amigo que escucha, acompaña y que, a través de los medios tecnológicos puestos a su disposición, conecta a la persona mayor con la sociedad actual, facilitándoles el contacto con familiares y amigos que, por diversas circunstancias se encuentran lejos, «viajar» a otros lugares mediante APPs populares (Google Maps) o escuchar su música favorita entre otras actividades.

• Asociación Voluntariado en geriatría

Es una Entidad formada por voluntarios/as que, de forma organizada, participan activamente en el desarrollo de acciones para la atención de personas mayores que por edad, situación de dependencia, o por vivir en soledad puedan necesitarla. Surge en 1981 y ha sido pionera en la implantación de servicios y un espacio propiciador de nuevas

realidades participativas, interviniendo activamente en la creación de la Plataforma del Voluntariado de España y la Coordinadora Aragonesa de Voluntariado y, también, apoyando las iniciativas que dieron lugar a la Asociación de Familiares de Alzheimer y CONEX

Actualmente, dentro del área de atención directa, mantienen diferentes proyectos:

- «*Compañía y apoyo a personas mayores*» cuyo objetivo es mantener y mejorar las redes relacionales de este colectivo con el apoyo de personas voluntarias.
- «*Actividades instrumentales y avanzadas: el voluntariado como elemento de apoyo para envejecer con salud*», cuyo objetivo es evitar el aislamiento proporcionando a las personas mayores el apoyo necesario para que sigan participando en su comunidad y accediendo a sus servicios como cualquier ciudadano.
- «*Animación en Centros*». El objetivo es apoyar a personas mayores frágiles y/o dependientes para favorecer su participación y mejorar las relaciones interpersonales, facilitando así su integración en los Centros residenciales con el apoyo de voluntarios.

La estrategia de la Entidad es mantener e incrementar sus líneas de trabajo y teniendo en cuenta la situación actual, han iniciado dos nuevos proyectos:

- «*Apoyo relacional a personas hospitalizadas*» cuyo objetivo es acompañar a personas hospitalizadas con red familiar y social insuficiente. Se está priorizando el apoyo a personas que requieren vigilancia cuando están levantados y es necesario para su recuperación.
- «*Acompañamiento al alta para asegurar el mantenimiento de los tratamientos pautados*», cuyo objetivo es mejorar la adherencia a los tratamientos y asegurar la continuidad de los cuidados tras el alta hospitalaria. Se parte del convencimiento de que contribuir a la recuperación de los procesos y el mantenimiento de las capacidades funcionales, además de garantizar un uso más adecuado de los servicios sanitarios, propicia un aumento de la esperanza de vida saludable y puede influir en que la aparición de dependencia, en este grupo de población, se den a edades más avanzadas.

• **COAPEMA**

Trabaja desde 2018 en un proyecto dirigido a las Asociaciones, entidades y centros de mayores denominado «Abandonando la Soledad», cuyos objetivos son:

- Informar y concienciar de los riesgos de la soledad.
- Formar y preparar a las personas mayores para gestionar la soledad.
- Dar a conocer los recursos y experiencias existentes para la prevención de la misma.

El proyecto consistió en unas conferencias presenciales que se realizaron en centros de mayores seleccionados previamente, retransmitiéndose por internet en abierto, pudiendo participar con preguntas desde sus casas o desde otros centros conectados, pudiéndose visualizar en diferido ya que estas conferencias han quedado grabadas en la propia página web de COAPEMA. En el 2.º semestre del año 2019 se tiene previsto la continuidad de este proyecto.

• **Cruz Roja Aragón**

Promueve la red Social para personas mayores: «Enred@te». Es un programa dirigido a reducir el sentimiento de soledad y el aislamiento involuntario, a través del refuerzo y fortalecimiento de la red social de la persona mayor. El objetivo de este programa es «mejorar la calidad de vida de las personas mayores con relaciones sociales y/o familiares deficitarias en su proceso de envejecimiento».

Se puede asociar a la soledad el empeoramiento de los hábitos de vida, los problemas de salud mental, la aparición temprana del deterioro cognitivo o la mayor exposición a la vulnerabilidad y a sufrir situaciones de abusos o tratos inadecuados.

Su objetivo, por tanto, es dotar a la persona mayor de los conocimientos, recursos y cambios de actitud que le permitan mejorar, incrementar y afianzar su red social, facilitándole el soporte emocional y personal necesario, a través de actividades de información, orientación y capacitación, generando espacios para el encuentro entre iguales y de participación y posibilitando visitas y/o acompañamientos para paliar la soledad.

Cruz Roja prevé la coordinación y derivación con servicios sociales de base, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales, hogares y centros de mayores y centros de salud. En este sentido, hay que hacer especial hincapié en el compromiso alcanzado en este mismo año con el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), con el que Cruz Roja Aragón ha firmado un convenio específico para la atención y protección a los mayores y para la prevención y detección de malos tratos a este sector de población.

En el marco de esta colaboración, Cruz Roja pretende movilizar diferentes agentes (asociaciones, personas relevantes, colectivos profesionales, etc.) que presten su tiempo, su experiencia y su sabiduría en favor de las Personas Mayores para luchar contra la soledad no elegida. Se pretende facilitar entornos más amigables para el colectivo, trabajando desde un enfoque comunitario y sensibilizando a la población en general, incidiendo en las necesidades de buen trato, acompañamiento y participación social de este colectivo.

• **Federación de Asociaciones de Alzheimer de Aragón**

Las Asociaciones de Alzheimer nacen de la unión de los familiares de personas con Alzheimer con el objetivo de dar respuesta a las diversas necesidades que plantea la enfermedad tanto a las personas que la padecen, como a sus familiares/cuidadores.

En Aragón hay actualmente 9 Asociaciones, ubicadas en Alcañiz, Andorra, Barbastro, Caspe, Fraga, Huesca, Monzón, Teruel y Zaragoza, trabajando desde hace más de 25 años.

La mayoría de las personas que padecen Alzheimer son personas mayores.

Uno de los objetivos principales es evitar el aislamiento y la soledad en casa, tanto de la persona enferma como de sus cuidadores, ya que es una enfermedad que dura muchos años y es muy exigente en cuanto a cuidados. La persona con Alzheimer necesita una atención continua de 24 horas del día.

En nuestras actividades colaboran voluntarios para este objetivo realizando:

- Acompañamientos en salidas
- Apoyo en actividades de estimulación física, cognitiva y de la vida diaria
- Actividades de ocio y bienestar
- Apoyo en stand informativos y eventos

• Hospital San Juan de Dios Zaragoza

El Voluntariado de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios nace hace más de 500 años con el inicio de la Orden en Granada. En el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza desde el año 1992 hay un equipo de personas voluntarias que trabajan de forma estable y coordinada las cuales están integradas en todas las áreas asistenciales del hospital. El Objetivo principal del Voluntariado es acompañar y apoyar a todas aquellas personas que están pasando por un proceso de enfermedad y a su vez están ligadas a una situación de soledad no deseada, ya que la soledad repercute de una manera directa en el proceso de enfermedad y en cómo la persona afronta la recuperación de la misma.

El voluntariado a través de sus programas de intervención directa con pacientes trata de atender a pacientes ingresados en el Hospital o vinculados con algunas de sus áreas asistenciales, especialmente a aquellos que están en situación de soledad.

El acompañamiento es el programa más demandado por los propios pacientes, así como por los profesionales que tratan de forma directa a los mismos ya que son ellos los que en muchas ocasiones detectan las situaciones de soledad.

También acompañan al cuidador principal del paciente en momentos puntuales, con el fin de evitar la claudicación del mismo y aliviar el sentimiento de soledad ante la enfermedad que muchas personas sufren.

Este acompañamiento se ha comenzado a llevar a cabo también en los domicilios de forma muy puntual pero con un alto grado de satisfacción, ya que el problema de la soledad y la necesidad de compañía va en aumento en nuestra sociedad.

En España:

• Fundación bancaria «la Caixa»

Siempre Acompañados, se realiza en colaboración con Cruz Roja y tres Ayuntamientos.

El programa «*Siempre Acompañados*» tiene como objetivo detectar y evitar las situaciones de soledad y el aislamiento de las personas mayores, dados por la propia persona, red social, entorno y/o cultura. A partir de acciones de participación ciudadana de carácter preventivo y transformador, se promueve el envejecimiento activo para mejorar la calidad de vida de este colectivo a partir de un modelo de intervención social participativo, integral y transversal.⁹

«*Vivir bien, sentirse mejor*», la estrategia es la capacitación y empoderamiento de las personas mayores para que sean capaces de autogestionarse su soledad.¹⁰

• IMSERSO

Cerca de Ti, una iniciativa del IMSERSO, enmarcada dentro de las políticas sociales de atención y protección a las personas mayores, llevada a cabo con diferentes entidades Cruz Roja, Cáritas y empresas Fundación Vodafone, Asociación de Empresas y Servicios de Telesistencia y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), dirigida a paliar la soledad, ofreciendo acompañamiento presencial y telefónico con voluntarios a personas mayores de 80 años que viven solas, usuarias del servicio de telesistencia y que se encuentran en situación de aislamiento social y soledad.¹¹

• Cruz Roja

Portal Solidario, ofrece ayuda de diversas tipologías desde salud, acompañamiento en labores administrativas, actividades diversas de ocio y tiempo libre, tareas de reparación y mantenimiento del hogar, apoyo de respiro a la persona cuidadora, formación en prevención y primeros auxilios.

Cruz Roja Gipuzkoa es pionera en llevar a cabo este programa integral, único a nivel estatal y europeo. Es ejemplo a seguir en Suecia, Italia y Francia de donde han venido a interesarse por Promotor de Salud y Portal Solidario. Se trata de un proyecto innovador de interés a nivel nacional. El objetivo general que se persigue con las diferentes campañas es crear una red para evitar que cuando alguien se cae (en sentido figurado, pero también en sentido literal) le ayuden las personas que tiene más cerca, evitando que se caiga, y si no es posible, evitando la operación o la intervención del médico.¹²

• Programa Hilo de Plata, asociación Nagusilán

En el País Vasco, ofrecen un programa de lucha contra la soledad, por teléfono y con visita de voluntarios seniors a residencias. También realizan actividades estimulativas, relacionales, culturales y lúdicas.¹³

• **La Unión Democrática de Jubilados y Pensionistas (UDP)**

Ha puesto en marcha un proyecto dirigido a paliar la soledad. El objetivo es que los voluntarios adquieran las habilidades necesarias para poder acompañar a grupos de mujeres vulnerables seleccionadas por los servicios. Programa que forma y capacita voluntarios para atender personas mayores que tenga vulnerabilidad social.¹⁴

• **Cuidamos Contigo, desarrollado por la Fundación Pilares**

Desde Fundación Pilares para la autonomía personal han puesto en marcha un programa de apoyo para personas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia y para personas cuidadoras, basándose en un modelo de atención respetuoso con su dignidad y sus derechos, desde el que consideramos que:

Cada persona es singular, por tanto, con cada una se trabaja de forma personalizada

Además de sus dificultades, se tienen en cuenta los deseos, preferencias y gustos de quien necesita apoyos y de su familia cuidadora.

Ofrecen respuestas integrales porque trabajan en cooperación y colaboración con los recursos de la comunidad.¹⁵

• **Federación de Amigos de las Personas Mayores**

Se fundó en 2010 en España y agrupa a fundaciones amigas de las personas mayores de Cataluña (Amics de la Gent Gran, desde 1987) y Valencia (Amics de la Gent Major, desde 2000). Además, existe una Asociación Amigos de los Mayores en Madrid. Estas asociaciones realizan tareas de acompañamiento domiciliario periódico y también puntual, un variado programa de actividades y campañas de sensibilización social.

Por otro lado, Amics de la Gent Gran ha creado un Observatorio de la soledad.

¿Qué tipo de acciones se pueden emprender para abordar la soledad en el domicilio y desde la comunidad? Puede resultar interesante para coger algunas ideas consultar la publicación «La soledad no tiene edad. Explorando vivencias multigeneracionales» (<https://twitter.com/ObservaSoledad>).¹⁶

• **Grandes vecinos**

Grandes Vecinos (www.grandesvecinos.org) ha cosechado muchos éxitos. Se trata de poner en contacto a una persona mayor con síntomas de soledad con personas que viven cerca de ella y que están interesados en compartir tiempo y actividades en el barrio. Está inspirado en el programa realizado en París por «Vosin-Age» (Ver: www.peuplade.fr). A diferencia de otros programas Tienen asignados varios vecinos que de manera flexible se ocupan de la persona generando una red vecinal que protege a la persona mayor.

Pablo, vecino de Chueca: *Las personas mayores necesitan, sobre todo, sentirse acompañadas. Mi relación con Aurelia se basa en compartir: yo le preparo algo de comer, ella me invita a ir a tomar algo... ¡Y hasta viene a mis cumpleaños con mis amigos! Cuando vine al barrio no conocía a mucha gente y fue una suerte dar con ella. No pasa nada si en nuestro día a día no tenemos mucho tiempo; este proyecto se adapta a la disponibilidad de cada uno.*

Aurelia, Gran Vecina de Chueca: *Me gusta mucho relacionarme con gente joven y conocer a gente nueva del barrio. Es agradable que te pregunten de vez en cuando «¿Cómo vas, Aurelia?», sentir que se preocupan por mí. Aunque estoy sola, sé que cuento con muchos vecinos que están ahí para cuando les necesite y con los que compartir una charla por teléfono o un café.*¹⁷

• **Ayuntamiento de Madrid**

Programa de Detección de Ancianos Frágiles con Alto Riesgo de Aislamiento Social y el Servicio de Apoyo Psicológico al Mayor en Aislamiento Social, Ayuntamiento de Madrid, un programa de intervención en casos de aislamiento social en colaboración con el Colegio Oficial de Psicólogos.

Un logro importante del trabajo ha consistido en demostrar la posibilidad real de diseñar y poner en funcionamiento un servicio de atención psicológica a las personas mayores en aislamiento social y su inserción en la red normalizada municipal de recursos para personas mayores.¹⁸

A nivel internacional:

• **En Dinamarca: The Mary Foundation**

Todos nos sentimos solos de vez en cuando; Esta es una parte natural de la vida. Pero para algunas personas, la soledad se convierte en un elemento constante en sus vidas y se sienten solos todos los días. Y si la soledad se afianza y se convierte en un sentimiento duradero, también es perjudicial. Olvidamos o perdemos completamente nuestras habilidades sociales si nunca las usamos. Simplemente participar en una conversación completamente normal puede presentarse como una tarea imposible, por ejemplo, y nuestros cuerpos reaccionan elevando nuestra presión arterial y nos sentimos estresados. Además, la soledad es también un problema oculto y pasado por alto: en The Mary Foundation quieren cambiar eso¹⁹

• **En Reino Unido: «End Loneliness»**

La Campaña para acabar con la soledad en el Reino Unido parte de la creencia de que las personas de todas las edades necesitan conexiones importantes.

Hay 9 millones de personas solitarias en el Reino Unido y cuatro millones de ellas son personas mayores. A muchas personas mayores les resulta más difícil superar la soledad constante. Carecen de la amistad y el apoyo que todos necesitamos.

Expertos en el campo de la soledad y la conexión desde 2011 comparten investigaciones, pruebas y conocimientos con miles de otras organizaciones y el público para marcar una diferencia en la vida de las personas mayores.

Se trata de inspirar la necesidad de conectarse y unir comunidades en todo el Reino Unido
Y juntos podemos acabar con la soledad.»²⁰

• En Canadá: **Canadian Seniors Council**

El National Seniors Council se compromete con personas mayores, partes interesadas y expertos para asesorar al Gobierno de Canadá sobre temas y oportunidades actuales y emergentes relacionadas con la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores. El Consejo produce informes y publicaciones basadas en sus hallazgos». ²¹

• En USA: **Fundación AARP**

«*Compartir es vivir*», responde al principio rector de la Dra Andrus: «servir, no ser servido», pero amplía las maneras tradicionales para ofrecerse como voluntario al conectar a las personas con actividades simples, oportunidades de tiempo flexible y una amplia variedad de intereses.»²²

CONCLUSIÓN Y PROPUESTAS

La acción del voluntariado dirigida a mejorar las condiciones de vida de las personas mayores en situación de soledad no deseada debe enmarcarse dentro de un programa global, como agentes en el proceso de atención integral a la persona mayor. El voluntariado es una actividad social y comunitaria que debe plantearse desde la calidad, la cultura organizativa y el trabajo bien planificado, ejecutado, coordinado y evaluado.

La soledad exige un abordaje común entre las administraciones públicas competentes, y las entidades y asociaciones que actúan en este ámbito y, por tanto, el impulso del voluntariado y la implicación ciudadana y de profesionales en estructuras comunitarias de trabajo se convierten en fundamentales, pero sin olvidar, la responsabilidad última de los poderes públicos en atención de las personas mayores en soledad no elegida ni la labor de denuncia del voluntariado en caso de insuficiencia de respuestas ante esta responsabilidad.

El desarrollo de estas estructuras comunitarias irá acompañado de las siguientes propuestas:

1. Implementación de un **código ético y/o decálogo de buenas prácticas** para la atención a personas mayores vulnerables, que deberán conocer todos los voluntarios/as para ajustar a él sus acciones, en los que se establezcan los límites y la labor de complementariedad del voluntariado respecto del cuidador y de los servicios sociosanitarios. Estos límites deberán ser conocidos y respetados, además, por los demás agentes de intervención.
2. Análisis de las necesidades formativas en la atención de personas mayores en riesgo de aislamiento social para su incorporación a los **planes de formación del voluntariado**. Además, estos planes deberán incluir acciones de motivación a los mayores voluntarios/as, formación para la acogida y gestión del voluntariado y formación específica en el código ético y decálogo de buenas prácticas implementado.
Los planes de formación del voluntariado deberán extenderse a todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón.
3. Creación de un **canal de comunicación e interacción entre las organizaciones de voluntariado y los servicios públicos sociosanitarios**. Desarrollo de campañas informativas con la finalidad del conocimiento mutuo de recursos. Elaboración protocolos de derivación en caso de detección que garanticen el análisis y la asignación de recursos a cada situación.
4. Puesta en marcha de **campañas de sensibilización ciudadana** impulsando el voluntariado de los mayores como espacio de vida ante la soledad sentida y no elegida y la reactivación de las redes de proximidad en cuestiones de soledad en particular, y de envejecimiento y vulnerabilidad, en general.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.— Un.org. (2019). [online] Available at: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-sp.pdf> [Accessed 17 Jul. 2019].
- 2.— Aragonparticipa.aragon.es. (2019). [online] Available at: http://aragonparticipa.aragon.es/sites/default/files/ley_de_voluntariado_de_aragon_2018.pdf [Accessed 18 Jul. 2019].
- 3.— Plataformavoluntariado.org. (2019). [online] Available at: <https://plataformavoluntariado.org/wp-content/uploads/2018/10/guia-facil-la-ley-del-voluntariado-en-5-pasos-ley-45-2015-de-14-de-octubre-de-voluntariado-boe-247-del-15-de-octubre.pdf> [Accessed 18 Jul. 2019].
- 4.— Rodríguez Martín, M. (2009). La soledad en el anciano. Gerokomos, 20(4), 159-166.
- 5.— Ine.es. (2019). [online] Available at: https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf [Accessed 17 Jul. 2019].
- 6.— Un.org. (2019). [online] Available at: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-sp.pdf> [Accessed 17].

- 7.— Proporción de personas mayores de cierta edad por comunidad autónoma(1451). (2019). Retrieved 18 July 2019, from <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1451>
- 8.— Un.org. (2019). [online] Available at: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-sp.pdf> [Accessed 17 Jul. 2019].
- 9.— Obrasociallacaixa.org. (2019). [online] Available at: <https://obrasociallacaixa.org/es/pobreza-accion-social/personas-mayores/siempre-acompanados> [Accessed 17 Jul. 2019].
- 10.— Obrasociallacaixa.org. (2019). [online] Available at: https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/660546/vivir_en_positivo_es.pdf/0dd61dde-59cd-47b7-b03e-64f670c7aa4e [Accessed 17 Jul. 2019].
- 11.— Imserso.es. (2019). [online] Available at: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm45.pdf> [Accessed 17 Jul. 2019].
- 12.— Comunidad, B. (2019). Portal Solidario. Cruz Roja | Salud y Comunidad. [online] Osatzen.com. Available at: <http://www.osatzen.com/blog-salud-comunidad/category/portal-solidario-cruz-roja> [Accessed 17 Jul. 2019].
- 13.— Irun.org. (2019). IRUN.ORG: Ayuntamiento: Irun para vivir-Entidades-Erakundeak-Ficha. [online] Available at: <http://www.irun.org/cod/entidades/entidad.asp?idioma=1&clave=1801> [Accessed 17 Jul. 2019].
- 14.— Mayores UDP | Unión Democrática de Pensionistas. (2019). Programas de envejecimiento activo | Mayores UDP. [online] Available at: <https://www.mayoresudp.org/programas-de-envejecimiento-activo/> [Accessed 17 Jul. 2019].
- 15.— Pilares, F. (2019). Cuidamos contigo. Fundación Pilares. [online] Fundacionpilares.org. Available at: <http://www.fundacionpilares.org/hacemos/atencion-domicilio-entorno/cuidamos-contigo/index.php#ancla3> [Accessed 17 Jul. 2019].
- 16.— Federacionamigosdelosmayores.org. (2019). Federación Amigos de los Mayores. [online] Available at: <http://www.federacionamigosdelosmayores.org/> [Accessed 17 Jul. 2019].
- 17.— Grandes Vecinos. (2019). Grandes Vecinos-Cercanía, sencillez e intercambios. [online] Available at: <https://www.grandesvecinos.org/> [Accessed 17 Jul. 2019].
- 18.— Santos-Olmo, A., Ausín, B., Muñoz, M. and Serrano, P. (2019). Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de búsqueda activa. [online] Scielo.isciii.es. Available at: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000300007 [Accessed 17 Jul. 2019].
- 19.— Maryfonden.dk. (2019). Loneliness | MaryFonden.dk. [online] Available at: <https://www.maryfonden.dk/en/loneliness> [Accessed 17 Jul. 2019].
- 20.— Campaign to End Loneliness. (2019). About the Campaign-Campaign to End Loneliness. [online] Available at: <https://www.campaigntoendloneliness.org/about-the-campaign/> [Accessed 17 Jul. 2019].
- 21.— Canada, E. (2019). National Seniors Council-Canada.ca. [online] Canada.ca. Available at: <https://www.canada.ca/en/national-seniors-council.html> [Accessed 17 Jul. 2019].
- 22.— Compartir es Vivir. (2019). Retrieved 18 July 2019, from <https://compartiresvivir.org/quienes-somos>

GRUPO 7: SITUACIÓN EN CENTROS RESIDENCIALES Y SANITARIOS

ENTIDADES PARTICIPANTES

Los miembros de este Grupo de Trabajo han sido:

- Lares Aragón.
- Fundación Federico Ozanam.
- Aralia Servicios.
- CAVARAGON.
- Residencia San Hermenegildo, Teruel.
- Sociedad Aragonesa de Geriátrica y Gerontología.
- Colegio Profesional de Psicología de Aragón.
- Colegio de Trabajo Social de Aragón.

Por la Institución del Justicia de Aragón ha participado Carmen Gracia López, Asesora.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la población mayor en nuestra sociedad, está ligada a un aumento de la esperanza de vida. Al mismo tiempo que aumenta la edad del individuo progresa el envejecimiento y, con ello, los problemas sociales y de

salud. El progresivo aumento de enfermedades que comporta el envejecimiento es una de las causas principales de discapacidad de la disminución de la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias (1).

La soledad y el aislamiento social son los elementos que acompañan al estado de salud del mayor cuando se trata de procesos largos y crónicos. **La soledad es** la sensación subjetiva de tener menor afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo (soledad emocional), de experimentar poca proximidad a familiares y amigos (soledad relacional) o de sentirse socialmente poco valorado (soledad colectiva). **El aislamiento social es** la situación objetiva de contar con mínimos contactos con otras personas bien sean familiares o amigos. Su contribución al incremento de la morbimortalidad es comparable al de otros factores de riesgo (2).

Puede pensarse que cuando una persona mayor se traslada a vivir a un centro residencial deja de estar sola, puesto que de un día para otro pasa a compartir su vida, espacios y actividades, con un grupo más o menos grande de personas. En algunos casos es así, y el solo hecho de permanecer acompañadas en todo momento resulta terapéutico. Pero no podemos olvidar que existe una soledad objetiva, entendida como falta de compañía y una soledad subjetiva, que padecen las personas que se sienten solas (IMSERSO, 2000), a pesar, incluso, de la existencia de familiares o allegados.

Muchas de las personas que van a vivir a residencias experimentan sentimientos de abandono y se aíslan, otras carecen de familia o de apoyos sociales, algunas creen que ya no son útiles. Los centros residenciales tienen como fin la calidad de vida, por lo que no pueden olvidar dos dimensiones fundamentales: las relaciones interpersonales y la inclusión social (Shalock, L. R. Y Verdugo, M.A., 2007). Las personas mayores necesitan sentirse queridas, y ser reconocidas y aceptadas en su entorno; intervenir para conseguirlo ha de ser uno de los objetivos de los equipos interdisciplinarios de los centros residenciales. Sin olvidar que para ello será necesaria la participación de la propia persona mayor, el apoyo de la sociedad y la colaboración de las administraciones públicas.

La cara más negativa de la soledad para las personas que viven solas está asociada al miedo a estar enfermas, sin tener nadie a su lado que les atienda o socorra de inmediato, y a la ausencia de apoyo afectivo o relacional por llevar una vida que transcurre en solitario.

Las personas que se sienten solas acuden más a los hospitales y a las consultas, quizás en busca de compañía más que en busca de medicamentos, según distintos estudios. La mala salud, tanto percibida como diagnosticada, aumenta las posibilidades de utilización de servicios en cualquiera de sus niveles.

El 58% de las personas que se sienten solas perciben que su salud es regular, mala o muy mala, proporción que desciende hasta el 25,7% en el caso de las personas que no se sienten solas (3). La utilización de los servicios sanitarios por parte de los mayores, en este caso proporciona el contacto y la proximidad social.

Las personas mayores se convierten en hiperfrecuentadoras de los servicios de salud. El aislamiento social es muy común entre estas personas. Entre los factores predictores se encuentran: la edad mayor de 65 años, la polimedicación o consumo de más de tres fármacos, la comorbilidad, padecer deterioro cognitivo o padecer una afección emocional, mientras que padecer una dependencia no es un factor relevante que determine la hiperfrecuentación de la Atención Primaria y los servicios de urgencias (4).

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España, en los servicios sanitarios ambulatorios, el último médico consultado por los usuarios fue de la sanidad pública en el 86,4% y, a partir de los 75 años, por encima del 92%. Tres de cada diez personas de 65 y más años (no institucionalizadas) refieren algún grado de deterioro cognitivo. La dificultad cognitiva alcanza al 31,3% de la población de 65 y más años (9).

Metodología de Trabajo

El grupo ha mantenido las siguientes **reuniones**, todas ellas en la sede del Justicia de Aragón en horario de 10,00 a 12,30 horas:

- 8 de febrero de 2019
- 22 de marzo de 2019
- 26 de abril de 2019
- 17 de mayo de 2019

Para desarrollar su trabajo el grupo ha utilizado correo electrónico y se han compartido documentos a través de Google Drive.

En la primera reunión, celebrada el día 8 de febrero de 2019, tras una presentación y un primer análisis de la situación actual, se definen las siguientes ideas fuerza a trabajar:

- 1.— Evolución del modelo asistencial residencias hacia un modelo de Atención Centrada en la Persona.
- 2.— Necesidades afectivas en las residencias y en los traslados e ingresos hospitalarios.
- 3.— Detección, atención e intervención en el ámbito sanitario: ¿Cómo mejorarlo?
- 4.— Situaciones de exclusión social.
- 5.— Recursos en Servicios y Centros sociales y residenciales.

El grupo de trabajo acuerda designar Coordinadora a Lucía Tomás Aragónés y Co-Coordinadora a Belén Entrena Vicén.

En las siguientes reuniones, celebrada el 22 de marzo y 26 de abril de 2019, se revisan las ideas fuerza, se aportan buenas prácticas y se acuerda la presentación de conclusiones y propuestas en la última de las reuniones del grupo.

En la última reunión, celebrada el día 17 de mayo de 2019, se presentan los documentos elaborados por los distintos miembros del grupo de trabajo. Con base en los mismos se han elaborado las siguientes Conclusiones y Propuestas:

Conclusiones y Propuestas:

1. Evolución del modelo asistencial residencias hacia un modelo de Atención Centrada en la Persona:

Implantar un **Modelo de Atención Centrada en la Persona (AICP)**, que es «el que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva» (Rodríguez Rodríguez, P., 2013). Se proporciona una **atención adecuada de manera individual** a cada persona, contando con la familia como pilar fundamental.

- Elaborar la **Historia de Vida**, instrumento para detectar la soledad no deseada y diseñar el plan de atención, con objetivos y actuaciones dirigidas a paliar la soledad y el aislamiento.
- Introducción del uso de **escalas para medir el sentimiento de soledad**. Uno de las más usadas es la Escala de soledad de Universidad de California, Los Ángeles (UCLA), en su versión 3 (Russell, 1996).
- Respeto a los principios de **autonomía, libertad y participación**.
- **Sujetos clave:**
 - La persona usuaria
 - La familia y entorno cercano: comunicación bidireccional
 - Los profesionales: importancia del personal auxiliar.
- Establecimiento de **protocolos** de preingreso, ingreso y adaptación.
- Importancia de la **familia y grupos de pertenencia**, que ven modificados sus roles y deben adaptarse a la nueva situación.
- Tener en cuenta la soledad que también afecta al **cuidador** que deja de serlo tras el ingreso en residencia de su familiar.
- Establecer **objetivos e intervenciones** ante:
 - **soledad emocional:** acompañamiento semanal por personas voluntarias, formación y manejo de nuevas tecnologías, talleres para mejorar habilidades y autoestima, terapia asistida con animales, terapia con muñecas y con mascotas-robots...
 - **soledad social:** participación en proyectos de aprendizaje con colegios, institutos y universidades, asignación de tareas significativas según la historia de vida, hacer a la persona protagonista de la semana...
- Implantación de **programas de intervención** que atienden la soledad «no elegida»:
 - **Información, orientación y asesoramiento:** atender y acoger cálidamente las demandas de los residentes; informar y orientar sobre los recursos existentes; reforzar los recursos que cada persona posee; ofrecer apoyo emocional.
 - **Programa «No estás solo»:** apoyo emocional en la adaptación al centro. Su objetivo es «proporcionar un apoyo emocional de los residentes, que contribuya a superar los obstáculos que dificultan el reajuste a la normalidad, tras su ingreso en la residencia».
 - Actividades: sesiones informativas; talleres prácticos; grupos de apoyo.
- **Reevaluación:** revisar los resultados alcanzados con las intervenciones mediante las escalas para medir el sentimiento de soledad y, en función de sus resultados, establecer nuevos objetivos e intervenciones.
- **Profesionales:**
 - Sensibilización ante la problemática de la soledad.
 - Dotarles de herramientas para su detección y derivación.
 - Formación de equipos multidisciplinares, que incluyan psicólogos.

2. Necesidades afectivas en las residencias y en los traslados e ingresos hospitalarios:

- **Valoración de la situación de la persona al ingreso**, uso del cuestionario que valora el sociotipo (SOCQ).
- **Adaptación de los hospitales** ante la nueva realidad del incremento de demanda por parte de los mayores en soledad no deseada y sus situaciones: falta de cuidador, cuidador en soledad, cuidador de edad avanzada...
- Realización de la **valoración geriátrica** para evitar ingresos hospitalarios inadecuados.
- Establecimiento de **programas específicos** de atención a los mayores en soledad en traslados e ingresos hospitalarios.
- Establecimiento de un **Plan de Cuidados** que continuase después de su ingreso hospitalario.
- Establecimiento de programas que atiendan al **cuidador** que se queda solo tras el ingreso de su familiar en una residencia o en un hospital.

3. Detección, atención e intervención en el ámbito sanitario: ¿Cómo mejorarlo?

- Incorporación de **escalas diagnósticas de soledad** y registro en la **historia clínica** sanitaria.
- Identificación de **profesionales de referencia** que se encarguen del registro, seguimiento y coordinación sociosanitaria.
- **Formación de los profesionales** sanitarios y no sanitarios para la detección de los sentimientos de soledad y la calidad de la red social y vínculos afectivos con sus allegados de las personas que presentan

factores de riesgo de soledad.

- Implantación de **programas específicos** de Atención a los Mayores en atención primaria y especializada.
- Elaboración e implantación de protocolos para hacer el **«hospital amigable»** de las personas mayores.
- Mejorar los medios para permitir el **acompañamiento** de las personas mayores durante el traslado y **estancia** en los centros sanitarios.
- Establecimiento de medidas de **buen trato en los Centros de Salud**:
 - No hacerles sentir como una carga, escucha atenta, conocer su biografía, valores, preferencias...
 - Fomentar realización de voluntades anticipadas.
 - Realización de acciones que promuevan autonomía física, social, moral y prevengan dependencia funcional.

4. Situaciones de exclusión social:

- Necesidad de dotar de **recursos adecuados al Sistema Público** de Servicios Sociales para poder atender desde la realidad las situaciones de exclusión social.
- Posibilitar el establecimiento de **concierto social** en la diversidad de recursos que atienden a estos colectivos (transeúntes, mayores no dependientes, mujeres solas, multiproblemática social).
- **Coordinación sociosanitaria**: establecimiento de protocolos de actuación entre **Salud Mental (SM)** y el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (**IASS**) para derivación de residentes-pacientes por vía extraordinaria, desplazamiento profesionales a los centros, acceso de residencias en exclusión a otros recursos de SM, talleres ocupacionales...
- Creación de un **equipo de intervención especializado** de soporte ubicado en Servicios Centrales del IASS para apoyo y orientación a los centros para personas en exclusión social e intervención con carácter extraordinario en casos necesarios.
- **Reto** mejorar dotación en centros propios y crear centros específicos para atención personas en exclusión social.

5. Recursos en Servicios y Centros sociales y residenciales:

- **Revisión y actualización del Decreto de mínimos** de servicios y establecimientos sociales en Aragón, que garanticen una adecuada atención a las personas residentes que sufren soledad no deseada. De forma coherente que se realice una revisión de los precios de los conciertos con las distintas entidades, garantizando la sostenibilidad del sistema y el cumplimiento por parte de la administración de su función de control y seguimiento.
- Establecimiento de medidas que garanticen la **coordinación sociosanitaria** entre las distintas administraciones, que permitan la detección y establecimiento de intervenciones que evite o disminuya la soledad no deseada.
- Garantizar la **apertura todo el año**, incluido verano, de los centros de convivencia y hogares sociales, que permitan la socialización de las personas que acuden a ellos.

En la última reunión, celebrada el día 17 de mayo de 2019, se presentan los siguientes documentos elaborados por los distintos miembros del grupo de trabajo:

DOCUMENTO 1. SOLEDAD NO DESEADA EN RESIDENCIAS: DETECCIÓN E INTERVENCIÓN

Puede pensarse que cuando una persona mayor se traslada a vivir a un centro residencial deja de estar sola, puesto que de un día para otro pasa a compartir su vida, espacios y actividades, con un grupo más o menos grande de personas. En algunos casos es así, y el solo hecho de permanecer acompañadas en todo momento resulta terapéutico. Pero no podemos olvidar que existe una soledad objetiva, entendida como falta de compañía y una soledad subjetiva, que padecen las personas que se sienten solas (IMSERSO, 2000), a pesar, incluso, de la existencia de familiares o allegados.

Muchas de las personas que van a vivir a residencias experimentan sentimientos de abandono y se aíslan, otras carecen de familia o de apoyos sociales, algunas creen que ya no son útiles. Los centros residenciales tienen como fin la calidad de vida, por lo que no pueden olvidar dos dimensiones fundamentales: las relaciones interpersonales y la inclusión social (Shalock, L. R. Y Verdugo, M.A., 2007). Las personas mayores necesitan sentirse queridas, y ser reconocidas y aceptadas en su entorno; intervenir para conseguirlo ha de ser uno de los objetivos de los equipos interdisciplinarios de los centros residenciales. Sin olvidar que para ello será necesaria la participación de la propia persona mayor, el apoyo de la sociedad y la colaboración de las administraciones públicas.

DETECCIÓN DE LA SOLEDAD NO DESEADA

Historia de Vida

El modelo de atención en residencias de personas mayores está experimentando una positiva evolución en los últimos años, desde un modelo centrado en los servicios, hacia un modelo centrado en la persona. En el primer modelo, el sujeto tiene un papel pasivo como receptor de servicios, y son los profesionales quienes prescriben lo más

adecuado a sus necesidades individuales (Martínez Rodríguez, T., 2011). Generalmente está basado en la provisión de servicios asistenciales o sanitarios y la gestión de estos.

Por el contrario, el modelo llamado de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) es «el que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva» (Rodríguez Rodríguez, P., 2013).

En este nuevo modelo, conocer la biografía de la persona es fundamental para planificar su plan de atención. La Historia de Vida es un instrumento que nos permite conocer qué vida, qué situaciones y cómo han vivido las personas antes de entrar en el centro. A través de su relato, le acompañamos en sus recuerdos y vivencias.

Cuando la persona no tiene capacidad suficiente para informar, la Historia de vida podrá ser completada o realizada por sus familiares o amigos, siempre que la persona, o quien ejerza su representación, lo consienta (Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M. Y Rodríguez, P., 2014).

La Historia de Vida, por lo tanto, puede convertirse en un valioso instrumento para detectar la soledad no deseada y diseñar el plan de atención, con objetivos y actuaciones dirigidas a paliar la soledad y el aislamiento.

Escala de soledad

La utilización de una escala para medir el sentimiento de soledad puede ser útil, no solo para el diagnóstico sino también para la evaluación, ya que nos permitirá valorar si las intervenciones diseñadas contribuyen a que la persona se sienta menos sola.

Uno de los instrumentos más utilizado para medir la soledad es la Escala de Soledad de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA), en su versión 3 (Russell, 1996).

La escala consta de 10 preguntas puntuables entre 10 y 4 puntos, lo que permite una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Puntuaciones inferiores a 20 pueden indicar un grado severo de soledad y puntuaciones entre 20-30 pueden indicar un grado moderado de soledad (Velarde, C., Fragua, S. y García de Cecilia, J.M., 2016).

Escala de soledad de la UCLA	
Indique en qué grado le describen a usted cada una de las afirmaciones siguientes: Señale con el número 1 al 4 cada una de ellas.	
1. – Indica: «me siento así a menudo».	
2. – Indica: «me siento así con frecuencia»	
3. – Indica: «raramente me siento así»	
4. – Indica: «nunca me siento de ese modo»	
Con qué frecuencia se siente infeliz haciendo tantas cosas solo	1 2 3 4
Con qué frecuencia siente que no tiene a nadie con quien hablar	1 2 3 4
Con qué frecuencia siente que no puede tolerar sentirse solo	1 2 3 4
Con qué frecuencia siente que nadie le entiende	1 2 3 4
Con qué frecuencia se encuentra a sí mismo esperando que alguien le llame o le escriba	1 2 3 4
Con qué frecuencia se siente completamente solo	1 2 3 4
Con qué frecuencia se siente incapaz de llegar a los que le rodean o comunicarse con ellos	1 2 3 4
Con qué frecuencia se siente hambriento de compañía	1 2 3 4
Con qué frecuencia siente que es difícil para usted hacer amigos	1 2 3 4
Con qué frecuencia se siente silenciado y excluido por los demás	1 2 3 4

INTERVENCIÓN

El Plan de Atención Integral es el proceso mediante el que se planifica la atención que cada persona va a recibir durante su vida en el centro. Para elaborarlo, hay que partir de la historia de vida y de la valoración de necesidades realizada por los profesionales, en la que se incluirá si la persona sufre soledad no deseada. A continuación, el equipo interdisciplinar del centro en colaboración con la persona usuaria y su red de apoyo, si la tuviera, establecerán objetivos y desarrollarán intervenciones dirigidas a superar la sensación de aislamiento y aburrimiento, de no ser aceptado por los otros, de pérdida de roles sociales (soledad social), y otras dirigidas a trabajar la falta de vinculaciones afectivas intensas (soledad emocional) y a reforzar las existentes.

En cuanto a los tipos de intervención, pueden ser múltiples y variadas en función de los deseos y necesidades de cada persona. Como indican Pinazo y Bellegarde (2018), las intervenciones «se basan en mejorar las habilidades sociales, promover el apoyo social, aumentar las oportunidades para la interacción social y actuar sobre los pensamientos sociales maladaptativos.»

Para finalizar y a modo de ejemplo, podemos citar algunas actuaciones llevadas a cabo en distintas residencias.

Intervenciones para paliar la soledad emocional:

- Acompañamiento semanal por personas voluntarias.
 - Formación y manejo de nuevas tecnologías (videoconferencia, acceso a Internet...).
 - Talleres para mejorar habilidades sociales y autoestima.
 - Terapia asistida con animales.
 - Terapia con muñecas y con mascotas-robots.
 - Talleres de jardinería y horticultura.
 - Terapias de reminiscencia.
 - Risoterapia.
 - Proyecto «Música para despertar»
 - Cualquier actividad grupal donde los participantes puedan interactuar y formar lazos de unión.
- Intervenciones para paliar la soledad social:
- Participación en proyectos de aprendizaje servicio con colegios, institutos y universidades.
 - Asignación de tareas significativas según la historia de vida.
 - Hacer a la persona protagonista de la semana.
 - Creación de grupos en función de intereses comunes.
 - Colonias intergeneracionales

BIBLIOGRAFÍA

- Madrigal Muñoz, A. (2000). La soledad de las personas mayores. Boletín sobre el envejecimiento. Observatorio de Personas Mayores, IMSERSO, diciembre.
- Martínez Rodríguez, T. (2011). La Atención Gerontológica Centrada en la Persona: guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M. y Rodríguez, P. (2014). Atención Centrada en la Persona. Cuadernos prácticos. Gobierno Vasco.
- Pinazo, S. y Bellegarde, M. (2018). La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal. N.º 5.
- Rodríguez, P. (2013). La Atención Integral y Centrada en la Persona. Madrid. Fundación Pilares.
- Shalock, L. R. y Verdugo, M.A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Vol. 38 (4), n.º 224, 21-26.
- Velarde, C., Fragua, S. y García De Cecilia, J.M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. Medicina de Familia. SUMERGEN, vol. 42. Núm. 3.
- Fago, M. y Morel, M. A. (Coord.), (s.f.). Modelo de atención y gestión residencial. Marco y modelo de atención. Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Gobierno de Aragón.

DOCUMENTO 2.— SOLEDAD NO ELEGIDA EN CENTROS SANITARIOS

Casi 5 millones de personas viven solas en España. La soledad ha sido descrita como un tipo de pobreza. La soledad puede llevar a la persona afectada a la dejadez, dejadez en la alimentación, en el cuidado personal, en mantenerse activo. La persona se encierra en mí misma y esto tiene consecuencias en la salud, tanto física como psicológica. La soledad no elegida es uno de los mayores riesgos para el deterioro de la salud y un factor determinante que favorece la entrada de estas personas en situación de dependencia. La soledad es factor de riesgo para la depresión, el deterioro cognitivo, la morbilidad y la mortalidad.

Según el Instituto Aragonés de Estadística, el colectivo de personas mayores en Aragón está compuesto por 280.365 personas, de las que 177.201 tienen entre 65 y 80 años y el resto, 103.164, más de 80. Esto supone un 21% de la población aragonesa, y de ellas, un 23% viven solas.

La OMS (2016) advierte que la soledad es uno de los problemas que amenaza la salud mental de las personas mayores y propone promocionar la salud de esta a través de programas sanitarios y sociales dirigidos específicamente a poblaciones vulnerables, como el caso de las personas mayores que viven solas, para poder prevenir situaciones de aislamiento social o soledad. En 2020 alrededor del 20% de los europeos superará los 65 años de edad.

Más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios importantes, por ejemplo, en las funciones y posiciones sociales. Aunque puede que algunos de estos cambios sean el resultado de la adaptación a la pérdida, otros reflejan el crecimiento psicológico sostenido en la edad avanzada que pueden estar asociados con la adquisición de nuevos puntos de vista y contextos sociales. (OMS 2016)

La autopercepción de las relaciones sociales es más importante que los vínculos sociales reales. Una persona puede estar hiperconectada y, sin embargo, sentirse sola.

Por eso, hay que diferenciar entre la soledad deseada, que tiene cierto punto positivo, y la no deseada; también sentirse solo con estarlo porque hay gente que no está sola pero sus relaciones no son significativas. Los efectos de la soledad, del aislamiento, de dar vueltas a las cosas, por edad son muy parecidos. Lo que afecta es la vulnerabilidad, ser mayor y no poder salir de casa, o que te diagnostiquen una enfermedad y no tener a nadie que te dé apoyo, por ejemplo», precisa este experto.

Las relaciones sociales funcionan como «amortiguadores del estrés», es decir, otras personas interfieren entre «la persona» y las «dificultades» a las que se enfrenta.

Nuestras relaciones sociales pueden ofrecernos apoyo (emocional, informacional, instrumental), y pueden ayudarnos a reducir los efectos que un determinado problema o situación tienen en nuestra vida. En otras palabras, cuando tenemos un problema, recurrimos a nuestras fuentes de apoyo. Las personas en situación de soledad carecen de este preciado recurso. Ante cualquier situación no tienen a nadie a quien recurrir.

Esta falta de apoyo, además del aumento del sufrimiento, parece fundamental en la aparición de los problemas de salud. Cuando más se necesita a los demás, más se abre un abismo entre la necesidad de los otros y las posibilidades que la persona (con soledad) cree tener de poder estar con otros. (Fuente: El reto de la soledad en la vejez. Javier Yanguas Lezaun y colaboradores. Iriala. Septiembre 2018)

Sabemos que con el sentimiento de soledad se activan los mismos centros cerebrales que por daño o enfermedad física, de ahí que se está empezando a considerar un problema de salud pública, hasta el punto de crear una Secretaría de la Soledad en el Reino Unido. La soledad incide en la mortalidad prematura, en el deterioro de la salud mental o en las enfermedades cardiovasculares. No podemos olvidar que el suicidio es la mayor causa de muerte no natural en nuestro país, habiéndose incrementado un 20% desde el inicio de la crisis, pese a que poco se habla de ello. Y la literatura científica muestra la falta de apoyo familiar y social como una variable importante en la ideación suicida. Para que la soledad no se convierta en una epidemia de la sociedad moderna, la única posibilidad es profundizar en los lazos de amistad, familiares, comunitarios y construir una cultura verdaderamente cooperativa y solidaria. (Fuente: Como llenarte, soledad. El País. 27 abril 2019)

La falta de pareja, fallecimiento de hijos, pérdida laboral o cambio de entorno son factores de riesgo para la soledad y esto puede llevar a un mayor riesgo de depresión.

Las noches y la enfermedad suelen ser los peores momentos. A menor movilidad, mayor grado de soledad y mayor necesidad de compañía.

El fenómeno del envejecimiento hace que surja la necesidad de nuevos servicios y soluciones que cubran las exigencias de la nueva estructura de población y responda a los cambios en el comportamiento y en la demanda de los consumidores. Por ello se ha despertado la necesidad de articular estrategias.

El sociotipo

La falta de relaciones, la soledad percibida, es el principal factor de riesgo en la salud mental de las personas mayores. A lo largo de la edad el número de familiares, amigos y conocidos tiende a disminuir, en parte por el paso del tiempo, y también a consecuencia de los nuevos modos de vida y las nuevas tecnologías.

La soledad es una de las situaciones más difíciles de sobrellevar para el ser humano, y se convierte en un problema creciente conforme nos hacemos mayores. En esta era de la información, de individuos hiperconectados por las nuevas tecnologías, paradójicamente ha disminuido el número de relaciones sociales satisfactorias y el tiempo que dedican a hablar cara a cara las personas.

El sociotipo se desarrolla a la par del desarrollo físico de la persona: a lo largo de su ciclo de vida, existirían sociotipos característicos para la adolescencia, la juventud, la edad adulta y para las personas mayores. Constituye un arco que se desarrolla en paralelo al ciclo de vida.

El sociotipo dependerá de variables como el género, la edad, el tipo de personalidad, la profesión, el lugar de residencia (urbano/rural), el medio cultural, el estado de salud, etc.

El doctor Pedro Marijuan, lideró el grupo de Bioinformación del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), y la investigación sobre «El sociotipo, un nuevo indicador sobre las redes sociales del individuo: aplicaciones en salud mental y calidad de vida».

Este grupo de investigadores establece una medida del nivel de relaciones que se consideran saludables para una persona por medio de un cuestionario (SOCQ), validado a través de un extenso trabajo de campo.

El «sociotipo» de la persona da un innovador enfoque al estudio del estado de las relaciones sociales que las personas mantenemos de forma regular con familia, amigos, conocidos o compañeros de trabajo.

Hospitalización

En la actualidad más del 50% de todos los ingresos hospitalarios corresponden a personas de más de 65 años, con estancias más largas que el resto de la población y con reingresos más frecuentes. (datos 2017 de la sanidad pública)

El cambio demográfico en nuestro país tendrá una progresión espectacular. Se prevé que seremos uno de los países más envejecidos del planeta, debido a la combinación de una alta esperanza de vida (de las más elevadas del mundo) y una baja tasa de fecundidad (de las más bajas de Europa). Los datos nos lo muestran: En 1960 la población de 65 años y más era del 8,2% (dato del INE), en 2018 del 18,8% y, previsiblemente, en 2030 alcanzará el 25% y en 2050 el 30% (casi triplicándose el número de mayores de 85 años). A 1 de enero del 2018 había 119,3 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años (índice de envejecimiento). Del total de mayores de 65 años (1.417.311 personas), el 16,7% tenía más de 85 años (236.434 personas), según el índice de sobre-envejecimiento (datos de Catalunya, Idescat).

Las personas mayores y sobre todo las muy mayores, usuarias de los servicios hospitalarios, son especialmente vulnerables porque pueden padecer con frecuencia y de forma simultánea varias enfermedades crónicas, junto con alteración de los órganos sensoriales o pérdida de funciones cognitivas o de movilidad, y a veces todo ello al mismo tiempo.

Nos encontramos pues ante un cambio de tipología en la mayoría de las personas usuarias: son mayores y presentan a menudo pluripatología y cronicidad. Los establecimientos hospitalarios no están suficientemente adaptados para responder a esta nueva situación.

Concepto de valoración geriátrica

La valoración geriátrica (VG) es un proceso estructurado, interdisciplinario, destinado a detectar las capacidades y los problemas de las personas mayores para realizar una aproximación diagnóstica (clínica, funcional, mental y social), un plan global de tratamiento con seguimiento a largo plazo y optimizar la utilización de los recursos asistenciales.

Todos son problemas frecuentes en las personas mayores y de gran importancia, pero a los cuatro primeros se los conoce como los «gigantes de la geriatría».

Componentes de la valoración geriátrica

Se realiza una valoración física/médica, una valoración funcional, valoración mental y valoración socioeconómica. A continuación describimos las dos valoraciones últimas.

Valoración mental

Comprende el estudio de las esferas cognitiva y afectiva de la persona mayor, además de las características conductuales:

- Función cognitiva (memoria, orientación, atención, lenguaje, praxis...).
- Función afectiva (depresión, ansiedad...).
- Conducta y comportamiento (delirios, alucinaciones, apatía, irritabilidad, desinhibición...).

Valoración socioeconómica

Intenta valorar el ambiente que rodea a la persona y cómo este le influye. Con «ambiente» entendemos no solo el espacio físico que le rodea (domicilio, barrio...), sino el carácter de las relaciones sociales que mantiene el mayor y el nivel económico.

- Con quien vive: relaciones sociales.
- Necesidades de cuidado social: cuidador y/o sobrecarga familiar.
- Utilización de servicios sociales: ayuda domiciliaria, telealarma, voluntariado...
- Ingresos económicos (prestaciones: jubilación, invalidez, viudedad).
- Cercanía de la familia, amigos..., relaciones con estos.
- Vivienda, seguridad, accesibilidad, transportes públicos, barreras arquitectónicas, adaptaciones...
- Creencias religiosas, costumbres, diversiones...

El objetivo final de esta valoración geriátrica es conseguir que la persona mayor esté en las mejores condiciones posibles, con una buena calidad de vida, dignidad, bienestar y evitando su institucionalización inadecuada.

Atención primaria y asistencia geriátrica

La Atención Primaria de Salud tiene un papel importante en la atención a los ancianos y, por tanto, en la asistencia geriátrica, máxime si tenemos en cuenta que la mayoría de los ancianos en este país viven en el domicilio habitual o en el de sus hijos. En la actualidad, los Equipos de Atención Primaria de Salud desarrollan programas específicos de Atención a los Mayores que aún no están implantados ampliamente en nuestro país.

Fuente: Manual de buenas prácticas en cuidados a las personas mayores (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología) 2013

Buen trato en los Centros de Salud. 6 Recomendaciones para un buen trato a las personas mayores en Atención Primaria

- Escuchar atentamente, dejando que la persona exprese sus emociones. Sentirse escuchado es fundamental para sentirse bien tratado.
- Establecer un diálogo que nos permita acercarnos a su biografía, a sus valores y a conocer sus preferencias y su concepto de lo que es calidad de vida y/o buen trato.
- Informar sin manipulaciones ni coacciones, huyendo del paternalismo y la infantilización, favoreciendo la comprensión de lo que comunicamos y adaptándonos a las dificultades que pueden tener, sobre todo si existen déficits sensoriales.
- Aceptar sus decisiones, aunque no nos gusten.

Buen trato en el hospital

Los pacientes ingresados en un servicio de geriatría, comparados con la hospitalización tradicional, tienen más años, mayor deterioro cognitivo con aumento del riesgo de síndrome confusional, mayor comorbilidad, peor situación funcional con mayor dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria y menor porcentaje de marcha independiente. También presentan mayores índices de severidad de la enfermedad.

Buen trato en la asistencia a domicilio

Cada persona tiene una biografía, una historia, que dan sentido a su vida e influye en su forma de afrontar el día a día y su forma de relacionarse.

Hay que animar, cuando sea posible, a las relaciones con el entorno y actividades comunitarias.

El buen trato en la atención domiciliaria debe respetar la capacidad de decisión de la persona mayor, así como su capacidad para elegir, teniendo en cuenta su opinión y el respeto de su voluntad e intimidad, también se debe potenciar su autonomía como persona.

Buen trato en los medios de comunicación

(Tomado de: Estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón. Gobierno de Aragón. Septiembre 2018)

La imagen de las personas mayores que se transmite a través de los medios de comunicación no corresponde a la realidad porque es parcial e incide en los estereotipos presentando imágenes fijadas en otro tiempo.

Se debería elaborar un libro de estilo para que los medios de comunicación utilicen un lenguaje que defina bien la realidad. También se debería impulsar políticas activas para cambiar la imagen de la vejez desde los medios.

Es necesario reflejar el cambio social que se está produciendo en las nuevas generaciones de mayores, tanto en las necesidades como en las expectativas. Hay que reconocer a las personas mayores como miembros activos de pleno derecho en una sociedad para todas las edades. Hay que mostrar el envejecimiento como una etapa más de la vida, rescatando los valores que encarnan las personas mayores, así como evitar el lenguaje peyorativo, paternalista y discriminatorio que contribuye a reforzar los estereotipos sociales.

No es lo mismo estar solo que sentirse solo

La cara más negativa de la soledad para las personas que viven solas está asociada al miedo a estar enfermas, sin tener nadie a su lado que les atienda o socorra de inmediato, y a la ausencia de apoyo afectivo o relacional por llevar una vida que transcurre en solitario.

Las personas mayores que viven solas, en especial las sobrevejecidas, viven de manera especial las pérdidas conyugales y familiares con el consiguiente deterioro de la autoestima y crisis de identidad. Al mismo tiempo, ven disminuida su capacidad de autonomía por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse en las actividades de la vida diaria (AVD). Además, experimentan la crisis de pertenencia por la pérdida de roles y de grupos relacionales, familiares y sociales. Y por último, muchos de ellos pueden ver agravada su situación por la pobreza económica al carecer de recursos económicos suficientes.

Si bien, envejecer viviendo solos constituye una conquista social asociada al incremento de la longevidad y a la existencia de un número cada vez mayor de personas que tienen competencias suficientes para vivir solas con plena autonomía e independencia, vivir con edades avanzadas en soledad, la falta de red familiar o social, con deterioro del organismo y enfermedades, los bajos ingresos y la condición de género femenino tienen consecuencias negativas para la salud y el bienestar y puede conducir a situaciones de aislamiento social.

Estrategias facilitadoras de comunicación

(Tomado de Benito E et al. Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente. FMC. 2011; 18(7):392-400).

Propuestas de intervención

«Hospital amigable con las personas mayores» es un concepto multidimensional que por lo que sabemos empezó a aplicarse a finales de los años noventa en Victoria (Vancouver Island, British Columbia, Canadá).

Es un tipo de hospital (o unidad hospitalaria) que además de estar pensado para dar a los y las pacientes mayores una atención integrada de tratamientos y cuidados con un enfoque geriátrico, está gestionado con una visión que tiene en cuenta sus diversas prioridades. Su cultura organizativa fomenta la sensibilidad, la ética, la comunicación y el trato más adecuado hacia la diversidad de usuarias y usuarios, garantizando tolerancia cero en toda la organización a cualquier tipo de discriminación. Ofrece también un diseño muy apropiado del entorno físico (más accesible, inclusivo, confortable y seguro) que maximiza el mantenimiento de las funciones de las personas mayores usuarias, asegurando su tranquilidad, respeto, intimidad, dignidad e independencia.

El ingreso hospitalario de la gente mayor, si se gestiona desde una óptica holística (biopsicosocial), con equipos multidisciplinares y desde la Geriatría, permite no sólo coordinar mejor los tratamientos de las diferentes dolencias,

facilitando así la recuperación, sino también orientar al/la paciente desde el inicio en el caso de que deba enfrentarse a una nueva situación funcional y/o social al salir del hospital (por ejemplo dificultades de movilidad que requerirán hacer modificaciones a partir de este momento en su modo de vida, asistencia, etc.). Incluso puede contribuir a racionalizar la utilización de los recursos (es importante ya que nos veremos pronto ante un escenario de incremento de la demanda de servicios y de recursos limitados para responder al mismo).

Disponer de atención hospitalaria adaptada a lo que requieren las personas mayores usuarias, y especialmente las muy mayores, forma parte de los objetivos establecidos en la «Estrategia Global y Plan de Acción sobre Envejecimiento y Salud» (OMS, 2107).

Los objetivos son los siguientes: comprometerse a adoptar medidas sobre el envejecimiento saludable en cada país; crear entornos adaptados a las personas mayores; armonizar los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores; fomentar sistemas sostenibles y equitativos para ofrecer atención a largo plazo (domiciliaria, comunitaria e institucional); y mejorar los sistemas de medición, seguimiento e investigación en materia de envejecimiento saludable.

Abordar la soledad emocional

Hay que trabajar con la emoción de la soledad y el sentimiento de la soledad. La soledad emocional da lugar a miedos, miedo a la muerte, a la enfermedad, a la dependencia, en resumen, miedos existenciales. Es necesario hablar de estos miedos.

No se trata de simplemente ignorarlos e intentar animar a la persona mayor, eso es tratarles como a niños. Hay que trabajar todos juntos por recuperar el respeto que había tradicionalmente a las personas mayores.

Historia de valores

En los últimos cincuenta años, la forma de enfermar, la forma de curar y cuidar, así como la forma de morir han cambiado. El aumento de la esperanza de vida plantea nuevos retos a gestionar. Es necesario proteger la libertad de los ciudadanos para gestionar su proyecto vital. En el ámbito de la salud es necesario garantizar la protección del derecho del paciente a decidir sobre su cuerpo y su salud. Esto se hace a través del consentimiento informado y las voluntades anticipadas. Recordemos que el paciente tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Se hace evidente la necesidad de los profesionales sanitarios de profundizar en el proceso de comunicación sobre valores o preferencias a tener en cuenta con respecto a la toma de decisiones. El «modelo deliberativo» se fundamenta en la calidad de la relación clínica en la historia de valores. Recordemos que los hechos clínicos están enmarcados en un contexto cargado de valores (económicos, culturales, religiosos y estéticos) que deben ser incluidos en la toma de decisiones. Tenerlos en cuenta ayudará a disminuir la incertidumbre y tomar decisiones sosegadas y reposadas. (Alfredo Valdés)

En el ámbito hospitalario, las personas mayores suelen vivenciar desorientación, y en ocasiones deterioro cognitivo e ideación delirante. Cuando una persona mayor ingresa, es aconsejable hablar con su médico de Atención Primaria para que nos facilite cuanta información tenga sobre la persona. Sería aconsejable hacerle una historia de valores y hablar con la familia y el cuidador informal, si lo hubiera. Es importante validar su contexto, para reducir en la medida posible la desorientación que puede producir una hospitalización.

En Aragón, se acaba de presentar el teléfono gratuito de atención a personas mayores que será activado en unos meses. Su objetivo es atender denuncias por maltrato y atender a personas mayores solas, como dar información de prestaciones, servicios y actividades.

DOCUMENTO 3.— SOLEDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO

La soledad es un sentimiento ligado a múltiples aspectos, causas y significados y que tiene importantes efectos sobre la salud y el bienestar, ya que las relaciones sociales son un componente fundamental de la calidad de vida de las personas.

Las condiciones actuales de vida, con un progresivo aumento de las personas que viven solas, el envejecimiento de la población, la extensión del individualismo y el declive de las redes de apoyo social y familiar, así como el aumento de la precariedad social y de las desigualdades, provocan que cada vez sean más quienes puedan verse afectados por sentimientos de soledad.

La soledad no deseada es uno de los malestares psicosociales de la vida cotidiana de las personas más extendidos en las sociedades actuales, muy especialmente en las grandes ciudades. Todos los estudios recientes coinciden en situar la soledad sentida como un problema de salud pública de primer orden, considerando su creciente incidencia y sus repercusiones sobre la salud y el bienestar de las personas.

Crear las condiciones básicas para que la ciudadanía pueda cuidar y también cuidarse a sí misma, se antoja un factor clave. Por tanto, combatir la soledad precisa también de la implicación de toda la comunidad y redes sanitarias, para entre todos buscar herramientas que ayuden a romper el aislamiento.

Su contribución al incremento de la morbimortalidad es comparable al de otros factores de riesgo bien conocidos sobre los que actuamos a diario desde los equipos tanto desde la atención primaria, como desde la atención especializada, que han de promover la autonomía de estos pacientes, facilitar su sociabilidad. Una red social satisfactoria promueve comportamientos y hábitos saludables. En consecuencia, la soledad aumenta el riesgo de sedentarismo, de tabaquismo, de consumo excesivo de alcohol y de alimentación inadecuada. Por otro lado, la

cantidad y la calidad del sueño también pueden verse afectadas en personas que padecen soledad, provocando una mayor fatiga durante el día.

La población anciana aislada en general, consume más recursos sanitarios: tiene un mayor riesgo de caídas, más ingresos hospitalarios, más institucionalización y necesita más atención domiciliaria.

El aislamiento social y la soledad predicen la mortalidad con la misma consistencia que muchos factores de riesgo conocido. El riesgo de mortalidad prematura aumenta sustancialmente en personas que sienten soledad, en personas con aislamiento social y en las que viven solas.

La incapacidad física, los problemas de visión y auditivos, la comorbilidad, la depresión, la incontinencia urinaria, la fatiga diurna provocada por el insomnio, la mala imagen corporal relacionada con la obesidad, así como el abuso de alcohol o tabaco, son también factores de riesgo de soledad y aislamiento social.

Solo sumando podemos encarar con éxito una cita de esta envergadura. Es otra forma de abordar la responsabilidad, con objeto de contribuir de forma importante a tal reto.

Nos preocupa:

- La soledad de personas mayores ante el confrontamiento de visualizarse en algo que nos les gusta = La vejez, el no saber envejecer.
- La soledad de personas mayores que objetivamente tienen familia y están poco con ellos.
- La soledad de las personas mayores que viven en domicilios, los que están en Residencias y en Hospitales.
- La soledad de las personas mayores que ejercen cada vez más funciones de cuidadores de Dependientes.
- La soledad de las personas mayores que ejercieron la función de cuidadores durante mucho tiempo y luego están sintiendo el vacío de roles, el aislamiento y la soledad familiar y social.
- Carencia de familiares y/o red de apoyo social;
- Sobrecarga y/o incapacidad de los familiares para cuidar o imposibilidad de conciliar cuidados y vida laboral;
- No preparación al alta (no estar adiestrados en el manejo de los cuidados,
- Insuficiente rehabilitación o movilización del pacientes
- Domicilio inadecuado (barreras arquitectónicas, inhabitable, insalubre); carencia de domicilio; y otros, como problemas con el traslado. Por otro lado, se registró el motivo de la demora en sí:
- Espera de respuesta o de plaza vacante tras demanda de traslado a un hospital concertado; búsqueda de recurso privado (residencia, cuidador); búsqueda de recurso público; espera de resolución de la situación familiar; espera de acondicionamiento del domicilio, y otros.

Propuestas

- Los miembros de los equipo sanitarios, pueden y deben explorar los sentimientos de soledad y la calidad de la red social y los vínculos afectivos con sus allegados de las personas que presentan estos factores de riesgo, puestos que las personas mayores son «consumidores habituales de cualquiera de las redes sanitarias»
- El impacto de este condicionante sobre la salud merece que las historias clínicas electrónicas incorporen las escalas diagnósticas y que se favorezca su registro.
- Identificar figuras profesionales de referencia que se encarguen del registro, seguimiento y coordinación sociosanitaria.

DOCUMENTO 4.— SOLEDAD EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

El aumento de la población mayor en nuestra sociedad, está ligada a un aumento de la esperanza de vida. Al mismo tiempo que aumenta la edad del individuo progresa el envejecimiento y, con ello, los problemas sociales y de salud. El progresivo aumento de enfermedades que comporta el envejecimiento es una de las causas principales de discapacidad de la disminución de la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias (1).

La soledad y el aislamiento social son los elementos que acompañan al estado de salud del mayor cuando se trata de procesos largos y crónicos. **La soledad es** la sensación subjetiva de tener menor afecto y cercanía de lo deseado en el ámbito íntimo (soledad emocional), de experimentar poca proximidad a familiares y amigos (soledad relacional) o de sentirse socialmente poco valorado (soledad colectiva). **El aislamiento social es** la situación objetiva de contar con mínimos contactos con otras personas bien sean familiares o amigos. Su contribución al incremento de la morbimortalidad es comparable al de otros factores de riesgo (2).

Percepción de la soledad

La cara más negativa de la soledad para las personas que viven solas está asociada al miedo a estar enfermas, sin tener nadie a su lado que les atienda o socorra de inmediato, y a la ausencia de apoyo afectivo o relacional por llevar una vida que transcurre en solitario.

Las personas que se sienten solas acuden más a los hospitales y a las consultas, quizás en busca de compañía más que en busca de medicamentos, según distintos estudios. La mala salud, tanto percibida como diagnosticada, aumenta las posibilidades de utilización de servicios en cualquiera de sus niveles

El 58% de las personas que se sienten solas perciben que su salud es regular, mala o muy mala, proporción que desciende hasta el 25,7% en el caso de las personas que no se sienten solas (3). La utilización de los servicios sanitarios por parte de los mayores, en este caso proporciona el contacto y la proximidad social.

Las personas mayores se convierten en hiperfrecuentadoras de los servicios de salud. El aislamiento social es muy común entre estas personas. Entre los factores predictores se encuentran: la edad mayor de 65 años, la polimedicación o consumo de más de tres fármacos, la comorbilidad, padecer deterioro cognitivo o padecer una afección emocional, mientras que padecer una dependencia no es un factor relevante que determine la hiperfrecuentación de la Atención Primaria y los servicios de urgencias (4).

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España, en los servicios sanitarios ambulatorios, el último médico consultado por los usuarios fue de la sanidad pública en el 86,4% y, a partir de los 75 años, por encima del 92%. Tres de cada diez personas de 65 y más años (no institucionalizadas) refieren algún grado de deterioro cognitivo. La dificultad cognitiva alcanza al 31,3% de la población de 65 y más años (9).

Consecuencias del aislamiento:

Parece haber diferencias de la percepción de la soledad según el género. La soledad emocional que hace referencia a la dificultad de encontrar un mínimo número de personas a las que acudir en momentos de crisis, está muy vinculada a la viudedad, afecta tanto a hombres como a mujeres. La soledad relacional o la falta de contacto con un grupo numeroso de personas con las que se establece una relación de simpatía y que componen la cotidianeidad, afecta principalmente a mujeres. En cuanto al tercer ámbito, el de la soledad colectiva, que supone la valoración y el reconocimiento social en la interacción con el grupo (la pertenencia a un grupo determinado), afecta principalmente a hombres (2).

La falta de red familiar y/o social cuando se trata de edad avanzada, cuando hay comorbilidad, bajos ingresos, tiene consecuencias negativas para la salud y el bienestar y con frecuencia, conduce a situaciones de aislamiento social. El estado de fragilidad del mayor que le hace más vulnerable, se caracteriza, precisamente, por tener una menor reserva fisiológica y emocional y una menor capacidad de adaptación a los cambios que le sobrevienen (7). En definitiva, la probabilidad de presentar episodios adversos de salud (hospitalización, institucionalización, caídas, muerte) y de aumentar la pérdida de capacidad funcional llegando a la discapacidad o dependencia resulta incrementada.

Cuando se da la circunstancia de la necesidad del ingreso hospitalario, se genera, sin que tenga relación con la enfermedad, el riesgo de desarrollar procesos secundarios: al tratamiento médico, a las rutinas del internamiento y al ambiente hospitalario.

En el proceso de internamiento, se suceden situaciones que transforman al paciente, máxime si se trata de un paciente mayor. Cada individuo debe alejarse de las referencias de su entorno que le son cómodas y familiares, y asumir su condición de paciente cambiando los parámetros diarios de confort. Incluso se verá modificada su experiencia sensorial, en la medida que cambian los horarios, la luz, las relaciones (8).

La soledad inevitablemente está vinculada, en el mayor sano y más en el mayor hospitalizado o institucionalizado, a un deterioro funcional, fisiológico y a un deterioro cognitivo. La estancia en el ámbito hospitalario produce un gran impacto sobre la calidad de vida del mayor. Sobre todo, hay un mayor riesgo de deterioro funcional si se asocia a edad avanzada, a inmovilidad y a alteraciones cognitivas previas al ingreso (5).

Indicadores de riesgo que afectan a la funcionalidad y autonomía del mayor:

- a) criterios demográficos: tener más de 80 años.
- b) criterios clínicos: trastornos emocionales, enfermedades neurodegenerativas.
- c) criterios sociales: vivir sólo, viudedad reciente, bajo nivel socioeconómico, cambios frecuentes de domicilio (mayor itinerante), institucionalización, aislamiento social, falta de apoyo social, problemas en la vivienda, rechazo de su situación...
- d) criterios sanitarios: ingreso hospitalario reciente, polimedicación.

Principales patologías: psicológicas y neurológicas

Otro de los riesgos inevitable en el envejecimiento es la aparición de trastornos mentales o afecciones emocionales.

Entre los factores biológicos que favorecen la aparición de los trastornos afectivos se encuentra el progresivo deterioro somático y la presencia de los trastornos orgánicos tales como las demencias, los accidentes vasculares cerebrales o el Parkinson. En este ciclo vital los factores biológicos se ven acompañados por otros déficits: los cognitivos, los trastornos de conducta o la depresión.

Los Factores psicosociales que suman riesgo: las pérdidas personales, familiares y sociales pueden incidir notablemente en los porcentajes de los trastornos depresivos. La soledad, el aislamiento, la falta de apoyo social son todas ellas situaciones que facilitan la emergencia de los trastornos mentales.

Finalmente, los propios antecedentes de trastornos mentales, serán un factor que favorezca la mayor patología, especialmente en los casos de ansiedad, depresión y trastornos de personalidad.

En la vejez, las alteraciones mentales o afectivas se presentan con sintomatología compartida, más que en otras etapas vitales. La ansiedad, la depresión y los cuadros delirantes son frecuentes en las alteraciones del mayor.

En estudios comunitarios, los datos globales de prevalencia de mala salud mental en personas mayores en España (>65 años) son del 19,1%, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-12. La mala salud aumenta con la edad, es mayor en mujeres (23,4%) que en hombres (13,5%), y también es mayor en personas con bajo nivel educativo (22,8%) respecto a los de mayor nivel educativo (13,6%), (10).

Las personas mayores suponen el 45,3% de todas las altas hospitalarias (2017) y presentan estancias más largas que el resto de la población (Una alta hospitalaria se produce por curación, mejoría, fallecimiento, traslado o alta voluntaria). Las tasas de morbilidad hospitalaria aumentan con la edad, que se asocia con peores estados de salud y cronicidad.

También son más elevadas en hombres que en mujeres a partir de los 65 años. Más de la mitad de todas las estancias causadas en hospitales son de población mayor: en 2017 ya suponen el 57,1%, porcentaje que sigue aumentando.

Los problemas o enfermedades crónicas o de larga duración con un patrón de edades más diferenciado por sexo son la artrosis y la depresión, que están más presentes en las mujeres de edad intermedia (55-64) y en las mayores (65 y más), (11).

Entre los trastornos emocionales más frecuentes en la población etaria se encuentran la depresión y trastornos por ansiedad, y los trastornos neurodegenerativos (12).

- Trastornos depresivos. En los mayores aparece una alta frecuencia de trastornos depresivos mayores con los síntomas somáticos expresados en primer plano. Asimismo se informa de una mayor frecuencia de síntomas melancólicos en los episodios depresivos de los ancianos. La prevalencia de los trastornos depresivos oscila en función de si el mayor está o no, ingresado en una institución o en un medio hospitalario, en cuyo caso aumenta en un 20%.
- Trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad se suelen solapar con los procesos depresivos. Asimismo muchos síntomas de ansiedad pueden atribuirse a comorbilidades somáticas y patologías orgánicas. A menudo la ansiedad está relacionada con los periodos de cambios (familiares, sociales, ...) y/o puede ser indicativo de la aparición de una enfermedad orgánica.
- Trastornos neurodegenerativos. Incluye las diferentes formas de presentación según su etiología: Delirium y Trastornos neurocognitivos. Cada categoría diferencia entre Trastorno neurocognitivo mayor o leve y con presencia o ausencia de alteraciones del comportamiento.
- Otro de los datos relevantes es el riesgo de suicidio de la población mayor que vivencia la soledad como una circunstancia no deseada. Si bien aparece en todas las edades, los rangos de edad con mayor riesgo son los de jóvenes de 15 a 34 años y las personas mayores de 65. Personas solteras, así como divorciadas o viudas tienen mayor tasa de suicidios. Vivir en soledad se considera un factor de riesgo importante, (13).
- Se consideran protectores de la conducta suicida y que están relacionados con aptitudes y actitudes personales, el apoyo social y familiar y el hecho de contar con recursos públicos a los que acudir en caso de necesidad.
- Posiblemente la desesperanza, entendida como el estado emocional que nos lleva a dejar de creer en las habilidades y potenciales de uno mismo para afrontar los problemas, y por tanto, poder ver el futuro con ilusión siendo capaces de luchar y pedir ayuda; sea uno de los indicadores más firmes del riesgo de cometer un acto suicida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Revista de Psicogeriatría. Volumen 0, octubre 2008. XVI Reunión de la SEPG. Mesa 1, Evaluación neuropsicológica en el envejecimiento, O. Burna, M. Puyuelo, J. Subira. Sociedad española de Psicogeriatría (SEPG), Viguera eds.
2. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? Joan Gené-Badia, Marina Ruiz-Sánchez, Núria Obiols-Masó, Laura Oliveras Puig y Elena Lagarda Jiménez. Institut Català de la Salut, Consorci d'Atenció Primària de l'Eixample, Universitat de Barcelona, Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia, Hospital Clínic de Barcelona Aten Primaria. 2016; **48(9)**:604–609 2016. Elsevier España, S.L.U.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008>
Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. Luciano Devis JV, Serrano Blanco A. Aten Primaria. 2008; 40:631-2.10.)
3. Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias. Cesáreo Fernández Alonso, Juan Mariano Aguilar Mulet, Rodolfo Romero Pareja, Aristides Rivas García, Manuel Enrique Fuentes Ferrer, Juan Jorge González Armengol, en representación del Grupo de Trabajo del Paciente Fidelizado del Plan Estratégico de Urgencias de la Comunidad de Madrid. Vol. 50. Núm. 4. Pgs. 203-260, abril 2018
4. Deterioro funcional asociado al deterioro cognitivo en el anciano hospitalizado. José Mauricio Ocampo-Chaparro, José Ignacio Mosquera-Jiménez, Annabelle S. Davis, Carlos A. Reyes-Ortiz. Revista española de Geriatría y Gerontología. Vol. 53, Issue 1, 2018, pgs. 19-22
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.007>
5. El anciano frágil. Detección y manejo en atención primaria. Martín Lesende I, Gorroñogoitia A, Gómez J, Baztán JJ, Abizanda P. Aten Primaria 2010; 42 (7): 388-93. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín Lesende I, Baztán JJ. Med Clin (Barc) 2010; 135 (15): 713-9.
La invisibilidad del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios. Soledad Murillo de la Vega. Universidad de Salamanca. Política y sociedad, 35 (2000), Madrid (pgs. 73-80)
[Encuesta Nacional de Salud de España 2017-Ministerio de Sanidad https://www.msrebs.es/estadEstudios/.../encuestaNacional/encuesta2017.htm](https://www.msrebs.es/estadEstudios/.../encuestaNacional/encuesta2017.htm)
6. El deterioro de la salud mental en las personas mayores. Abellán y col 2014 en <http://envejecimientoenred.wordpress.com/>
7. Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. Abellán García, Antonio; Aceituno Nieto, Pilar, Pérez Díaz, Julio, Ramiro Fariñas, Diego, Ayala García, Alba y Puyol Rodríguez, Rogelio (2019). Madrid, Informes Envejecimiento en red n.º 22, 38p.[Fecha de publicación: 06/03/2019].
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>>

8. Psicopatología en la vejez. Conde-Sala, JL. En A. Jarne y A. Talarn (eds. Manual de Psicopatología Clínica. Barcelona. Herder. 2015.
<https://www.researchgate.net/publication/270684950>
9. Riesgo de suicidio. Guía general para la detección y prevención del suicidio. Conceptos y orientaciones para ciudadanía, familiares y afectados/as. Colegio Profesional de Psicología de Aragón Teléfono de la Esperanza de Aragón Colegio Profesional de Periodistas de Aragón. Con la colaboración de la DGA

DOCUMENTO 5.— EXCLUSIÓN SOCIAL

El Instituto Aragonés de Servicios Sociales se configura como el recurso público de respuesta inmediata para una situación de exclusión social ante una variada casuística.

La valoración inicial en los primeros meses gira en torno a si es el recurso adecuado. Si lo es, se queda y si no lo es ¿cuál es el procedimiento?

Informes a DP IASS y a Gerencia sobre la necesidad de un recurso más adecuado.

Como alternativa, existen pocas plazas de exclusión social en centros concertados (por ejemplo Cruz Blanca) por lo que es necesario ampliar las plazas en este tipo de centros. En este sentido, se plantea como propuesta de mejora: Necesidad de dotar de recursos adecuados al Sistema Público de Servicios Sociales para poder atender desde la realidad las situaciones de exclusión social.

Dado que es imposible que el Sistema Público tenga siempre disponibilidad de todos los recursos, contemplar la posibilidad del concierto social en la diversidad de recursos que atienden a estos colectivos (transeúntes, Personas Mayores no dependientes, mujeres solas, multiproblemática social).

Por otro lado, y teniendo en cuenta la realidad existente en la que, como se indicaba anteriormente, es el Instituto Aragonés de Servicios Sociales el que se configura como el recurso público inmediato para una situación de exclusión social ante una variada casuística se hace necesario contar con un **Espacio intangible** marcado por la mal reconocida Coordinación sociosanitaria. El objetivo es agilizar, establecer protocolos de actuación entre salud mental e IASS para derivación de residentes-pacientes por vía extraordinaria, facilitar el desplazamiento de los profesionales de salud mental a los centros (una vez al mes, a la semana... en función del número y tipología de pacientes), permitir que los residentes de exclusión social puedan acceder a otros recursos de salud mental, talleres ocupacionales. Es decir, puedan utilizar varios recursos al mismo tiempo, considerando que el Centro residencial se convierte en su casa, como si estuvieran durmiendo en el propio domicilio.

En ese contexto, se crea la necesidad de contar con un equipo de intervención especializado de soporte, ubicado en los Servicios Centrales IASS que ofrezca apoyo y orientación a los centros que acogen a personas en situación de exclusión social e intervención en los casos necesarios, aunque de manera extraordinaria.

El **gran reto** a observar por el Sistema Público de Servicios Sociales: crear y ampliar plantilla en centros propios o incluso la creación de centros propios nuestros específicos para atender a personas en situación de exclusión social.

DOCUMENTO 6.— LA SOLEDAD NO BUSCADA EN LAS PERSONAS MAYORES

La soledad es un concepto muy amplio que abarca muchos factores. Según la Real Academia Española, la soledad es «la carencia voluntaria o involuntaria de compañía».

Se define involuntaria cuando por diferentes razones, como la muerte de un ser querido, la persona se encuentra sola, y, por otro lado, voluntaria, cuando la propia persona es quien decide estar sola.

La soledad tiene dos perspectivas, una negativa y otra positiva, donde la persona puede experimentar nuevas experiencias, como por ejemplo el autoconocimiento... Cuando la soledad es voluntaria tiene una visión positiva para muchos individuos ya que lo consideran un espacio de reflexión y crecimiento personal.

Pueden considerarse tres características comunes que tiene la soledad: «Es el resultado de deficiencias en relaciones personales, es una experiencia subjetiva que contrasta con la evidencia física del aislamiento social y es una experiencia estresante y displacentera».

Contempla el modelo multidimensional de la soledad, donde se plantean cuatro factores principales:

- Características descriptivas de la red social
- Evaluaciones subjetivas de la red social, es decir, las que hace la propia persona.
- Variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, tipo de vivienda...)
- Características de la personalidad

Este modelo hace referencia a que no incide en la persona el número de contactos que existan en la red social en su sentimiento de soledad, sino que lo que interesa es la calidad de los mismos.

La soledad es un estado de ánimo en el que se encuentra la persona en el momento que ve mermadas sus relaciones sociales que ella misma quiere.

Por ello interpretamos como soledad «una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional».

La soledad se experimenta fácilmente en **la etapa de la vejez** porque va acompañada de una sucesión de pérdidas de diferente índole (pareja, trabajo, estatus, capacidades...) que promueven esta experiencia. Es necesario distinguir entre soledad objetiva donde la persona mayor decide voluntariamente vivir sola o realizar

actividades en soledad y la soledad subjetiva como sentimiento negativo asociado a la falta de relaciones sociales y apoyo emocional; este sentimiento de soledad es el que repercute en la manera de percibir a la persona sus relaciones, su calidad de vida y su autoestima. En muchas ocasiones uno puede sentirse solo, aunque pertenezca a un grupo.

Una de las definiciones más actuales la define como «un proceso dinámico y complejo que abarca tanto el ámbito privado como el público». Esta concepción implica que el tratamiento de la soledad requiera de un enfoque psicosocial.

La palabra soledad posee varias acepciones como son:

- Abandono
- Aislamiento
- Alejamiento de un lugar
- Melancolía
- Pena
- Dolor interno

Es un concepto amplio y multifactorial que en cada persona se manifiesta de diferente manera.

La persona puede atravesar una situación insatisfactoria de enfrentamiento a la soledad por diferentes motivos, como pueden ser, el duelo, diferentes etapas del ciclo vital como la jubilación, la vejez, separación del núcleo conyugal y en ocasiones la pérdida de salud.

Los esquemas conceptuales de la soledad son: Los **fenomenológicos**, aquellos que son subjetivos, que cada persona posee de su propia experiencia en soledad y los **cognoscitivos**, que tienen que ver con la percepción que tiene la sociedad y la percepción interpersonal.

En sentido negativo la soledad, señalando que es un estado que les hace sentirse mal, está relacionado con la deficiencia en sus relaciones sociales y con una vivencia subjetiva e individual de la misma.

El envejecimiento de la población española, supone un gran progreso, por un lado, pero, por otra parte, es un reto para las políticas sociales y los sistemas de bienestar social, contribuyendo éstos para que las personas mayores puedan seguir teniendo un nivel alto de participación en la sociedad y evitando la soledad que puedan sentir.

BUENAS PRÁCTICAS COMO SOLUCIÓN A LA SOLEDAD NO BUSCADA. LA AICP

Por esto y antes este el progresivo aumento de personas en situación de vulnerabilidad y dependencia donde las personas mayores se están quedando en soledad y en situación de necesidad en sus pueblos o ciudades de origen o en Centros de Mayores o Centros especialmente dirigidos a personas con algún tipo de discapacidad, se ha convertido en un problema con una importante dimensión económica y social que ha de ser enfrentada desde las distintas administraciones a través de políticas públicas apropiadas y eficientes.

El objetivo es la toma de conciencia y la adquisición de conocimientos y recursos por parte de los gestores y profesionales sociales y sanitarios, con el objeto de analizar y explicar aquellas actuaciones clave enmarcadas en el modelo de atención centrada en la persona en cuanto recurso fundamental para gestionar las situaciones de soledad no buscada con la intervención y eficiencia para la consecución del bienestar social.

La soledad que presentan las personas mayores hoy en día es un tema de total relevancia social. Las estructuras demográficas, los tipos de familia, condicionan un estilo de vida distinto al de hace unos años. El progresivo envejecimiento de la población, conlleva a un incremento de la institucionalización de las personas mayores, por lo que los Centros Residenciales que atienden a estas personas deben adaptarse a la demanda existente, atendiendo sus necesidades físicas, psicológicas y sociales.

Se trata de proporcionar una atención que intervenga en todas las dimensiones de la calidad de vida, es decir una atención sociosanitaria, dejando atrás el modelo asistencial. Debemos actuar para prevenir y mejorar estas situaciones en las que se pueden ver inmersas las personas mayores con el fin de mejorar su calidad de vida y evitar situaciones de vulnerabilidad social, así como de posible exclusión social.

Un modelo de atención que se ajusta a la persona, es el modelo de **atención integral centrado en la persona** (AICP en adelante), el cual proporciona una atención adecuada de manera individual a cada usuario, contando con la familia como pilar fundamental en la intervención.

El objetivo de este modelo busca **la individualización** de la atención que se proporciona a las personas, siendo los propios usuarios los protagonistas y empoderarlos para que sigan siendo los dueños de sus propias vidas y tomen sus propias decisiones.

El concepto dignidad es el eje fundamental del modelo de atención, basándose en el respeto integral de la persona a través de la aceptación de los siguientes principios:

- Autonomía
- Individualidad
- Independencia
- Libertad
- Integralidad
- Participación
- Inclusión social
- Continuidad de atención

El respeto a los principios **de autonomía, libertad y participación**, son claves para el desarrollo de este modelo, referido al control que tiene una persona sobre su propia vida, donde elige, decide y es la única responsable

de sus actos y las consecuencias correspondientes. Las personas mayores deben mantener su capacidad de decisión, aunque bien es cierto que para ello en muchas situaciones puedan necesitar apoyos. Es importante saber que la autonomía no es algo absoluto, es decir, la persona usuaria puede ser competente para algunos aspectos de la vida y para otros no, por lo que en aquellos que no es completamente competente, se le deben proporcionar las ayudas para que pueda seguir gestionando su propia autodeterminación.

Con el transcurso del tiempo, la pérdida de capacidades se va haciendo más notoria y es aquí donde la rutina tiene una gran importancia, debido a que se convierte en un facilitador para las personas mayores. La creación de espacios cotidianos otorga a las personas mayores su propia identidad teniendo en cuenta que la persona mayor ha ido elaborando su propio proyecto de vida y los entornos significativos dotan de sentido a su identidad personal.

La AICP es la que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida, incluyendo la gestión de la soledad y el bienestar de las personas partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva.

Los sujetos importantes y que participan en el proceso de intervención, en este modelo de atención son:

- **La persona usuaria**, que es quien expresa la manera que quiere ser atendida, partiendo desde sus gustos, preferencias y escala de valores.
- **La familia y entorno cercano**, participan en la atención y prestación de cuidados, son actores activos en el proceso
- **Los profesionales**, pieza fundamental en el proceso de atención. Se establece una relación triangular, usuario-profesionales-familia, con el objetivo de favorecer la inclusión social y la protección de la persona.

Son clave en la prestación de este tipo de atención, siendo el profesional de referencia una de las personas más cercanas a la persona mayor en el centro residencial y quien mejor le conoce y puede detectar la posible soledad del mayor, ya que a lo largo del tiempo se va creando un vínculo afectivo y una relación de confianza.

La soledad de las personas en los centros residenciales tiene que ver, sobre todo, con la percepción que cada uno tiene de la misma, siendo un factor importante en esta percepción, las relaciones familiares o de amistad que se mantienen; el modelo de atención AICP favorece la implicación e integración de la familia, ayudando al desarrollo de la dimensión de relaciones sociales y, por tanto, incidiendo en la disminución de percepción de esa soledad.

El objetivo primordial del modelo AICP, es mejorar la calidad de vida de la persona mayor, respetando en todo momento su dignidad y su autodeterminación, partiendo siempre desde las habilidades y capacidades de la persona, intentando mantenerlas o incluso mejorarlas.

Es una dinámica participativa, donde el profesional trata de empoderar a la persona mayor, para dotarla de capacidades con el fin de que sea ella misma (la persona mayor) quien siga teniendo las riendas de su propia vida, sin que la edad sea un impedimento.

Algunas recomendaciones atendiendo al nuevo modelo de atención AICP, pueden ser las siguientes:

- **Respecto a las familias**: Desde el primer momento del comienzo de la relación profesional, los profesionales deben implicar a la familia, favoreciendo una comunicación bidireccional que posibilite que la persona mayor reciba la mejor atención posible. Favorecerá establecer reuniones periódicas, al menos una vez al mes, para comentar la evolución de la persona residente en todos los aspectos, afectivos, emocionales, físicos, adaptación, etc.... ajustando las funciones de cada parte en el proceso.
- **Respecto a los profesionales**: Hay que destacar que con la implantación del nuevo modelo de atención AICP, personal auxiliar toma gran importancia, ya que debido al alto tiempo de contacto que tienen con los residentes, manejan una gran información sobre las distintas dimensiones que afectan a la persona.
- **Respecto a la organización**: La propuesta de actividades, y en general la vida del centro, debe ser adaptada a los intereses y preferencias de las personas residentes, de manera que esto genere un clima de convivencia óptimo. Las actividades deben ir dirigidas a mantener y promover la autonomía personal de cada uno.

Se deben crear infraestructuras que dejen a un lado el concepto de «residencia de personas mayores» y dotar espacios con sentido para las personas que habitan en él.

«El objetivo del buen trato a las personas mayores es posibilitar una vida realizada». Los profesionales deben considerar a la persona mayor como parte activa del proceso de intervención, proporcionando protagonismo al usuario y así mejorar la calidad en la atención.

El ingreso de una persona en un centro residencial es un momento vital para establecer la relación terapéutica e iniciar una relación de confianza, captar sus necesidades tanto funcionales como cognitivas y emocionales dando apoyo y atención, por lo que se debe cuidar para que ponga las bases de nuestra intervención, de manera que facilite la adaptación a la nueva situación, tanto de la persona mayor como de la familia. Por parte de la organización es necesaria una clara predisposición de adaptación al usuario.

Se proponen protocolos de preingreso, ingreso y adaptación, que son fundamentales para una intervención de calidad, así como el seguimiento y evolución del residente. Se trata de sistematizar experiencias para que se lleguen a alcanzar resultados óptimos y mejorar la calidad de vida de las personas, facilitando y suavizando el cambio que va a producirse en sus vidas.

La misión es valorar las necesidades emocionales y establecer medidas de carácter psicológico, realizando la valoración de los residentes, facilitar la adaptación, coordinar medidas multidisciplinares para mantener sus capacidades.

IMPLANTACIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN QUE ATIENDAN LA SOLEDAD «NO ELEGIDA»

Actuaciones dirigidas no sólo al nuevo residente que ingresa en soledad, sino también a los cuidadores principales que tras el ingreso de su familiar, se quedan solos.

El ingreso residencial puede ser un punto más en la vida de una persona. Existen tantos tipos de procesos como tipos de personas. Partimos de la idea de que cada persona es fruto de una realidad social concreta.

Por ello, que cuando una persona ingresa en nuestro centro, no ingresa aislada ni comienza una historia nueva de vida, sino que:

- Ingresa un individuo que es y sigue siendo un miembro de una familia o grupo determinado.
- Su historia personal continúa: ingresa con un pasado y tiene un nuevo futuro.

Cuando una persona decide o tiene que ingresar en una residencia, se da un cambio de circunstancias en la que se suelen presentar una mezcla de sentimientos: la culpa, la tristeza, la rabia. Todo esto marcado por una inseguridad sobre la decisión tomada y la pérdida del rol de autonomía que hasta ahora ejercían.

Pero el hecho de tener que ser atendido en un centro residencial, no implica, ni mucho menos, la desaparición del vínculo familiar y/o grupal, aunque evidentemente, el tipo de cuidados va a cambiar: desde los centros nos encargamos del cuidado y apoyo de la persona mayor en las actividades de la vida diaria básicas, desde una perspectiva sociosanitaria y psicosocial, pero el apoyo afectivo que da el grupo de pertenencia no lo puede dar nadie más.

Dicho de otro modo, **la familia (si existe) o los grupos de pertenencia no deben dejar de desempeñar un apoyo, sino que lo han de ejercer desde otra posición complementando los cuidados profesionales y especializados que se proporcionan desde el centro.**

JUSTIFICACIÓN: EL PORQUÉ DE LA IMPORTANCIA DE SER EL NÚCLEO DE INTERVENCIÓN EN NUESTRO CENTRO

Partiendo de la idea anterior, el ingreso en un centro no debe significar para la persona, una ruptura con su pasado, ni tampoco, por supuesto, con su presente. Por ello, podemos llegar a decir que cuando una persona ingresa en un centro, **ingresa ella, su historia y su entorno habitual.**

Para ello, se propone intervenir sobre el bienestar emocional de la persona en situación de soledad «NO ELEGIDA», partimos de la base de que la persona la entendemos desde un modelo sistémico y holístico, teniendo en cuenta que:

- La persona no es un conjunto de elementos aislados. Es el resultado de un proceso de vida.
- Cada persona está gobernada por sus propias reglas, lo que marca la actitud, la gestión del cambio y la percepción de su bienestar emocional.
- Tiene su propia historia.

OBJETIVO DE LA IMPLANTACIÓN DE ESTAS INTERVENCIONES

Mejorar la calidad de vida de nuestros residentes partiendo de sus propios recursos y fortalezas, atendiendo a sus necesidades y demandas y facilitando los apoyos necesarios que proporcionen el bienestar.

Este tipo de intervenciones, pretende:

- Trabajar **con** la persona y no sólo **para** la persona
- Ser un modelo de apoyos continuado, estable, abierto y flexible
- Facilitar la identificación de necesidades y recursos por parte de la persona.
- Orientar y apoyar en la toma de decisiones durante su estancia en el centro.
- Movilizar recursos de información, formación, orientación y apoyo en función de sus necesidades.
- Contribuir a la normalización de los periodos de enfermedad y de duelo por las pérdidas sufridas por sus seres queridos.

Este modelo de intervención se centra en la planificación centrada en la persona que pone en su centro de intervención a la persona, prestando especial atención a su dignidad, su bienestar, sus derechos, sus preferencias... se trata de que la persona sea el eje vertebrador del cuidado que se le va a ofrecer.

DESARROLLO DE ACCIONES

Se pretender dar respuesta a las necesidades detectadas de información, orientación, asesoramiento y apoyo emocional, a través de las siguientes actuaciones:

1. Información, orientación, y asesoramiento.
2. Información, orientación y apoyo emocional en el proceso de adaptación al centro.
3. Acciones dirigidas a dinamizar a las personas y sus grupos de pertenencia y/o familia (si la tienen).
4. Acciones dirigidas a facilitar la conciliación de la vida familiar y la atención al mayor en nuestro centro.

1. PROGRAMA DE INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y ASESORAMIENTO

Desde el departamento de Trabajo Social se atenderán las demandas, a través de entrevistas. Lo que se pretenden es satisfacer diferentes necesidades: informar, orientar y dar apoyo emocional.

Los objetivos que pretendemos lograr a través de este programa son los siguientes:

- Atender y acoger cálidamente las demandas de los residentes.
- Informar y orientar sobre los recursos que existen, tanto técnicos como económicos, en función de sus demandas y necesidades.
- Reforzar los recursos que cada persona posee.
- Ofrecer apoyo emocional.

La trabajadora Social será la persona de referencia a la que acudir. Se trabajará en coordinación con el resto de profesionales, trabajo en red. A su vez se registrarán todas las demandas que se reciban para después poder analizarlas y, en todo caso, promover otro tipo de actuaciones.

2. PROGRAMA «NO ESTÁS SOLO»: APOYO EMOCIONAL EN LA ADAPTACIÓN AL CENTRO

JUSTIFICACIÓN

Cuando la persona mayor ingresa en la residencia, sus familiares suelen presentar sentimientos encontrados. En ellos se mezclan la culpa, la tristeza, la rabia, incluso en ocasiones la soledad, así como una marcada inseguridad sobre la decisión tomada y sobre cómo su familiar va a ser atendido.

Este momento se caracteriza por un proceso progresivo de ajuste familia-entorno-centro. Posteriormente la familia, si encuentra facilidades para ello, va participando cada vez más en el centro, estabilizándose y regularizándose su colaboración. De aquí en adelante se puede decir que la familia llega a una fase de integración, donde ésta rehace su vida social sin descuidar a su familiar.

OBJETIVOS QUE SE PERSIGUEN

El objetivo general de este programa es «Proporcionar un apoyo emocional de los residentes, que contribuya a superar los obstáculos que dificultan el reajuste a la normalidad, tras su ingreso en la residencia».

De una manera más específica:

1. Ajustar sus expectativas sobre la atención que se ofrece desde la residencia, favoreciendo así sentar las bases de una buena colaboración con el centro.
2. Afianzar su confianza en los profesionales del centro, reduciendo su inseguridad y temores sobre cómo es atendido su familiar, y poder estar tranquilo.
3. Participar, si así lo recomienda el equipo multidisciplinar del centro, en un grupo de apoyo, de tal forma que siga siendo la principal fuente de apoyo emocional en la vida de su familiar.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Para la consecución de nuestros objetivos, proponemos la realización de las siguientes actividades:

A. Sesiones informativas

Con el objetivo de facilitar conocimientos a las familias sobre el funcionamiento de la residencia y un adecuado ajuste de expectativas, se ofrece información sobre:

- La misión, objetivos, valores y atenciones esperadas.
- Los servicios ofrecidos y atenciones recibidas por parte de la residencia.
- Las limitaciones en la atención y el papel de los profesionales en la residencia.
- El plan de atención individual establecido para la familia.

Las sesiones informativas serán lideradas por Trabajo Social, y en ellas participarán una de las trabajadoras sociales del centro junto con médico y supervisión. En la medida de lo posible estará presente la Dirección del centro, ya que su presencia es importante para el éxito, al menos en la primera intervención.

Estas sesiones estarán dirigidas a afianzar la confianza de la familia en el equipo de trabajo y fidelizarla al centro.

Además, estas sesiones, si se considera necesario, siempre por decisión del equipo multidisciplinar, se ofrecerá un apoyo psicosocial centrado, fundamentalmente, en la desculpabilización y aceptación de la nueva situación.

B. Talleres prácticos

Se trata de una actividad de carácter eminentemente práctico y lúdico-formativo cuyo objetivo es el de dotar a los participantes de los instrumentos de aplicación práctica para la adaptación del usuario y potenciar la implicación de la familia (si la tiene) y su entorno más cercano en la vida del centro.

Semanalmente, el centro ofertará una serie de actividades dirigidas a las persona que están en esta situación como por ejemplo Talleres creativos (donde el residente trabaja creaciones junto a otros residentes), Risoterapia, Musicoterapia, o cualquier otro tipo de taller que pueda ser demandado y para el que el centro tenga cobertura.

Las sesiones tendrán lugar en la propia residencia, con el objetivo de que se familiaricen con el espacio.

C. Grupos de apoyo

Se ofertará a todos las familias y/o acompañantes de residentes de nuestro centro que podamos detectar que experimentas emociones de soledad, que necesitan mejorar sus habilidades para el afrontamiento de la situación de dependencia de su familiar y/o los momentos de crisis puntuales por los cambios producidos en las diferentes etapas de la patología sufrida.

Con esto se pretende favorecer la aceptación de las nuevas situaciones por las que está pasando la familia.

Desarrollo de las sesiones

Antes de poner en marcha estas sesiones, se realizará un primer análisis, para conocer la situación de cada persona y sus principales necesidades, de cara a priorizar los temas a tratar en las primeras sesiones.

El papel de la persona de apoyo al grupo, debe ofrecer calidez y respeto por los familiares, siendo su papel de «facilitador», para liberar los miedos y preocupaciones, llevando al grupo de manera que todos los miembros tengan la oportunidad de hablar sobre su experiencia y de escuchar el resto de experiencias de los miembros.

La primera reunión será diferente a las demás, puesto que en ésta, aunque los miembros se conozcan, es importante que cuenten su historia y su preocupación, con el objetivo de favorecer el apoyo mutuo, que es uno de los objetivos de esta intervención.

La metodología de las sesiones es activa, grupal y participativa, llevando a cabo para ello actividades teórico-prácticas que ayuden a implicarse a las familias en las sesiones, al fomento del diálogo y la búsqueda de soluciones.

Programación de las sesiones

Para la programación y puesta en marcha de este programa, y la consecución de los objetivos propuestos, se procederá de la siguiente manera:

- 1.º Fase: **PREPARACIÓN DEL PROCESO**: Se trata de la identificación las necesidades de las familias, para seleccionar a los familiares susceptibles de participar en este programa. Ello se realizará a través de la identificación de las necesidades en entrevistas realizadas desde el departamento de Trabajo Social.
- 2.º Fase: **ORGANIZACIÓN DE LOS GRUPOS**: A partir de la identificación de necesidades, se procederá a organizar los grupos de trabajo, teniendo como criterio para la agrupación, la homogeneidad (en la medida de lo posible) en el tipo de apoyo necesario de tal forma que se favorezca el bienestar emocional de la familia. Los grupos serán aproximadamente de 10 personas, ya que es el número óptimo para conseguir una participación e implicación adecuada.
- 3.º Fase: **REUNIÓN INFORMATIVA CON LAS FAMILIAS DESTINATARIAS**: Se trata de establecer el primer contacto, para seleccionar de forma conjunta la agenda de temas que se trabajarán en las sesiones, de tal manera que se adapten a las necesidades reales y a las expectativas de su participación.
- 4.º Fase: **PREPARACIÓN DE LAS SESIONES**: Se elaborará el material que se va a utilizar para trabajar en cada sesión, así como la forma en que se van a llevar a cabo las sesiones.
De cada sesión, se realizarán valoraciones, por parte de los profesionales que los realicen, con el objetivo de describir las impresiones y las vivencias así como aprendizajes adquiridos.
- 5.º Fase: **EVALUACIÓN**: al finalizar cada sesión, se realizará un feed-back con los usuarios. Este feedback será dirigido por los profesionales, puesto que el objetivo es conocer la adaptación de las actividades realizadas al ritmo y nivel de los usuarios.

De la revisión de estos documentos, se extraen las siguientes **Conclusiones y Propuestas**:

Evolución del modelo asistencial residencias hacia un modelo de Atención Centrada en la Persona

Implantar un **Modelo de Atención Centrada en la Persona (AICP)**, que es «el que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva» (Rodríguez Rodríguez, P., 2013). Se proporciona una **atención adecuada de manera individual** a cada persona, contando con la familia como pilar fundamental.

- Elaborar la **Historia de Vida**, instrumento para detectar la soledad no deseada y diseñar el plan de atención, con objetivos y actuaciones dirigidas a paliar la soledad y el aislamiento.
- Introducción del uso de **escalas para medir el sentimiento de soledad**. Uno de las más usadas es la Escala de soledad de Universidad de California, Los Ángeles (UCLA), en su versión 3 (Russell, 1996).
- Respeto a los principios de **autonomía, libertad y participación**.
- **Sujetos clave**:
 - La persona usuaria
 - La familia y entorno cercano: comunicación bidireccional
 - Los profesionales: importancia del personal auxiliar.
- Establecimiento de **protocolos** de preingreso, ingreso y adaptación.
- Importancia de la **familia y grupos de pertenencia**, que ven modificados sus roles y deben adaptarse a la nueva situación.

- Tener en cuenta la soledad que también afecta al **cuidador** que deja de serlo tras el ingreso en residencia de su familiar.
- Establecer **objetivos e intervenciones** ante:
 - **soledad emocional**: acompañamiento semanal por personas voluntarias, formación y manejo de nuevas tecnologías, talleres para mejorar habilidades y autoestima, terapia asistida con animales, terapia con muñecas y con mascotas-robots...
 - **soledad social**: participación en proyectos de aprendizaje con colegios, institutos y universidades, asignación de tareas significativas según la historia de vida, hacer a la persona protagonista de la semana...
- Implantación de **programas de intervención** que atienden la soledad «no elegida»:
 - **Información, orientación y asesoramiento**: atender y acoger cálidamente las demandas de los residentes; informar y orientar sobre los recursos existentes; reforzar los recursos que cada persona posee; ofrecer apoyo emocional.
 - **Programa «No estás solo»**: apoyo emocional en la adaptación al centro. Su objetivo es «proporcionar un apoyo emocional de los residentes, que contribuya a superar los obstáculos que dificultan el reajuste a la normalidad, tras su ingreso en la residencia».

Actividades: sesiones informativas; talleres prácticos; grupos de apoyo.

- **Reevaluación**: revisar los resultados alcanzados con las intervenciones mediante las escalas para medir el sentimiento de soledad y, en función de sus resultados, establecer nuevos objetivos e intervenciones.
- **Profesionales**:
 - Sensibilización ante la problemática de la soledad.
 - Dotarles de herramientas para su detección y derivación.
 - Formación de equipos multidisciplinares, que incluyan psicólogos.

6. Necesidades afectivas en las residencias y en los traslados e ingresos hospitalarios

- **Valoración de la situación de la persona al ingreso**, uso del cuestionario que valora el sociotipo (SOCQ).
- **Adaptación de los hospitales** ante la nueva realidad del incremento de demanda por parte de los mayores en soledad no deseada y sus situaciones: falta de cuidador, cuidador en soledad, cuidador de edad avanzada...
- Realización de la **valoración geriátrica** para evitar ingresos hospitalarios inadecuados.
- Establecimiento de **programas específicos** de atención a los mayores en soledad en traslados e ingresos hospitalarios.
- Establecimiento de un **Plan de Cuidados** que continuase después de su ingreso hospitalario.
- Establecimiento de programas que atiendan al **cuidador** que se queda solo tras el ingreso de su familiar en una residencia o en un hospital.

7. Detección, atención e intervención en el ámbito sanitario: ¿Cómo mejorarlo?

- Incorporación de **escalas diagnósticas de soledad** y *registro* en la **historia clínica** sanitaria.
- Identificación de **profesionales de referencia** que se encarguen del registro, seguimiento y coordinación sociosanitaria.
- **Formación de los profesionales** sanitarios y no sanitarios para la detección de los sentimientos de soledad y la calidad de la red social y vínculos afectivos con sus allegados de las personas que presentan factores de riesgo de soledad.
- Implantación de **programas específicos** de Atención a los Mayores en atención primaria y especializada.
- Elaboración e implantación de protocolos para hacer el «**hospital amigable**» de las personas mayores.
- Mejorar los medios para permitir el **acompañamiento** de las personas mayores durante el traslado y **estancia** en los centros sanitarios.
- Establecimiento de medidas de **buen trato en los Centros de Salud**:
 - No hacerles sentir como una carga, escucha atenta, conocer su biografía, valores, preferencias...
 - Fomentar realización de voluntades anticipadas.
 - Realización de acciones que promuevan autonomía física, social, moral y prevengan dependencia funcional.

8. Situaciones de exclusión social

- Necesidad de dotar de **recursos adecuados al Sistema Público** de Servicios Sociales para poder atender desde la realidad las situaciones de exclusión social.
- Posibilitar el establecimiento de **concierto social** en la diversidad de recursos que atienden a estos colectivos (transeúntes, mayores no dependientes, mujeres solas, multiproblemática social).
- **Coordinación sociosanitaria**: establecimiento de protocolos de actuación entre **Salud Mental (SM)** y el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (**IASS**) para derivación de residentes-pacientes por vía extraordinaria, desplazamiento profesionales a los centros, acceso de residencias en exclusión a otros recursos de SM, talleres ocupacionales...

- Creación de un **equipo de intervención especializado** de soporte ubicado en Servicios Centrales del IASS para apoyo y orientación a los centros para personas en exclusión social e intervención con carácter extraordinario en casos necesarios.
- **Reto** —> mejorar dotación en centros propios y crear centros específicos para atención personas en exclusión social.

9. Recursos en Servicios y Centros sociales y residenciales

- **Revisión y actualización del Decreto de mínimos** de servicios y establecimientos sociales en Aragón, que garanticen una adecuada atención a las personas residentes que sufren soledad no deseada. De forma coherente que se realice una revisión de los precios de los conciertos con las distintas entidades, garantizando la sostenibilidad del sistema y el cumplimiento por parte de la administración de su función de control y seguimiento.
- Establecimiento de medidas que garanticen la **coordinación sociosanitaria** entre las distintas administraciones, que permitan la detección y establecimiento de intervenciones que evite o disminuya la soledad no deseada.
- Garantizar la **apertura todo el año**, incluido verano, de los centros de convivencia y hogares sociales, que permitan la socialización de las personas que acuden a ellos.

Se han producido los siguientes **Votos particulares**:

- Propuesta presentada por CAVARAGON:

En primer lugar queremos señalar que consideramos fundamental el **correcto desarrollo de la Ley de dependencia y autonomía personal**, ya que la implementación de apoyos a personas que viven solas orientados a mantener su autonomía puede prevenir de forma determinante la aparición de situaciones de soledad no elegida que después son difíciles de revertir, y pueden agravar la situación de dependencia. Asimismo, una buena gestión de los recursos públicos de estancia (centros de día) y de residencia favorece que la persona mayor no se sienta «aparcada» y pueda tener una vida plena, favoreciendo su bienestar y evitando así la problemática de la soledad no elegida.

A este respecto de la atención residencial y de los centros de día es importante disminuir los ratios de personal y adecuarlas a la tipología del usuario, que ha ido cambiando con la reconceptualización de estos recursos y ahora son personas con mayores grados de dependencia. Ello debe ir acompañado de la paulatina implantación de programas de **eliminación de contenciones físicas y químicas**, que muchas veces están más basadas en mitos y creencias que en verdades objetivas, para ser sustituidas tanto por alternativas aplicadas al entorno (por ejemplo, suelos antideslizantes o acolchados en dormitorios de riesgo, facilidades para el uso de pasamanos en todas las instalaciones, iluminación bien graduada, pasillos con puntos de descanso, rampas, puertas con tiradores adaptados, adaptaciones en los baños, diseño de los asientos, sillas bajas, cojines con cuña inversa, medias barandillas, sistemas de alarma, sensores de movimiento, modificación puertas antiincendios etc...) como por alternativas de carácter psicosocial, como favorecer el acompañamiento de familiares, programas de voluntariado en residencias, programas de desarrollo de la orientación en los mayores.. etc.

En lo referente a la **gestión de los Centros de Día** también consideramos necesario que las empresas adjudicatarias cobren por las **plazas que están ocupadas efectivamente**, y no por todas las disponibles aunque están desocupadas, y a un precio más asequible. Consideramos que deberían ser centros públicos, no privados, con mayor amplitud de horarios, y que incluyeran siempre la realización de **actividades de promoción de la salud**.

Igualmente desde el movimiento vecinal venimos reivindicando desde hace tiempo que **las residencias de mayores deben ser de titularidad y gestión públicas**. Considerando no obstante que muchas residencias públicas son en la actualidad de gestión privada, y con concesiones a largo plazo, **resulta absolutamente imprescindible que el IASS disponga de herramientas efectivas para controlar la situación en el interior de estas residencias** y poder evitar el fraude de ley en la gestión de las mismas y en el trato a residentes. Como mínimo, se debería **contar con la presencia cotidiana en las residencias de un técnico de la administración** para supervisar su correcta gestión, **realizar inspecciones de oficio** sin aviso previo al menos una vez al trimestre, y subsanar de forma inmediata los problemas que lamentablemente hemos comprobado in situ con las **hojas de reclamaciones oficiales**: debe controlar que efectivamente sean el modelo oficial de la DGA y no hojas internas engañosas, que esté anunciada su existencia y a fácil disposición de los/as residentes o sus familiares, y también que esté centralizado el departamento al que se tienen que dirigir.

Continuando con las adjudicaciones de la gestión privada de residencias públicas, consideramos que se debe cuestionar de forma crítica si esta gestión privada es verdaderamente más eficiente y de mejor calidad que la gestión pública o si solo tiene como resultado el abaratamiento de los costes por la disminución en la calidad en la atención y el servicio. Para mejorar la calidad de la gestión que realizan estas empresas consideramos imprescindible mejorar **la redacción de los pliegos de manera que facilite la revisión y rescisión del contrato en caso de incumplimiento, siendo menos abstracta y planteando aspectos más concretos y medibles**. Además, sería importante que **el periodo de adjudicación se disminuya** de 20 a 10 años para mejorar el margen de actuación de la administración.

En lo referente a las **memorias anuales evaluativas** es importante exigir que la información que ofrezcan sea más detallada y que se presenten dentro del plazo establecido, sin los retrasos habituales que también dificultan su fiscalización.

Otro de los aspectos fundamentales es **respetar el derecho de participación de los/as residentes a través de la Junta de Gobierno de la residencia**, supervisando que en todas las residencias está constituida y que la dirección no pone trabas a su normal desarrollo, así como permitir que, en el caso residentes que no estén en condiciones de participar, puedan hacerlo sus representantes.

Así mismo, es necesario impedir los **continuos cambios de personal en las residencias**, exigiendo un mínimo sensato de estabilidad laboral como forma de garantizar una correcta atención y la generación de relaciones de cercanía y confianza entre profesionales y residentes, muy importantes para el bienestar de los mismos.

Por último, en lo referente a servicios residenciales queremos hacer una alusión explícita a la existencia en algunos casos de **cláusulas abusivas** que permiten a las empresas privadas sanciones y expulsiones arbitrarias de residentes, que no deberían ser admisibles sin una obligada justificación ante el IASS, y deberían por tanto eliminarse. Tampoco se les debería permitir mantener tratos de favor, ni la discriminación de usuarios no aceptando residentes con determinadas problemáticas.

En cuanto a los **Centros de Convivencia y Hogares sociales**, recursos indispensables en la prevención de la soledad no elegida de las personas mayores, reclamamos que no cierren en verano ni el comedor ni el centro, o que en todo caso si la afluencia es menor, se busquen alternativas para que se puedan mantener algunos abiertos y asegurar así en los meses de verano la única fuente de socialización que tienen algunas personas mayores.

Estos centros también son un instrumento idóneo para realizar **actividades de promoción de la salud y ralentizar el deterioro** así como atajar la **brecha digital**, como forma de mantenerse activo y aumentar los contactos de las personas mayores. Para una mejor coordinación, pensamos que sería positivo impulsar **concejías del mayor en todos los Ayuntamientos de la comunidad**.

Por último, en los aspectos relacionados con los centros sanitarios, vemos necesario trabajar estrategias para **mejorar el acompañamiento de las personas mayores y/o establecer facilidades a sus acompañantes** en los traslados desde las residencias a los hospitales para pruebas o tratamientos, y, por supuesto, para el caso de ingresos en los mismos.

- Los representantes de la Residencia San Hermenegildo de Teruel proponen la creación de una figura del Defensor del Mayor, similar a la que existe en el Ayuntamiento de Valencia.

GRUPO 8: AVANZAR HACIA UN URBANISMO ADAPTADO A LAS NECESIDADES DE LOS MAYORES

Participan en este grupo:

- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales
- Ayuntamiento de Utebo
- Colegio de Administradores de Fincas de Aragón
- Complejo Residencial SH Teruel
- Confederación de Asociaciones Vecinales de Aragón

INTRODUCCIÓN

El presente grupo de trabajo, en su primera reunión celebrada el díatomó la decisión de centrar su trabajo en dos ámbitos muy concretos: los aspectos de accesibilidad en viviendas, como posible causa de aislamiento, y el más genérico del análisis del planeamiento urbanístico visto desde una perspectiva más humana y convivencial.

A. VIVIENDA

Las personas **mayores en soledad no elegida** no encuentran en el seno de su «vivienda» eso que el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, en la segunda acepción de la palabra, denomina como «género de vida o modo de vivir», sino una verdadera celda que les limita, cuando no impide su relación con el exterior y, con ello, poder evitar en una primera instancia esa «soledad».

Otros grupos de trabajo de este proyecto han analizado los nodos vecinales, el uso de las TIC o los centros residenciales, debiéndonos centrar en este grupo en la situación, desde el punto de vista edificatorio, que presentan hoy día muchas viviendas y que conllevan en muchas ocasiones ese aislamiento, y ello desde un concepto concreto: la accesibilidad.

Analizaremos el marco normativo que en los últimos años ha venido a trasladar al ordenamiento jurídico español las distintas directivas europeas sobre accesibilidad universal, su reflejo principal en el mundo de las viviendas en régimen de propiedad horizontal como principales supuestos de problemas de aislamiento, y por último las actuaciones que desde la Administración, normalmente vía subvenciones para actuaciones de mejora de accesibilidad.

La vivienda en propiedad horizontal y la accesibilidad

Sin tener que remontarnos a las viviendas del siglo XIX o principios del XX, es evidente que en el entorno urbano de la mayoría de las poblaciones aragonesas, entre los años cincuenta y sesenta del siglo pasado se produjo una

expansión edificatoria bajo la figura de edificios en régimen de propiedad horizontal, que en muchos casos, con alturas no superiores a los cuatro pisos, carecían de ascensores y presentaban barreras arquitectónicas que limitaban la accesibilidad en el seno de los inmuebles.

Con el paso de los años dichas barreras arquitectónicas se han convertido en muchos casos en elementos que impiden a los moradores en ellas, cuando han visto con el paso de los años mermadas sus capacidades físicas deambulatorias, poder mantener el contacto con el entorno urbano, convirtiendo su vivienda en un lugar del que difícilmente se puede salir, y con ello impidiendo la normal vida relacional.

En este sentido mucha y variada ha sido la actividad normativa tendente a lograr facilitar que las comunidades en régimen de propiedad horizontal puedan acometer las actuaciones necesarias para mejorar la accesibilidad de los inmuebles. Ello se ha llevado a cabo en normas específicas de accesibilidad, en especial el Texto Refundido de la **Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social** (Real decreto Legislativo 1/2013 de 29 de noviembre), que como ya con anterioridad se habían venido reflejando en alguna otra normativa, equipara a los efectos de adoptar medidas facilitadoras de la accesibilidad a las personas mayores de 70 años. Pero también la accesibilidad se ha trasladado de forma hoy realmente contundente, aunque en varios momentos e inicialmente de forma tímida, al texto de la **Ley de Propiedad Horizontal**, de tal forma que sin duda alguna podemos decir que legalmente existen mecanismo legales para acabar, de ser ello físicamente posible, con los problemas de barreras arquitectónicas en los edificios que conforman las comunidades de propietarios, quedando únicamente como fundamental obstáculo el coste económico de ello, que la normativa en parte también intenta solventar.

La Ley 8/2013, de 26 de junio, de rehabilitación, regeneración y renovación urbanas, vino a trasladar al viejo texto de la Ley de Propiedad Horizontal de 1960, las medidas necesarias para lograr que se puedan adoptar en las viviendas en dicho régimen lo que ahora el artículo 10.1.b de la LPH denomina «medidas razonables en materia de accesibilidad», de tal forma que ahora el articulado de la norma establece los cauces que deben transitarse para ello. Así:

1. Queda establecido en el artículo 10.1.b, sin que ni tan siquiera deba ser objeto de votación en la junta de la comunidad que:

«Las obras y actuaciones que resulten necesarias para garantizar los ajustes razonables en materia de accesibilidad universal y, en todo caso, las requeridas a instancia de los propietarios en cuya vivienda o local vivan, trabajen o presten servicios voluntarios, personas con discapacidad, o mayores de setenta años, con el objeto de asegurarles un uso adecuado a sus necesidades de los elementos comunes, así como la instalación de rampas, ascensores u otros dispositivos mecánicos y electrónicos que favorezcan la orientación o su comunicación con el exterior, siempre que el importe repercutido anualmente de las mismas, una vez descontadas las subvenciones o ayudas públicas, no exceda de doce mensualidades ordinarias de gastos comunes. No eliminará el carácter obligatorio de estas obras el hecho de que el resto de su coste, más allá de las citadas mensualidades, sea asumido por quienes las hayan requerido.

También será obligatorio realizar estas obras cuando las ayudas públicas a las que la comunidad pueda tener acceso alcancen el 75% del importe de las mismas.»

(Este último párrafo ha sido introducido por el Real Decreto Ley 7/2019, de 1 de marzo, y ha venido a complicar más si cabe los supuestos en que la posibilidad de ayudas públicas condiciona la necesidad o no de votación, al estar ante futuribles, o ahora únicamente ante meras posibilidades)

2. De superarse los límites económicos anteriormente señalados, la ley en su artículo 17.2 establece, por vía de votación en la que deberá conseguirse mayoría simple de propietarios y cuotas, otro mecanismo:

«Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 10.1 b), la realización de obras o el establecimiento de nuevos servicios comunes que tengan por finalidad la supresión de barreras arquitectónicas que dificulten el acceso o movilidad de personas con discapacidad y, en todo caso, el establecimiento de los servicios de ascensor, incluso cuando impliquen la modificación del título constitutivo, o de los estatutos, requerirá el voto favorable de la mayoría de los propietarios, que, a su vez, representen la mayoría de las cuotas de participación.

Cuando se adopten válidamente acuerdos para la realización de obras de accesibilidad, la comunidad quedará obligada al pago de los gastos, aun cuando su importe repercutido anualmente exceda de doce mensualidades ordinarias de gastos comunes.»

Financiación y ayudas públicas

La práctica cotidiana nos muestra que estas posibilidades legales de «forzar» a que en el seno de las comunidades se acometen esos ajustes razonables en materia de accesibilidad choca con la realidad de la imposibilidad económica en muchos casos, dado que normalmente se produce en viviendas antiguas, habitadas por personas mayores en situación de precariedad económica, que en muchos casos, ni aun con apoyos públicos, permiten afrontar obras de la dimensión que conlleva una instalación de ascensor o medidas de accesibilidad menores como rampas, salvaescaleras, etc.

Las ayudas públicas han vendido centradas por un lado en las de determinados ayuntamientos (en este sentido Sociedad Municipal Zaragoza Vivienda otorgó en el año 2018 más de tres millones de euros incluyendo además de accesibilidad cuestiones de mejora energética, pero principalmente en la trasposición a Aragón de los planes

de viviendas estatales, mediante acuerdo con el Gobierno de Aragón. (www.zaragoza.es/ciudad/noticias/detalle_Noticia?id=227620.)

Así el 3 de agosto de 2.018 se publicó en el BOA la Orden del Departamento de Vertebración del Territorio, Movilidad y Vivienda del Gobierno de Aragón por la que se convocaban subvenciones en materia de rehabilitación de viviendas y edificios en Aragón para el año 2.018. En esta ocasión se diferenciaron dos programas distintos de tal forma que no se exigía, o se premiaba de forma excesiva como en otras ocasiones, actuaciones conjuntas en materia de eficiencia energética y accesibilidad, pudiendo acometerse por separado.

Por su parte distintos son los productos que las entidades financieras vienen ofertando para acometer, en el seno de las comunidades, actuaciones tendentes a la mejora de la accesibilidad en los edificios.

No obstante pese a lo expuesto, y como hemos ya indicado, la situación económica de las personas mayores que ocupan dichos inmuebles, dificultan, cuando no imposibilitan, el acometer las actuaciones necesarias para logara evitar que las viviendas se conviertan en las «celdas» que apartan a nuestros mayores del exterior, por lo que deberían habilitarse nuevas figuras que permitieran acometerlas aun en supuestos de alta precariedad, y sin que se pudiera alegar enriquecimientos injustos o aportación de dinero público a fines privados, tales como: pago por las administraciones del total de obras pero con exigencias de garantías de reembolso con los propios inmuebles, cesiones de propiedad con reserva de usufructo a inversores en condiciones sociales, hipotecas inversas con posposición de devolución a herederos, etc.

PROPUESTAS

- 1. Proceder a una adecuada publicidad en cuanto a las posibilidades legales que hoy facilitan en el seno de las comunidades de propietarios en régimen de propiedad horizontal acometer las acciones de accesibilidad que impidan que personas mayores en soledad queden «encerrados» en sus viviendas.**
- 2. Fomentar desde las administraciones públicas las líneas de ayudas en este campo, no vinculándolas a otras actuaciones que puedan dificultar acometer las mismas únicamente.**
- 3. Fomentar, tanto desde las administraciones públicas como desde el sector financiero, fórmulas de financiación de las actuaciones en pro de la accesibilidad de los inmuebles.**

Enlaces:

1. <https://gobierno.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/VertebracionTerritorioMovilidadVivienda/AreasTematicas/ViviendaRehabilitacion?channelSelected=d298c8548b73a210VgnVCM100000450a15acRCRD>
2. <http://www.arquitectura-tecnica.com/pdf/guia.pdf>
3. <https://www.entornoaccesible.es/productos-y-servicios/edificios-accesibles/comunidades-de-propietarios-quorum-necesario/>

B. URBANISMO

El espacio urbano constituye el escenario para la convivencia y las relaciones vecinales. Calles y plazas, parques y zonas de paseo, la ubicación de los edificios, la convivencia de los diferentes espacios y usos, la accesibilidad, el comercio de proximidad..., son elementos que pueden favorecer o, por el contrario, dificultar esta convivencia.

Las personas mayores en situaciones de soledad no deseada son, por sus propias características, especialmente vulnerables a las condiciones del entorno en el que habitan. El entorno puede facilitar su vida cotidiana y sus relaciones vecinales de cotidianeidad o agudizar su aislamiento, al no existir estas posibilidades o estar limitadas.

Por eso es importante analizar cómo afecta el entorno a la vida cotidiana de sus habitantes, especialmente a las personas mayores que viven en situaciones de soledad. En el caso de espacios urbanos consolidados, este análisis tiene que concluir con propuestas de acciones concretas y factibles de transformación para conseguir que se facilite la convivencia y las relaciones vecinales, sabiendo que, en ocasiones, estas medidas serán necesariamente limitadas, ya que no es factible modificar las condiciones estructurales; no obstante, siempre se podrán llevar a cabo actuaciones que supongan mejoras de la habitabilidad. Los Mapas de Riesgo serán los instrumentos para estos análisis, ya que cuentan, en el caso de Zaragoza, con una metodología que integra la perspectiva urbanística y social en el análisis del territorio con esta perspectiva convivencial.

Es también importante incorporar estos análisis cuando se trate de urbanizar nuevos entornos o de llevar a cabo un planeamiento urbano de reformas estructurales, ya que se podrían, y deberían, incorporar estas consideraciones para lograr espacios favorecedores de la convivencia y de las relaciones vecinales, así como para el desarrollo de la vida cotidiana de las personas mayores en situaciones de soledad. No serían diseños «a la carta» para favorecer solo la vida de este colectivo, ya que el conjunto de la población que habite esa zona se beneficiaría de un espacio inclusivo a todos los niveles, impulsando a nivel general las relaciones vecinales y la cohesión social. Un urbanismo al servicio de la vida y de la convivencia. Un urbanismo para lograr espacios inclusivos donde vivir y convivir sea el principal de sus atractivos.

Desde hace tiempo se vienen estudiando las condiciones urbanísticas para conseguir estos objetivos, de manera que existe ya una metodología de análisis y para elaborar propuestas para un urbanismo inclusivo, que integra

perspectivas urbanísticas y sociales, más allá de los simples análisis demográficos para contemplar las necesidades de equipamientos.

La diversidad, los espacios públicos, el comercio de proximidad, los «atractores» de vida vecinal, los espacios de riesgo de marginalidad y los «vacíos» urbanos, los equipamientos colectivos, la integración el entorno en el conjunto de la ciudad (comunicaciones), la movilidad y accesibilidad de los espacios, los elementos de identidad..., son algunas de las dimensiones que contemplan estas metodologías.

Especial importancia para prevenir y evitar la soledad de las personas mayores tienen la diversidad poblacional y los espacios y servicios de proximidad, incluyendo en ellos el estratégico papel del comercio de proximidad. Las personas mayores tienen que vivir de lleno en la ciudad o pueblo. Y se tienen que favorecer las relaciones intergeneracionales, que no significa solo crear hábitat compartidos para personas mayores y jóvenes (casi siempre más espectaculares que eficaces como alternativa permanente), o actividades en las que se junten niños y niñas con personas mayores, siendo importantes y beneficiosas estas iniciativas tanto para las personas mayores como para los niños y niñas.

De lo que se trata es de que las personas mayores vivan plenamente integradas en una comunidad vecinal, y no segregados en lugares alejados de la vida normalizada. Las alternativas residenciales para personas mayores tienen que ser consideradas como «servicios de proximidad», para que puedan participar fácilmente de relaciones vecinales diversas, con personas de otras generaciones, y mantener sus relaciones familiares y de amistad; también para que esos centros y quienes los habitan estén integrados en la vida vecinal y comunitaria. El alejamiento de la vida vecinal, bajo el argumento de buscar entornos «tranquilos» para las personas mayores, no es una buena alternativa para evitar la soledad. Las personas mayores necesitan ante todo vivir y convivir en una sociedad diversa y no en un entorno artificial pensado solo «para ellos». No obstante no puede obviarse que en muchas ocasiones resulta imposible materialmente, desde el punto de vista económico, el conseguir espacios vivenciales adecuados en los núcleos urbanos consolidados, por lo que en estos casos, en los que los centros residenciales deben situarse fuera de dichos núcleos, se deberá intentar que los mismos se encuentren lo más próximos posibles a los mismos y no en zonas alejadas de cualquier entorno urbano adecuado, y siempre dotándoles de los medios de comunicación adecuados para la facilitar que los residentes puedan mantener o crear vínculos.

PROPUESTAS

1. Realizar **Mapas de Riesgo** en los Barrios, para identificar los elementos que en ese entorno favorecen o limitan la autonomía personal, la convivencia y las relaciones vecinales. Estos Mapas debe concluir con propuestas de acciones concretas y viables para mejorar estas condiciones.
2. Realizar **Informes de Impacto Convivencial** en el planeamiento urbano, tanto en los nuevos espacios urbanizables como en la reforma de los consolidados, para incorporar en el planeamiento los elementos que favorezcan entornos inclusivos que faciliten la autonomía de las personas, especialmente quienes tienen limitaciones funcionales, así como la convivencia y las relaciones vecinales. La normativa sobre planeamiento urbano en nuestra Comunidad debe hacer preceptivos esos informes, que se deben elaborar con una metodología urbanística y social contrastada, y promoviendo la más amplia participación vecinal en su aplicación y en sus propuestas.
3. Establecer medidas de apoyo e impulso al **comercio de proximidad**, promover su implicación en la detección de situaciones de aislamiento y soledad no deseada de personas mayores, y dotarles de cauces para la eficacia de esta labor a través de los servicios sociales de su zona
4. **Los centros residenciales** y cualquier otra alternativa habitacional para personas mayores se consideres **«servicios de proximidad»**, para evitar el aislamiento de estas personas y para que puedan participar y disfrutar de la vida vecinal y ciudadana, y mantener sus relaciones familiares y de amistad. En todo caso, y cuando ello no resulte posible, se deberán adecuar los medios de comunicación entre los centros residenciales y los entornos en los que los residentes tengan sus vínculos o puedan crear nuevos.

REFERENCIAS

- Investigación «Mapa de Riesgo Social» financiada por el Ministerio de Economía y Competitividad, Programa de I+D+i orientada a los Retos de la Sociedad, 2013. Ref. CSO2013-42576-R. Universidad San Jorge / Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Aragón
- Carro de Roa, M. (2010): Fundamentos de urbanismo. Una perspectiva sostenible, Oviedo: Fundación Méjica.
- Grupo de trabajo «La ciudad socialmente sostenible», impulsado y coordinado por el Consejo General de Trabajadores Sociales, Ediciones VII (2004), VIII (2006) y IX (2008) del Congreso Nacional del Medio Ambiente (CONAMA)

4. SÍNTESIS Y RECOMENDACIONES

En las páginas anteriores se ha dejado constancia del trabajo de cada uno de los ocho grupos de trabajo que han venido desarrollando su actividad a lo largo de meses de trabajo, incluyendo las recomendaciones que cada uno de los citados grupos ha entendido resultaba procedente trasladar tanto a las administraciones competentes como al conjunto de la sociedad.

Se hace sin embargo necesario, proceder a realizar una síntesis de conjunto de todas esas recomendaciones, procediéndose a su recopilación y clasificación, tanto en razón de la concreta materia a la que cada una de ellas viene referida, evitando reiteraciones, como, y desde el punto de vista metodológico y de aplicación material, desde aquella administración o administraciones a que cada una de ellas puede venir referidas, siendo conscientes que en muchos casos una misma recomendación podría ser encuadrada en varias materias.

A. RECOMENDACIONES LEGISLATIVAS

1. Elaboración de una estrategia a nivel Estatal, de Comunidades Autónomas y entidades locales, que establezca un plan de actuación para prevenir la soledad no elegida de las personas mayores, con un marco común de intervención con líneas básicas a nivel institucional, que incluya un análisis en profundidad de la situación y previsiones futuras.
2. Se hace necesario, a fin de recoger en una norma con rango legal, la promulgación de una «Ley integral del Mayor» por parte de las Cortes de Aragón, previo los trámites legales y reglamentarios para ello, ya por proyecto de ley del Gobierno de Aragón, ya por proposición de ley en el seno parlamentario, para cuya tramitación resultará imprescindible la participación de aquellas entidades y asociaciones que día a día trabajan en la materia. En derecho comparado, y como referente en otras comunidades autónomas, cabe mencionar la ya consolidada ley andaluza, 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores.
Dicha norma deberá fijar los derechos y obligaciones de las distintas administraciones respecto a las personas mayores, garantizando que tengan cubiertos los cuidados necesarios básicos y fundamentales.
3. En el ámbito reglamentario, y como desarrollo y complemento de ésta, deberán dictarse normas que permitan:
 - La coordinación interadministrativa e interorganizativa, con especial incidencia entre los agentes públicos con competencias en los sectores sanitarios y de asistencia social.
 - Implementación de un «Código ético/decálogo de buenas prácticas» para la atención de personas mayores vulnerables en el que se establezcan los límites y la labor de complementariedad del voluntariado.
 - Regulación del acompañamiento durante el traslado a centros sanitarios o sociales, y durante la estancia en el mismo, de personas mayores vulnerables.
 - Revisión y actualización del decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados, que garantice una adecuada atención a las personas residentes que sufren soledad no deseada.
 - Regulación e implantación de la figura del «Informe de impacto convivencial» en las figuras de planeamiento y desarrollo urbanístico.
 - Planes específicos de ayudas públicas a la rehabilitación y reforma edificatoria, que contemplen de forma separa las actuaciones en materia de accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas en edificaciones en régimen de propiedad horizontal.
4. Creación, bajo el amparo del instrumento normativo adecuado, de un «Observatorio de las personas mayores en soledad no deseada», en el que junto a las administraciones con competencias en la materia participen las entidades de la sociedad civil, como grupo permanente de análisis, control y de aportación nuevas de medidas a implementar para la solución de la problemática actual y las nuevas situaciones que puedan ir creándose en este ámbito.

B. RECOMENDACIONES DE COORDINACIÓN Y PROTOCOLOS

1. Elaboración de protocolos claros de intervención con medidas a desarrollar en el entorno próximo, a los que habrá que dotar de las partidas presupuestarias apropiadas.
2. Establecimiento de los mecanismo de coordinación entre los ámbitos públicos sanitarios y de asistencia social, en doble dirección, con creación de equipos multidisciplinares de intervención, con especial incidencia en aquellas personas en riesgo de exclusión, y en el ámbito de la salud mental.
3. Potenciar la colaboración y coordinación entre las asociaciones de personas mayores, para rentabilizar recursos y llegar de forma más eficaz y efectiva a todo el colectivo.
4. En el ámbito residencial impulsar la evolución del modelo asistencial hacia un modelo de atención centrado en la persona, con la implementación, entre otras, de las siguientes medidas:
 - Elaboración de la «Historia de vida».
 - Utilización de escalas de medición del sentimiento de soledad.
 - Respeto a la autonomía, libertad y participación de los residentes.
 - Creación de vínculos entre el residente, su familia y allegados y los profesionales.
 - Diseño de protocolos de preingreso, ingreso y adaptación.
5. Promover la atención a las personas en las residencias y en los traslados e ingresos hospitalarios con, entre otras, las siguientes medidas:
 - Valoración de la situación de la persona al ingreso.
 - Protocolos de adaptación a los hospitales, dentro del concepto de «hospital amigable».
 - Valoración geriátrica, con escalas diagnósticas de soledad y registro en historia clínica sanitaria.
 - Establecimientos de programas y planes de cuidados específicos.
 - Programas de atención a los cuidadores.

6. Promover la mejora en la detección, atención e intervención en el ámbito sanitario:
 - Inclusión en la historia clínica de escalas diagnósticas de soledad.
 - Identificación del personal sanitario de referencia, con formación adecuada.
 - Implementación programas específicos de atención a mayores en soledad no deseada en Atención Primaria y Atención Especializada.
 - Permitir el acompañamiento durante el traslado y estancia en centro sanitario.

C. RECOMENDACIONES EN CUANTO A LA DOTACIÓN DE RECURSOS

1. Potenciar los recursos preventivos a nivel local: teleasistencia, servicios de apoyo en domicilio, programa «respiro», comedores sociales, programas de eliminación de la brecha digital, programas de envejecimiento activo, teléfonos o centros de escucha y atención próxima, etc.
2. Potenciar que las asociaciones de personas mayores busquen sus propios recursos, sin dependencia exclusiva de subvenciones públicas, estableciendo ámbitos de colaboración con sectores privados que tiendan a la defensa de sus intereses, y como factor de potenciación de que su valor social continúa existiendo.
3. Garantizar la apertura, todo el año, de centros de convivencia y hogares sociales, con continuidad en la prestación de todos sus servicios.
4. Mejorar la dotación de los centros públicos de mayores ya existentes, potenciar nuevos centros con alcance a todo el territorio, promocionando los acuerdos y convenios interinstitucionales entre el Gobierno de Aragón y las entidades locales.
5. Incremento del parque público de viviendas en propiedad o alquiler, con accesibilidad universal.

D. RECOMENDACIONES DE POTENCIACIÓN DE APOYO CIUDADANO

1. Impulsar redes de cercanía al ciudadano, públicas (centros de salud, servicios municipales o comarcales de servicios sociales, centros de ocio municipales) y privadas (comunidades de vecinos, comercio de proximidad, entidades asociativas del entorno, parroquias y otros centros de religiosos), para promover líneas de contacto con las personas en soledad no deseada.
2. Creación de mesas o comisiones en localidades o barrios que presenten esta problemática, con las entidades asociativas que trabajen en el entorno en esta materia, que sirvan de foco de atención y control de las necesidades.
3. Potenciar un modelo asociativo donde las personas mayores sean los gestores de sus propios proyectos e intereses.
4. Promover desde el ámbito público y privado, servicios y actividades adecuados a los nuevos perfiles de personas mayores y a las nuevas realidades sociales.
5. Diseñar desde los programas y centros públicos dirigidos a personas mayores, actividades orientadas a favorecer la relación y reforzar las redes sociales y vecinales, facilitando la participación especialmente a aquellas personas con menores recursos.

E. RECOMENDACIONES DIVULGATIVAS

1. Realizar campañas de sensibilización, información y formación, que difundan el problema sin alarmismos, pero con conciencia de su existencia, incidiendo en los factores de prevención y de motivación para la preparación individual.
2. Promover observatorios, jornadas y charlas sobre la problemática de la soledad no elegida, que sirvan para acercar a toda la ciudadanía el problema, pero también la soluciones, en la materia.
3. Realizar campañas de divulgación del voluntariado que sirvan para crear un núcleo de personas suficientes para atender las circunstancias de dependencia existentes, y al mismo tiempo de sensibilización del problema.
4. Realización de campañas divulgativas sobre instrumentos de financiación para la rehabilitación de edificaciones, con especial atención a las medidas que faciliten la accesibilidad.

F. RECOMENDACIONES FORMATIVAS

1. Potenciar la formación de aquellas personas que estén cerca de las personas afectadas por la situación de soledad no deseada y que pueden colaborar en sus cuidados y atención: familiares, vecinos, etc.
2. Trabajar en la autoformación que nos permita a todos, en un futuro, ser capaces de afrontar la situación vivencial a lo que nos podremos enfrentar.
3. Aproximar la utilización de las nuevas tecnologías de forma comprensible y adecuada.
4. Fomentar y desarrollar desde las distintas administraciones cursos de formación para las asociaciones de mayores de cara a mejorar su gestión y ámbito de actuación.

G. RECOMENDACIONES DE CONCIENCIACIÓN SOCIAL

1. Concienciar una visión de la vejez desde lo positivo, empoderando y valorizándola, trasladando a la sociedad el valor y respeto que se merecen sus miembros como parte fundamental en el presente y futuro de la misma.

2. Promover que todas las organizaciones que actúan en el ámbito del cuidado y atención de los mayores, sean consideradas «entidades que cuidan de los suyos».
3. Sensibilizar a las asociaciones, entidades, y en general a toda la sociedad, de que esta problemática va a permanecer e incrementarse.
4. Incrementar el intercambio intergeneracional de experiencias y saberes, con acciones en que los jóvenes se acerquen, convivan y reciban la experiencia vivencial de sus mayores: programas de actividades conjuntas, compartir vivienda con estudiantes, etc.
5. Fomentar en las propias asociaciones de mayores la creación de grupos de alerta.

H. RECOMENDACIONES EN CUANTO AL VOLUNTARIADO

1. Integración de acciones de voluntariado dentro de un marco global común y un apoyo institucional que coordine las acciones y pueda asumir las situaciones en las que se debe trabajar individualmente de forma profesional.
2. Impulsar la participación de personas mayores en proyectos de voluntariado, poniendo en valor el efecto positivo que tiene sobre las dimensiones del bienestar y la salud.
3. Potenciar desde las administraciones públicas la implicación de asociaciones, ONG, fundaciones, etc., en la promoción del voluntariado, como prevención y apoyo a situaciones de soledad no elegida y refuerzo del tejido asociativo y promoción de las redes vecinales.
4. Creación de un «Plan de formación del voluntariado», que establezca los requisitos curriculares necesarios para contar con un personal voluntario debidamente formado, que permita su extensión a todo el territorio.
5. Configuración de canales de comunicación e interacción entre las organizaciones de voluntariado y los servicios públicos sociosanitarios, que sirvan para crear cauces de detección de problemas que garanticen el análisis y la asignación de recursos a cada situación.

I. RECOMENDACIONES EN EL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

1. Fomento desde las instituciones públicas o privadas de adaptación de las viviendas, y en su caso de las comunidades de propietarios, con personas mayores de instrumentos tecnológicos de ayuda y control:
 - Teleasistencia.
 - Domótica.
 - Seguimiento monitorizado de personas con especiales condiciones sanitarias.
2. Promover el apoyo al acceso a las TICs de forma individual y personalizada.
3. Informar, a través de las páginas web de las administraciones públicas sobre los recursos disponibles en el ámbito de la soledad no deseada de forma comprensible y accesible.



EL JUSTICIA DE ARAGÓN

RESOLUCIÓN de 21 de septiembre de 2019, del Justicia de Aragón.

A la vista de cuanto antecede, y en uso de las facultades que me viene conferidas por el Estatuto de Autonomía de Aragón y la Ley 4/1985, de 27 de junio, reguladora del Justicia de Aragón, he **RESUELTO**:

1º. Dar traslado del presente informe a las Cortes de Aragón, con entrega personal a su Presidente, a los efectos previstos en el artículo 36 de la Ley 4/1985, de 27 de junio, reguladora del Justicia de Aragón.

2º. Solicitar al Presidente de las Cortes de Aragón se permita a este Justicia la presentación de este informe ante los miembros de la cámara, ya en Pleno convocado al efecto, ya en sesión de la Comisión Institucional y de Desarrollo Estatutario, en la que todos grupos parlamentarios puedan conocer el contenido del mismo y, en su caso, mostrar su posición respecto a su objeto.

3º. Dar traslado de este informe a los efectos de comunicación del contenido del mismo, y de la toma en consideración respecto de aquellas recomendaciones que pudieran entrar en sus competencias legales, a las siguientes administraciones y organismos públicos:

- Gobierno de España.
- Gobierno de Aragón.
- Diputaciones provinciales, comarcas y ayuntamientos de Aragón.

4º. Dar traslado de este informe para su conocimiento al Defensor del Pueblo de España.

5º. Proceder a la publicación del presente informe en la página web del Justicia de Aragón para su general conocimiento.

Zaragoza, a 21 de septiembre de 2019, cuando se cumple un año de la primera reunión de la mesa.

EL JUSTICIA DE ARAGÓN
ÁNGEL DOLADO PÉREZ



CORTES DE ARAGÓN - Palacio de la Aljafería - 50071 Zaragoza
www.cortesaragon.es
Edición electrónica: Cortes de Aragón - Servicio de Publicaciones
Depósito Legal: Z-334-1989 - ISSN: 1137-9219

