

Socios del proyecto:

- Etcharry Formation Développement, Ustaritz, Francia
- Centre communal d'action sociale, Urruña, Francia
- Pôle Culture & Santé en Nouvelle-Aquitaine, Burdeos, Francia
- Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España
- Bortzirietako Gizarte Zerbitzuen Mankomunitatea, Etxalar, España
- Università di Bologna, Bolonia, Italia
- Cefal Emilia Romagna, Bolonia, Italia
- Anziani e non solo, Carpi, Italia



Cofinanciado por
la Unión Europea



www.ginkgo-project.eu

Programa de formación



Índice de contenidos

Introducción	5
Conceptos clave	6
Conceptos clave: un marco teórico esencial	8
Aislamiento, soledad y exclusión social	9
Edadismo	12
Enfoque centrado en la persona	15
Perspectiva del ciclo vital	18
Envejecimiento activo y gerontología educativa crítica	21
Interseccionalidad	25
Calidad de vida	28
Empoderamiento	31
Enfoque comunitario	34
Corresponsabilidad	37
Violencia contra las personas mayores	40
Buen trato	43
Comunicación no violenta	46
Perspectiva biopsicosocial	49
Módulos de formación	52
El itinerario formativo: módulos e interrelaciones	54
Estructura de los módulos de formación	56
Módulo 1: Envejecimiento, edadismo, estereotipos y prejuicios	63
Módulo 2: Factores de protección y de riesgo del aislamiento social	68
Módulo 3: Comunicación con los grupos destinatarios de la intervención	74
Módulo 4: Estrategias socioeducativas	79
Submódulo 4.1: Participar en un proyecto de cooperación en cultura y salud	84
Submódulo 4.2: Actividad física y deporte	89
Módulo 5: Intergeneracionalidad	94
Módulo 6: Perspectiva biopsicosocial	99

Módulo 7: Promoción de la calidad de vida y el bienestar de personas cuidadoras y profesionales (prevención del síndrome de desgaste profesional)	105
Módulo 8: Trabajo en red e intervenciones comunitarias	111
TALLER A: Taller de comunicación narrativa: contar historias a través del vídeo	116
TALLER B: Taller de comunicación narrativa: contar historias a través de la fotografía	121

Introducción

Este programa de formación se ha diseñado para reforzar los conocimientos y competencias relacionados con el aislamiento social en personas mayores, especialmente en aquellas en situación de mayor vulnerabilidad. Su objetivo es dotar a las personas participantes en la formación de herramientas para promover su participación social y favorecer su inclusión.

El programa de formación es el resultado de un proceso estructurado y colaborativo, desarrollado en varias etapas con la participación activa de los socios del proyecto y de sus Comités Técnicos Locales (CTL). El objetivo ha consistido en construir un itinerario de formación basado en líneas concretas de desarrollo para la prevención del aislamiento social, capaz de responder a las necesidades específicas de los territorios implicados, gracias a la definición compartida de conceptos clave, ejes de formación y buenas prácticas.

La primera fase consistió en identificar, a través de grupos de discusión y cuestionarios, los valores fundamentales, los conceptos y las palabras clave. Estas aportaciones permitieron obtener una comprensión detallada de las percepciones y necesidades locales, proporcionando así una base sólida para el diseño del programa. El análisis de los resultados recopilados permitió a continuación definir las prioridades de formación y poner de relieve las prácticas existentes más pertinentes, velando al mismo tiempo por la alineación con los demás módulos de trabajo del proyecto (WP3 y WP4) para garantizar la coherencia y la complementariedad.

Las reuniones específicas con los CTL constituyeron un momento clave del proceso: permitieron compartir y debatir los resultados, obtener comentarios precisos, afinar los conceptos y confirmar las prioridades de formación. A partir de estos elementos, se diseñaron y desarrollaron módulos para responder de manera operativa a las necesidades identificadas. A continuación, se llevó a cabo una fase de revisión, que incluyó nuevos intercambios con los CTL con el fin de ajustar y mejorar la estructura del programa.

La versión inicial del programa así elaborada refleja un enfoque inclusivo y participativo. No solo garantiza la adecuación a las realidades locales, sino que también pone de relieve la cooperación, el intercambio de conocimientos y el fortalecimiento de las competencias territoriales.



Conceptos clave



Conceptos clave: un marco teórico esencial

Antes de abordar los módulos de formación, es necesario sentar las bases mediante la presentación de los conceptos fundamentales que articulan el programa.

Estos aportan un marco teórico clave para comprender los retos vinculados al envejecimiento, la inclusión social y el bienestar.

Cada concepto se presenta de forma clara y estructurada, combinando una explicación teórica, referencias de la literatura académica y, en algunos casos, recursos en línea para profundizar en el tema.

Este enfoque busca equilibrar el rigor con la accesibilidad a diversos recursos, facilitando que cada persona pueda aproximarse a los contenidos según sus necesidades e intereses.



Aislamiento, soledad y exclusión social

El aislamiento social se ha definido generalmente como el hecho de estar «solo», es decir, como una condición objetiva caracterizada por contactos e interacciones sociales limitados o poco frecuentes con los demás (Cornwell y Waite, 2009; Dickens et al., 2011).

Las personas mayores suelen estar más expuestas a este riesgo debido a factores como la jubilación, la pérdida de seres queridos y la movilidad reducida (OMS, 2021). Además, las dinámicas familiares cambiantes y la dispersión geográfica pueden exacerbar la desconexión social entre las personas mayores (Smith y Victor, 2019). Nicholson (2009) propone una concepción multidimensional del aislamiento social, subrayando la importancia de considerar no solo el número de contactos, sino también el sentimiento de pertenencia, la calidad de las relaciones y el compromiso social.

La soledad, por su parte, se refiere al sentimiento de «estar solo».

Los enfoques psicológicos, especialmente los modelos cognitivos, han sido predominantes para explicar esta interpretación. La soledad se define como una experiencia subjetiva y emocional derivada de una brecha entre las relaciones sociales deseadas y las reales (Peplau y Perlman, 1982). Weiss (1983) y De Jong Gierveld & Van Tilburg (2010) distinguen dos tipos de soledad: la soledad emocional, relacionada con la ausencia de relaciones significativas, y la soledad social, relacionada con la ausencia de vínculos en el entorno inmediato. Las relaciones ideales no son universales, sino que varían según los contextos culturales y sociales. Además, la soledad se percibe generalmente como una experiencia negativa que tiene un impacto

significativo en el bienestar de quienes la sufren. Pero también puede ser elegida, aunque, en este caso, suele ir acompañada de estereotipos negativos (Sagan y Miller, 2018), como la falta de habilidades sociales o la incapacidad para mantener relaciones satisfactorias.

Varios estudios se han centrado en las características individuales, los rasgos de personalidad y los factores sociales y contextuales que pueden predisponer a la soledad.

Se ha observado que, aunque la soledad aumenta con la edad, afecta a todos los grupos de edad (Dykstra et al., 2005; Czaja et al., 2021). Hay pruebas de que está especialmente presente en personas con una salud deteriorada, que han sufrido una ruptura (como la viudez) o que se encuentran en una situación económica precaria (D'Hombres et al., 2018; Niedzwiedz et al., 2016). También es un fenómeno subjetivo, que varía según las personas, tanto en la probabilidad de sufrirla como en la forma de vivirla. Aunque el aislamiento social y la soledad son conceptos distintos, están relacionados, pero no siempre se dan juntos (Deluigi y Ricci, 2023). El ejemplo de la pandemia de COVID lo ilustra bien, con el agravamiento de la soledad debido al distanciamiento social, las restricciones de desplazamiento y los confinamientos. Según las investigaciones, el 25% de la ciudadanía de la Unión Europea sufrió soledad persistente durante más de la mitad del tiempo en ese periodo (Baarck et al., 2021; Berlingieri et al., 2023).

Con la toma de conciencia de que la soledad es en gran medida producto de dinámicas sociales y factores estructurales, este fenómeno ha comenzado a recibir mayor atención en sociología, especialmente entre quienes estudian los procesos de exclusión social. La exclusión social es un concepto polisémico, con significados variados según los contextos territoriales e históricos. En general, se refiere al deterioro de los vínculos sociales y a la dificultad para acceder a niveles mínimos de bienestar (Walker y Walker, 1997; Seifert et al., 2021).

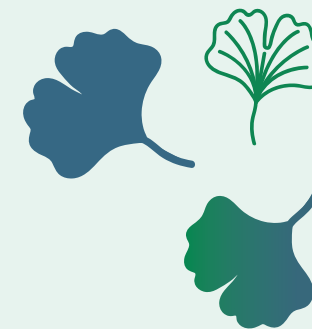
El debilitamiento de estos vínculos está relacionado con la soledad y el aislamiento, ya que las personas excluidas disponen de menos factores de protección.



Los rápidos cambios en nuestro entorno, como las transformaciones familiares, el debilitamiento de las relaciones sociales y profesionales, el aumento de la movilidad y la disminución de la eficacia de los servicios sociales, afectan en gran medida a la capacidad de las personas para construir y mantener redes de apoyo.



Para más información...



REFERENCIAS

- Berlingieri, F., Colagrossi, M., & Mauri, C. (2023). *Loneliness and social connectedness: Insights from a new EU-wide survey* (JRC Technical Report No. JRC133351). European Commission, Joint Research Centre. <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC133351>
- Cornwell, E.Y. & Waite, L.J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *J. Health Soc Behav.* 50(1), 31-48. doi: 10.1177/002214650905000103
- Dickens, A.P., Richards, S.H., Greaves, C.J. & Campbell, J.L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health* 11(647), 2-22. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>
- Nicholson Jr., N.R. (2009). Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65. 1342-1352. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04959.x>
- Niedzwiedz, C. L., Richardson, E. A., Tunstall, H., Shortt, N. K., Mitchell, R. J., & Pearce, J. R. (2016). The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective? *Preventive Medicine*, 91, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.07.016>

SITIOS WEB

Encuesta de la UE sobre la soledad: un estudio de la Comisión Europea que proporciona datos y análisis sobre la prevalencia de la soledad en los países de la Unión Europea. Disponible en: https://joint-research-centre.ec.europa.eu/scientific-activities/survey-methods-and-analysis-centre/loneliness/eu-loneliness-survey_en?prefLang=fr

Iniciativa Global sobre la Soledad y la Conexión: una plataforma internacional que reúne evidencia, recursos y acciones para abordar la soledad y fomentar la conexión social. Disponible en: <https://www.gilc.global/>

Edadismo

El edadismo, término acuñado por Robert Butler en la década de 1960, se refiere a los estereotipos y prejuicios relacionados con la edad.

Butler (1975), así como investigadores posteriores como Whitley y Kite (2006) y Nelson (2005), han examinado cómo los estereotipos relacionados con la edad influyen en las suposiciones sobre los rasgos y las capacidades de las personas. La discriminación por edad se perpetúa a través de la forma en que la sociedad piensa, siente y actúa hacia las personas en función de su edad, lo que da lugar a comportamientos discriminatorios. Décadas de investigación destacan el impacto de la discriminación por edad, especialmente en la población mayor y adolescente, a quienes a menudo se asocian con estereotipos negativos que, una vez interiorizados, influyen en las dimensiones cognitivas, emocionales y sociales. Esto puede generar sesgos implícitos y acciones explícitas, reforzando la percepción del envejecimiento como un problema en lugar de como una evolución de la sociedad.

La discriminación por edad se manifiesta a través de formas directas, indirectas, asociativas, erróneas e interseccionales, a menudo influenciadas por factores adicionales como el género.

Ayalon y Tesch-Römer (2017) identifican los efectos de la discriminación por edad en tres niveles: el macro (los estereotipos culturales que influyen en las políticas públicas), el meso (los efectos sobre las organizaciones y los servicios) y el micro (el impacto en la autoestima y las relaciones sociales de las personas mayores). Este marco clasifica la discriminación por edad en institucional, interpersonal y autoinfligida.

La discriminación por edad institucional implica leyes y prácticas que limitan las oportunidades en función de la edad, mientras que la discriminación por edad interpersonal se manifiesta a través de interacciones marginadoras. La discriminación por edad autoinfligida se produce cuando las personas interiorizan estereotipos negativos, lo que limita su potencial y restringe su desarrollo personal y su participación social.

Las creencias discriminatorias hacia las personas mayores que están muy extendidas dan a entender que estas carecen de capacidades o de valor social, lo que conduce a su marginación en la toma de decisiones y a una minimización de sus contribuciones a la sociedad. Estos sesgos limitan la comprensión del envejecimiento, ignorando la gran diversidad existente dentro de la población de edad avanzada y los diferentes grados de autonomía, compromiso activo y dependencia que caracterizan sus experiencias. La edad no es el único factor determinante en el envejecimiento; factores como la genética, el comportamiento, el estatus socioeconómico, la cultura, el entorno y el estilo de vida también influyen, tal y como han señalado Rowe y Kahn (2015).

Consciente de las repercusiones de la discriminación por edad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha incluido en su Estrategia mundial sobre el envejecimiento y la salud y en la Década para un envejecimiento saludable (2021-2030).

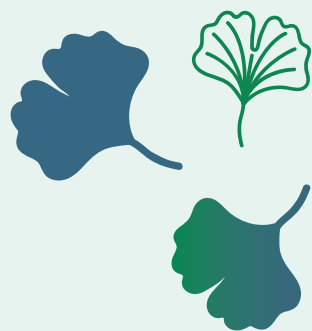
La estrategia de la OMS destaca los posibles efectos de la discriminación por edad: menor esperanza de vida, peor estado de salud, mayor riesgo de pobreza, mayor vulnerabilidad al abuso y mayor aislamiento social (OMS, 2021). Las mujeres, en particular, pueden sufrir más el edadismo en materia de salud debido a una medicalización sesgada y a una visión reduccionista de su salud.

En resumen, la discriminación por edad sigue profundamente arraigada en la sociedad. Combatir estos prejuicios requiere reconocer y transformar las visiones estereotipadas sobre las personas mayores en todos los ámbitos: personal, familiar, social y profesional. Valorar a las personas mayores presentando una imagen realista y variada del envejecimiento puede favorecer sociedades inclusivas y diversificadas, que respeten y apoyen a las personas de todas las edades.





Para más información...



REFERENCIAS

- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14(1), 1-4.
<https://doi.org/10.1007/s10433-016-0409-9>
- Butler, R.N. (1975). Psychiatric and the elderly: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132, 893-90
- Nelson, T.D. (2005). Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self. *Journal of Social Issues*, 61, 207-221.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2 0: Conceptual expansions for the 21st century. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(4), 593-596.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- World Health Organization. (2021). *The Global report on ageism*. Geneva: World Health Organization. Available: <https://www.who.int/fr/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism/>

Enfoque centrado en la persona

En las últimas décadas se ha producido un importante cambio de paradigma con respecto al modelo tradicional de atención. El enfoque centrado en la persona tiene sus orígenes en la psicología humanista, más concretamente en la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers (1951), también conocida como terapia no directiva.

Esta forma de psicoterapia se basa en la tendencia constructiva y positiva al desarrollo del ser humano, considerándolo un agente activo del cambio, y se aleja del enfoque conductista. Más tarde, Tom Kitwood (1997) aplica este enfoque a la atención de las personas con demencia. Según este autor, la demencia no es solo una afección neurológica, sino también una afección psicológica y social, en la que intervienen diversos factores, cuya interacción es determinante para comprender el comportamiento y el bienestar de cada persona, tales como la personalidad, la biografía, la salud y el entorno social. Se trata, por tanto, de una perspectiva psicosocial, en la que la enfermedad o la patología no es el único aspecto ni el predominante. Esta idea se presenta en el marco VIPS de Dawn Brooker (2007), que consiste en «valorizar» a las personas con demencia y sus entornos de cuidados, tratarlas como «individuos únicos», tener en cuenta su «perspectiva» y proporcionar un «entorno social» que respalde las necesidades psicológicas.

El enfoque centrado en la persona de Kitwood se ha trasladado a diferentes contextos asistenciales, como la educación, la salud, los servicios gerontológicos o los relacionados con la discapacidad.

A diferencia de los enfoques tradicionales, basados en los problemas del individuo y el funcionamiento institucional, las acciones profesionales basadas en el modelo de cuidados centrados en la persona (ACP) tienen como objetivo proporcionar cuidados individualizados y fomentar la autonomía y la participación de las personas en sus procesos de cuidados. El modelo ACP es un paso clave en las buenas prácticas, respaldado por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024). Según Collins (2014), los principios que sustentan la ACP son: (1) una atención basada en la dignidad y el respeto, (2) la coordinación del apoyo y la atención a lo largo del tiempo, especialmente durante las transiciones entre servicios, (3) la personalización de la atención, evitando enfoques generalizados centrados en la enfermedad o el diagnóstico, y (4) el desarrollo de un entorno facilitador que potencie las capacidades de la persona y permita mantener su autonomía.

En el marco del modelo ACP, el enfoque dialógico puede incluirse como una metodología de atención profesional orientada a un diálogo participativo con la persona atendida y su entorno cercano (personal y profesional).

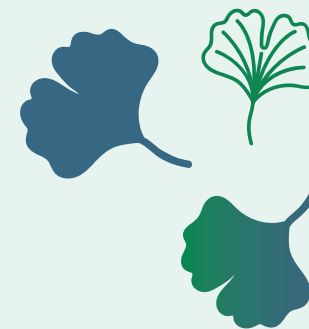
El propio Rogers buscaba ser congruente y auténtico en su enfoque, tratando su terapia centrada en el cliente como una relación de encuentro y asumiendo implícitamente la comprensión dialógica en su modelo. Las relaciones interpersonales son esenciales para los seres humanos: nacemos y vivimos en relaciones, y nuestros cerebros están contruidos de manera dialógica (Alderson-Day et al., 2016). Por eso necesitamos a los demás para desarrollar nuestra identidad y necesitamos las respuestas de los demás para comprender que existimos para ellos. Todo ello se lleva a cabo a través del diálogo, que no debe entenderse como un proceso centrado en la palabra, sino cuya premisa principal, y la de este modelo, es la escucha y el entrenamiento de esta capacidad. El enfoque dialógico busca encontrar nuevas soluciones y posibilidades de acción a través de un diálogo pausado y la autonomización de la persona atendida. El núcleo central del enfoque es la escucha, por lo que quienes ejercen la intervención profesional deben escuchar adecuadamente a las personas con las que trabajan para que se sientan reconocidas en la toma de decisiones relativas a sus propios procesos de vida (Arnkil, 2019). Este diálogo tiene como objetivo alcanzar nuevos estados y procesos basados en el potencial propio del individuo. Además, anima a profesionales a establecer relaciones horizontales con las personas a las que atienden, de modo que no les digan lo que deben hacer, sino que les ayuden a expresarse y a alcanzar los objetivos fijados.

Existen varias tareas comunes en la generación y la preservación de los espacios dialógicos, tales como (Arnkil, 2019):

- **Organizar el espacio físico de manera adecuada para el diálogo.**
- **Asegurarse de que haya tiempo suficiente y de que este se distribuya de manera que favorezca el diálogo.**
- **Incluir a todas las personas importantes de la red del paciente y animarlas a participar en persona en el diálogo.**
- **Fomentar un espacio mental abierto a la curiosidad respetuosa y a la empatía.**
- **Mantener un discurso dialógico con las demás personas durante las reuniones y evitar el discurso autoritario en el ámbito profesional.**



Para más información...



REFERENCIAS

- Arnkil, T. (2019). Co-generando espacios dialógicos. Desafíos para los diálogos abiertos y anticipatorios y las prácticas dialógicas en general. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices*, 9(1), 51-64.
- Brooker D. (2007). *Person-Centred Dementia Care: Making Services Better*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Collins, A. (2014). *Measuring what really matters Towards a coherent measurement system to support person-centred care*. The health Foundation.
<https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringWhatReallyMatters.pdf>
- Kitwood T. (1997) *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press, Milton Keynes.
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy, its current practice, implications and theory*, éd. Houghton Mifflin.
- World Health Organization (WHO). (2024). *Long-term care for older people: package for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization.

SITIOS WEB

Fundación Pilares para la autonomía personal, España:
<https://www.fundacionpilares.org> — organización centrada en el bienestar de las personas mayores.

ACP France (Instituto de formación, Francia):
<https://www.acpfrance.fr/>
— entidad dedicada a la formación desde el enfoque centrado en la persona.

Perspectiva del ciclo vital

La perspectiva del ciclo vital es un enfoque teórico que se centra en la exploración de los cambios biológicos, cognitivos y psicosociales, así como de los aspectos que se mantienen a lo largo del ciclo vital.

Este enfoque propone principios teóricos y metodológicos fundamentales sobre la naturaleza del desarrollo humano. Las diferentes perspectivas en las que se basa esta visión forman una especie de «familia de perspectivas» que, en conjunto, contribuyen a la comprensión del fenómeno (Baltes, 1987). Paul Baltes, psicólogo alemán y uno de los principales expertos en el estudio del desarrollo y el envejecimiento, propone un enfoque basado en una serie de principios fundamentales que definen el curso del desarrollo humano de manera integrada y continua.

La perspectiva del ciclo vital se basa en una serie de principios:

- (1) El desarrollo dura toda la vida: el desarrollo no se limita a una fase específica, sino que continúa a lo largo de toda la vida, desde la infancia hasta la vejez (Baltes, 1987). Esto implica que los procesos de cambio y crecimiento están presentes en todas las edades.
- (2) El desarrollo es multidimensional: según este principio, el desarrollo implica varias dimensiones, incluidos factores físicos, cognitivos y emocionales, que interactúan entre sí de manera dinámica (Baltes y Lindenberger, 1997). Por ejemplo, a medida que una persona envejece, los cambios cognitivos pueden influir en su bienestar emocional y viceversa.
- (3) El desarrollo es multidireccional: el desarrollo no sigue una trayectoria lineal, sino que se caracteriza por ganancias y pérdidas a todas las

edades (Baltes, 1987). Por ejemplo, un adulto joven podría mejorar sus competencias profesionales, pero perder ciertas habilidades sociales debido a las presiones laborales.

- (4) El desarrollo es plástico: según este principio, las características humanas son maleables y pueden cambiar con el tiempo en respuesta a factores externos e internos (Baltes, 1987). Un ejemplo de esta plasticidad puede observarse en la capacidad de las personas mayores para adaptarse a las nuevas tecnologías y modos de vida, lo que demuestra que el desarrollo y el aprendizaje no se detienen con la edad.
- (5) El desarrollo está influenciado por factores contextuales y socioculturales: el contexto en el que se vive desempeña un papel crucial en la configuración del proceso de desarrollo. Por ejemplo, el desarrollo de una persona que crece en un contexto socioeconómico desfavorecido será diferente al de una persona criada en un entorno privilegiado (Bronfenbrenner, 1979).
- (6) El desarrollo es multidisciplinar: el estudio del desarrollo requiere la integración de diferentes disciplinas, como la psicología, la biología, la sociología y la antropología (Sternberg, 1999). Este enfoque multidisciplinar ofrece una visión completa de las múltiples fuerzas que influyen en el desarrollo humano.

Numerosos documentos políticos a nivel internacional y europeo han incorporado la perspectiva del ciclo de vida, en particular para responder a los retos que plantea el envejecimiento de la población y la necesidad de promover el bienestar a lo largo de toda la vida. Destaca la OMS que, en su Estrategia mundial y Plan de acción sobre el envejecimiento y la salud (2016), adoptó un enfoque basado en la perspectiva del ciclo de vida para promover la salud en todas las etapas de la vida. Un ejemplo práctico de este enfoque es el programa de prevención de enfermedades crónicas en la edad adulta. A través de campañas de educación para la salud, como la promoción de estilos de vida activos y una alimentación equilibrada desde la infancia, se intenta reducir el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares en etapas posteriores de la vida. En el documento «Pilar Europeo de Derechos Sociales» (2017), la Comisión Europea reconoció la importancia de promover el aprendizaje permanente y el envejecimiento activo. Por ejemplo, numerosas iniciativas europeas se centran en ofrecer formación a las y los trabajadores adultos y de edad avanzada, lo que les permite seguir siendo competitivos en el mercado laboral. Un proyecto significativo es el programa Erasmus+ para personas adultas, que fomenta el aprendizaje permanente y permite adquirir nuevas competencias independientemente de la edad. También cabe destacar la iniciativa mundial de las Naciones Unidas, el Decenio de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento

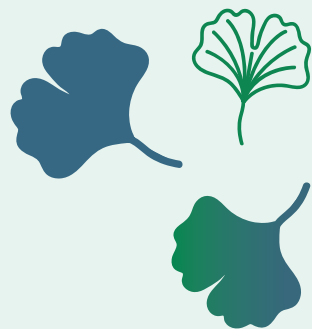
Saludable (2021-2030), cuyo objetivo es promover el envejecimiento saludable y que se basa en la perspectiva del ciclo de vida (OMS, 2023). Esta iniciativa se concreta, entre otras acciones, en el apoyo a proyectos comunitarios que involucran a las personas mayores en actividades sociales y físicas, contribuyendo a mejorar su calidad de vida. En este marco, se han impulsado programas de voluntariado intergeneracional, en los que las personas mayores aportan su tiempo y experiencia en beneficio de las generaciones más jóvenes, favoreciendo la conexión entre generaciones y la transmisión de conocimientos.

En conclusión, la perspectiva del ciclo vital proporciona un marco teórico fundamental para comprender el desarrollo humano en todas sus etapas, desde el nacimiento hasta la vejez.

El énfasis en la multidimensionalidad y la plasticidad del desarrollo pone de relieve cómo las personas, incluso las de edad avanzada, tienen la capacidad de cambiar, aprender y desarrollarse. Además, las políticas internacionales y europeas adoptan cada vez más esta perspectiva, reconociendo la necesidad de promover el bienestar y el desarrollo a lo largo de toda la vida. Por último, la investigación científica sigue demostrando que el envejecimiento no es solo un periodo de declive, sino también un periodo de crecimiento y adaptación, con importantes implicaciones prácticas para promover la salud y el bienestar de las personas mayores.



Para más información...



REFERENCIAS

- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626.
- Baltes, P. B., & Lindenberger, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: A new window to the study of cognitive aging? *Psychology and Aging*, 12(1), 12–21. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.1.12>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Sternberg, R. J. (1999). *Handbook of creativity*. Cambridge University Press.

SITIOS WEB

- WHO (2016). Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health, Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf?ua=1
- European Commission (2017). European Pillar of Social Rights Disponible en: <https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/en/>
- WHO (2023). Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021–2023. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374192/9789240079694-eng.pdf?sequence=1>

Envejecimiento activo y gerontología educativa crítica

El envejecimiento es un proceso complejo y multifacético que varía considerablemente de una persona a otra. Las investigaciones han demostrado que, aunque el envejecimiento se asocia a menudo con un deterioro cognitivo, no todas las personas mayores viven esta experiencia de la misma manera.

De hecho, muchas personas mayores pueden mantener altos niveles de funcionamiento físico y cognitivo, lo que conduce a lo que a menudo se denomina «envejecimiento satisfactorio». El objetivo aquí es ofrecer una breve descripción de los conceptos clave relacionados con el envejecimiento, haciendo hincapié en el envejecimiento activo, el envejecimiento satisfactorio y las perspectivas críticas de la gerontología educativa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 2002 el envejecimiento activo como «el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen». Este concepto destaca la importancia de mantenerse involucrado en actividades sociales, económicas, culturales y cívicas. Desplaza el objetivo de la mera supervivencia hacia una vida llena de sentido, independientemente de las limitaciones físicas y cognitivas.

Los factores clave que contribuyen al envejecimiento activo incluyen:

- **Actividad física:** la actividad física regular ayuda a mantener la movilidad y reduce el riesgo de padecer enfermedades crónicas.

- **Estímulo cognitivo:** participar en actividades que estimulen la mente ayuda a retrasar el deterioro cognitivo y a mantener o aumentar la capacidad de reserva cognitiva.
- **Participación social:** la inclusión y la implicación de las personas mayores en la vida comunitaria y social, lo que favorece su bienestar y su calidad de vida.
- **Acceso a la atención sanitaria:** la atención sanitaria preventiva y las intervenciones médicas son esenciales para controlar las enfermedades crónicas y mantener la calidad de vida.

El envejecimiento satisfactorio es un modelo ampliamente estudiado que describe cómo las personas mayores pueden envejecer de forma saludable y activa. **Según el marco teórico propuesto por Baltes y Baltes (1991), el envejecimiento satisfactorio implica tres componentes principales:**

- **Baja probabilidad de enfermedad y discapacidad:** las personas mayores mantienen su salud física y minimizan el impacto de las enfermedades crónicas.

- **Alto nivel de funcionamiento cognitivo y físico:** se conservan las capacidades cognitivas, como la memoria, el razonamiento y la resolución de problemas, y se mantiene la salud física.
- **Participación activa en la vida:** un sentido de propósito y de implicación en actividades significativas, tanto sociales como productivas, contribuye al bienestar general.

La Gerontología Crítica cuestiona las visiones tradicionales sobre el envejecimiento y subraya la importancia del contexto social, la diversidad y el empoderamiento. Aboga por una comprensión más amplia del envejecimiento que va más allá de los modelos médicos, haciendo hincapié, en cambio, en cómo las estructuras sociales, las normas culturales y las biografías personales dan forma a la experiencia del envejecimiento.

Según Holstein y Minkler (2007), la gerontología crítica pone de relieve los siguientes aspectos:

- **Ideales y normas culturales:** las experiencias del envejecimiento están influenciadas por los ideales culturales implícitos y explícitos sobre lo que significa envejecer con éxito.
- **Realidades políticas y sociales:** el envejecimiento está determinado por políticas y estructuras sociales que pueden empoderar o marginar a las personas mayores.

- **Interseccionalidad:** factores como el género, el grupo étnico, el estatus socioeconómico y las condiciones de salud se entrecruzan, creando experiencias de envejecimiento únicas para cada individuo.
- **Empoderamiento a través de la educación:** la educación se percibe como un proceso continuo que puede reforzar la autonomía y el compromiso, promoviendo una comprensión más inclusiva del envejecimiento.

La gerontología crítica hace hincapié en las implicaciones educativas del envejecimiento, ya que es esencial promover oportunidades de aprendizaje a lo largo de toda la vida para las personas mayores.

Esto incluye:

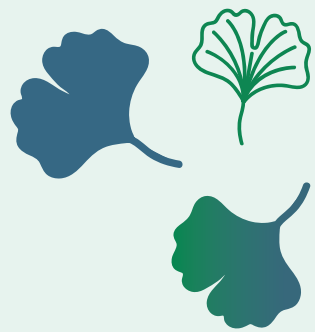
- **Estrategias compensatorias:** los programas educativos deberían ayudar a las personas mayores a desarrollar mecanismos compensatorios para hacer frente a los retos relacionados con la edad.
- **Fortalecimiento y mejora:** el aprendizaje debe percibirse como una herramienta para mejorar las funciones cognitivas y reforzar las capacidades existentes, en lugar de limitarse a mitigar las pérdidas.
- **Inclusión y diversidad:** los esfuerzos educativos deben integrar las diversas experiencias del envejecimiento, reconociendo que no todas las personas siguen el mismo proceso de envejecimiento.

En conclusión, los modelos de envejecimiento activo y de envejecimiento satisfactorio ofrecen perspectivas valiosas sobre cómo las personas pueden afrontar el proceso de envejecimiento. Sin embargo, es igualmente importante integrar perspectivas críticas que destaquen el papel de los factores sociales y educativos en la configuración de las experiencias de envejecimiento.

Al hacer hincapié en la interseccionalidad y el empoderamiento, la Gerontología Educativa Crítica propone un enfoque más inclusivo y humanista para comprender las complejidades del envejecimiento.



Para más información...



REFERENCIAS

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1991). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press.
- Bernard, M., & Scharf, T. (2007). *Critical perspectives on ageing societies*. Policy Press.
- Holstein, M. B., & Minkler, M. (2007). Critical gerontology: Reflections for the 21st century. In M. Bernard & T. Scharf (Eds.), *Critical perspectives on ageing societies* (pp. 13-26). Policy Press.
- Schaie, K. W., & Carstensen, L. L. (2006). *Social structures, aging, and self-regulation in the elderly*. Springer Publishing Company.
- WHO. (2002). *Active Aging: A Policy Framework*. WHO.

SITIOS WEB

TED TALK Jane Fonda Life's third act
https://www.ted.com/talks/jane_fonda_life_s_third_act?utm_campaign=tedsread&utm_medium=referral&utm_source=tedcomshare

Interseccionalidad

El concepto de interseccionalidad surgió a finales de la década de 1960 y principios de la de 1970 en el seno de los movimientos feministas negros, primero en Estados Unidos y luego en Europa.

Estos movimientos contribuyeron a los estudios poscolonialistas y queer, cuestionando una visión esencialista de las mujeres y descentralizando la diferencia entre sexo y género, que, hasta entonces, dominaba la agenda del feminismo blanco. A raíz de estos estudios críticos sobre género y raza, el término «interseccionalidad» fue acuñado por primera vez por la jurista Kimberlé Crenshaw en 1989. Crenshaw (1989) define la interseccionalidad como un análisis crítico que explora cómo diferentes identidades sociales —como el género, la raza, la clase, la etnia, la orientación sexual y las capacidades físicas, entre otras— se entrecruzan para crear experiencias únicas de opresión y privilegio. Por ejemplo, una mujer con discapacidad puede sufrir tanto sexismo como discriminación por motivos de discapacidad; la combinación de estos dos factores hace que su vida sea más compleja que la de alguien que solo sufre una de estas formas de discriminación. Esta perspectiva es crucial para comprender que las categorías identitarias no existen de forma aislada, sino que operan simultáneamente y de manera sinérgica, generando desigualdades que no pueden reducirse a categorías únicas.

Además de esta definición, Collins y Bilge (2016) describen la interseccionalidad como un marco analítico que permite comprender cómo múltiples estructuras de poder interconectadas —como el patriarcado, el racismo, el capitalismo

y el colonialismo— actúan conjuntamente para producir desigualdades sociales. Otra definición importante es la de Hancock (2007), que se centra en la naturaleza dinámica de las categorías identitarias y subraya que la interseccionalidad no se limita al análisis de las identidades oprimidas, sino que implica también el reconocimiento de las intersecciones entre privilegio y desigualdad. Aunque las diferentes definiciones de interseccionalidad convergen en torno al concepto de «interacción» entre categorías identitarias, varían en sus métodos y ámbitos de aplicación. A este respecto, Crenshaw (1989) destaca la importancia del concepto en el ámbito jurídico, sugiriendo que las leyes que abordan formas únicas de discriminación no responden adecuadamente a los casos de discriminación múltiple. Esta visión fue ampliada por Hancock (2007), quien propone que la interseccionalidad pueda aplicarse para analizar todas las identidades sociales en la medida en que están integradas en relaciones de poder, y no solo las de los grupos marginados.

La interseccionalidad ha ido ganando consenso y ha comenzado a influir en las políticas internacionales y en la legislación en materia de derechos humanos. En este contexto, en el seno de las Naciones Unidas, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD) y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) han reconocido formalmente la importancia de abordar

las discriminaciones interseccionales en sus informes. En particular, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial ha profundizado en su comprensión de la interseccionalidad, abordando temas como la forma en que la discriminación racial interactúa con la salud y la condición social (Naciones Unidas, 2023).

A nivel europeo, la interseccionalidad se integra en las políticas de la Unión Europea (UE). En este sentido, la Estrategia de Igualdad de Género 2020-2025 de la UE hace referencia explícita a un enfoque interseccional en la lucha contra las desigualdades de género, reconociendo que las mujeres pueden enfrentarse a formas de discriminación múltiples y acumulativas (Comisión Europea, 2020). Sin embargo, en muchos casos, las leyes no tienen en cuenta estas experiencias interseccionales, tratando cada tipo de discriminación como si fuera un caso aislado (Kantola y Lombardo, 2017).

La aplicación del concepto de interseccionalidad a los estudios sobre el envejecimiento constituye un campo en pleno auge. De hecho, el envejecimiento es un proceso en el que influyen no solo variables biológicas, sino también factores sociales y de identidad, como el género, la etnia, la clase social y la orientación sexual (Calasanti y Giles, 2018; Katz, 2005). En particular, las experiencias de las personas mayores no son homogéneas. Por ejemplo, las mujeres mayores pueden sufrir discriminaciones relacionadas tanto con el sexismo como con la edad.

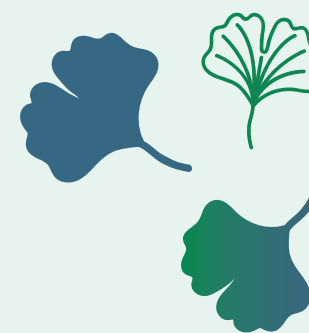
Si, además, pertenecen a un grupo étnico minoritario o se encuentran en una situación socioeconómica desfavorecida, estas dificultades pueden intensificarse. Asimismo, se ha observado que las personas mayores LGBTQ+ se enfrentan a retos específicos derivados de trayectorias de vida marcadas por la discriminación, que pueden verse agravados en la vejez.

En conclusión, la interseccionalidad es una poderosa herramienta teórica para comprender las interconexiones entre diferentes formas de desigualdad.

Sin embargo, la integración del concepto de interseccionalidad en las políticas europeas e internacionales sigue siendo un proceso en evolución, que requiere enfoques más holísticos y una mayor atención a las múltiples identidades de las personas.



Para más información...



REFERENCIAS

- Calasanti, T., & Giles, S. (2018). The challenge of intersectionality. *Generations*, 41(4), 69–74.
- Collins, P. H., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Polity Press.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), Article 8.
- Hancock, A.-M. (2007). When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on Politics*, 5(1), 63–79. <https://doi.org/10.1017/S1537592707070065>
- Kantola, J., & Lombardo, E. (2017). *Gender and political analysis*. Bloomsbury Publishing.
- Katz, S. (2005). *Cultural aging: Life course, lifestyle, and senior worlds*. University of Toronto Press. <http://www.jstor.org/stable/10.3138/j.ctvg254gf>

SITIOS WEB

European Commission. (2020). A Union of Equality: Gender Equality Strategy 2020-2025. Disponible en: <https://ec.europa.eu>

United Nation. (2023). Committee on the Elimination of Racial Discrimination Holds Seventh Meeting with States Parties. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/news/2023/12/committee-elimination-racial-discrimination-holds-seventh-meeting-states-parties>

Calidad de vida

El concepto de calidad de vida se ha aplicado a lo largo de los años en diversos ámbitos y desde diferentes perspectivas teóricas.

En 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporcionó la siguiente definición: «es la percepción que tiene una persona de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Se trata de un concepto amplio, influido de manera compleja por el estado de salud física del individuo, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con los aspectos esenciales de su entorno» (WHOQOL, 1993, p. 153).

Según esta definición, la calidad de vida está influenciada por diversos factores, que varían en función del lugar, la etapa de la vida y los componentes específicos que la determinan (familia, aspectos sociales, socioeconómicos, etc.).

Monique Formarier, antigua formadora de personal sanitario directivo y redactora jefe de “Recherche en soins infirmiers”, identifica los siguientes ámbitos como factores que influyen en la calidad de vida de una persona:

- **El estado de salud y la gravedad de la discapacidad,**
- **Los aspectos psicológicos y espirituales,**
- **El entorno familiar y el contexto ambiental,**
- **El estatus socioeconómico.**

El concepto destaca la noción de percepción, o de «satisfacción global del sujeto respecto al sentido que atribuye al bienestar». Este enfoque en el punto de vista del individuo añade complejidad al concepto: la calidad de vida es un criterio de evaluación que, idealmente, debería ser objetivo, pero que está sujeto a una interpretación subjetiva.

Del mismo modo, para el Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL, 1993), «la calidad de vida se define como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y los sistemas de valores en los que se desarrolla, en función de sus objetivos, expectativas, prioridades e intereses. Se trata de un concepto amplio, influido en general por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su vínculo con las características esenciales del entorno».

Este énfasis en la perspectiva individual complica el concepto: aunque se supone que la calidad de vida es un criterio objetivo por naturaleza, está abierta a una interpretación subjetiva, que varía según la valoración propia de cada individuo de sus normas y valores y que evoluciona con el tiempo y según las diferentes etapas de la vida.

Según Zribi y Poupée-Fontaine, la calidad de vida está relacionada en parte con las oportunidades que tienen las personas de participar en las decisiones que les afectan, tanto a nivel individual como colectivo, así como con su capacidad para expresarse, especialmente en lo que respecta a su entorno de vida, su posible plan de cuidados y sus actividades personales. La calidad de vida afirma así el derecho a la libre elección, al consentimiento informado, al acceso a toda la información personal y a la participación en su proyecto personalizado.

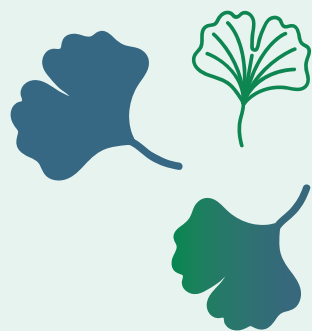
Esto implica reconocer a las personas como «sujetos» a los que hay que acompañar, más que como «objetos» de los que hay que hacerse cargo. La calidad de vida también está ligada a la capacidad de expresarse a nivel colectivo, institucional y social: la persona es un sujeto de derechos, con derecho a expresarse sobre las cuestiones que le conciernen, los grupos a los que pertenece, la institución y la sociedad.

El objetivo es permitir que las personas ejerzan su papel de ciudadanía y no se vean confinadas al papel de beneficiarias pasivas.

Como resume Emanuela López en el informe *Qualità della vita in età evolutiva*, «en resumen, la calidad de vida es un concepto amplio que abarca múltiples dimensiones de la vida y representa una percepción subjetiva de cómo se sienten las personas respecto a su estado de salud. En otras palabras, abarca los sentimientos de una persona respecto a su vida, sus valores relacionados con la salud, su funcionamiento emocional y social, y sus relaciones con la familia y los amigos. El énfasis en la subjetividad y la multidimensionalidad implica que la descripción de la calidad de vida de una persona no debe reflejar las opiniones de los profesionales sanitarios o de los familiares, ni basarse en una medida objetiva del estado o las posesiones de una persona, sino que debe incluir una amplia gama de criterios» (López, 2013, p. 9).



Para más información...



REFERENCIAS

- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet conseil.
- Hervy, M. P. (2013). Des recommandations de l'anesm sur la qualité de vie en ehpad: pourquoi ce thème?. *Empan*, (4), 126-132.
- Lopez, D. S. E. (2013). Qualità della vita in età evolutiva:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1363_listaFile_itemName_2_file.pdf
- Poupee-Fontaine, D., & ZRIBI, G. (2002). *Dictionnaire du handicap*. EHESP
- WHOQoL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.

SITIOS WEB

WHO – WHOQOL Bibliography:
<http://www.who.int/healthinfo/survey/WHOQOL-BIBLIOGRAPHY.pdf>

— publicaciones y estudios relacionados con las medidas de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud.

ANFFAS – Apoyo a personas con discapacidad:
<https://www.anffas.net/it/cosa-facciamo/supporto-alle-persone-con-disabilita/qualita-della-vita/>

— información sobre calidad de vida y apoyo a personas con discapacidad (en italiano).

Artículo: Rocha, F. Q. D., & Piccione, M. A. (2021). Perspectivas sobre la calidad de vida de los ancianos que trabajan. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 6(11), 82-100.
<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia-it/qualita-della-vita>

Ministerio de Salud de Italia – Documento sobre calidad de vida: https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1363_listaFile_itemName_2_file.pdf

Empoderamiento

El empoderamiento representa un concepto crucial, tanto como orientación de valor para el trabajo comunitario como modelo teórico que permite comprender los procesos y resultados asociados al ejercicio del control y la influencia sobre las decisiones que afectan a la vida personal, la eficacia organizativa y la calidad de vida comunitaria (Perkins y Zimmerman, 1995; Rappaport, 1981; Zimmerman y Warschausky, 1998).

A pesar de los avances conceptuales, el empoderamiento sigue siendo una noción ambigua, aún mal articulada en el contexto de la promoción de la salud. Varios autores han observado que la relevancia y el significado duradero del empoderamiento en esta disciplina podrían verse amenazados por el uso variable de este término (Rissel, 1994; Wallerstein, 1992; Zimmerman, 2000). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el empoderamiento en salud mental como la capacidad de las personas usuarias para ejercer elección, decisión, influencia y control sobre los acontecimientos de su vida (2010). De acuerdo con esta visión, Rappaport (1984) describe el empoderamiento como un proceso que permite a las personas, las organizaciones y las comunidades tomar las riendas de su vida. Sin embargo, esta definición carece de precisiones sobre los procesos específicos de los diferentes niveles de análisis. Estas definiciones sugieren que el empoderamiento está relacionado con el ejercicio del control, la participación en la consecución de objetivos compartidos, el acceso a los recursos y una comprensión crítica del contexto sociopolítico.

Un proyecto destinado a desarrollar el empoderamiento individual y a promover la autonomía debe abordar varias dimensiones: individual, sociorrelacional e institucional. A nivel individual, el empoderamiento se manifiesta en el desarrollo de competencias como la autoestima, la confianza en uno mismo, el sentimiento de eficacia personal y la capacidad de autoevaluación (Perkins y Zimmerman, 1995). En la dimensión sociorrelacional, los proyectos basados en el aprendizaje cooperativo deberían promover competencias como la comunicación, la cooperación y la gestión de conflictos (Ninacs, 2008). A nivel institucional, el empoderamiento implica la creación de condiciones que favorezcan la participación activa, la toma de conciencia de los derechos y deberes, así como la inclusión en los procesos de toma de decisiones.

El empoderamiento supone un conjunto de conocimientos, competencias y estrategias relacionales que permiten a las personas y a los grupos fijar objetivos y desarrollar estrategias eficaces para alcanzarlos, utilizando los recursos disponibles. Desde un punto de vista práctico, ejercer el empoderamiento significa perseguir objetivos, esforzarse por alcanzarlos, percibir márgenes de

influencia sobre los acontecimientos, gestionar el cambio y construir relaciones positivas y colaborativas (Zimmerman y Warschausky, 1998). Aunque la investigación se centra principalmente en el nivel individual, existe una necesidad creciente de explorar más a fondo el empoderamiento a nivel organizativo y comunitario para comprender mejor sus implicaciones y dinámicas en diferentes contextos.

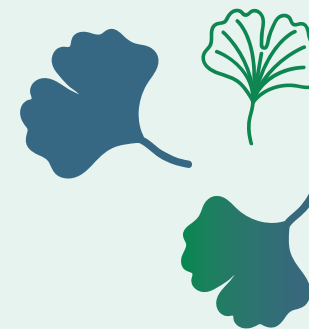
A nivel organizativo, el empoderamiento se manifiesta a través de procesos y estructuras que fomentan la participación de los miembros y mejoran la eficacia en la consecución de los objetivos. A nivel comunitario, se refiere a las acciones colectivas destinadas a mejorar la calidad de vida y a reforzar los vínculos entre las organizaciones y las agencias comunitarias (Zimmerman y Warschausky, 1998). Es importante señalar que el empoderamiento organizativo y comunitario no se limita a la suma de individuos «empoderados»; se trata de un proceso colectivo más amplio y complejo.

Un aspecto clave de la conceptualización del empoderamiento comunitario, especialmente debatido en la literatura sobre promoción de la salud, se refiere a la distinción entre el empoderamiento como proceso y como resultado. Rissel (1994) destaca que existe un amplio consenso en cuanto a que el empoderamiento comunitario es tanto un proceso como un resultado. Sin embargo, medir el empoderamiento en cualquiera de estas dimensiones sigue siendo complejo, ya que no existe consenso sobre cuál es más fácilmente cuantificable ni sobre las herramientas

metodológicas más adecuadas (Zimmerman, 2000; Wallerstein, 1992). Algunos autores proponen conceptualizar el empoderamiento comunitario como una construcción de varios niveles, que se desarrolla en tres etapas: el empoderamiento individual y psicológico, el empoderamiento comunitario y, por último, el empoderamiento social y/o político (Rissel, 1994; Zimmerman, 2000; Wallerstein, 1992).



Para más información...



REFERENCIAS

- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention*. Presses de l'Université du Québec. Regional de la OMS para Europa. Organización Mundial de la Salud. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf
- Perkins, D. D., & Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 569–579. <https://doi.org/10.1007/BF02506982>
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1–25. <https://doi.org/10.1007/BF00896357>
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3(2–3), 1–7. https://doi.org/10.1300/J293v03n02_02
- Rissel, C. (1994). Empowerment: The holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, 9(1), 39–47. <https://doi.org/10.1093/heapro/9.1.39>
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6(3), 197–205. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-6.3.197>
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43–63). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4193-6_2
- Zimmerman, M. A., & Warschausky, S. (1998). Empowerment theory for rehabilitation research: Conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology*, 43(1), 3–16. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.43.1.3>

SITIOS WEB

WHO (2010) *User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe*. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107275/WHO-EURO-2010-8556-48328-71752-eng.pdf?sequence=3>

Enfoque comunitario

En los últimos años, el enfoque comunitario ha cobrado importancia en las políticas públicas, las normativas y las recomendaciones relativas a la atención a las personas mayores.

A diferencia del modelo asistencial tradicional, este enfoque se centra en la realidad de las comunidades locales.

Las instituciones europeas respaldan este cambio, abogando por un modelo de cuidados de larga duración centrado en la persona y basado en la comunidad, en lugar de en la institución tradicional. El principio 18 del Pilar Europeo de Derechos Sociales (Comisión Europea, 2017) destaca el derecho a unos servicios de cuidados de larga duración asequibles y de calidad, en particular los cuidados a domicilio y en el entorno comunitario. Este modelo parte de la idea de que los cuidados basados en la comunidad mejoran la calidad de vida de las personas que necesitan apoyo a largo plazo, al favorecer su inclusión social, su autonomía y el respeto de sus elecciones de vida.

La comunidad representa el espacio social y territorial donde las familias interactúan, donde se tejen redes de apoyo social y donde se desarrolla principalmente la vida pública. En términos generales, el enfoque comunitario puede entenderse como un método de intervención que utiliza a la comunidad local y sus elementos como agentes activos para promover la calidad de vida, la atención y la protección de las personas, fuertemente influenciadas por los vínculos sociales y su relación con los elementos esenciales de su entorno.

El bienestar colectivo de la comunidad es el objetivo de este enfoque, que se alcanza gracias a la responsabilidad compartida de las partes interesadas, que actúan de manera cohesionada al tiempo que abrazan la diversidad local (Sennett, 1999). Los enfoques comunitarios o territoriales se basan en la colaboración y la participación de los diferentes agentes presentes en los entornos comunitarios. Para ser eficaces, estas intervenciones deben ser sostenibles, concebidas a medio o largo plazo, y no limitarse a proyectos puntuales y efímeros. Además, es esencial una participación activa e igualitaria de todas las partes, en particular de los grupos más vulnerables (Chaskin et al., 2001; Bridger & Luloff, 1999).

Un elemento clave del enfoque comunitario es el apoyo mutuo que se genera en las relaciones de vecindad. La solidaridad de barrio, basada en el apoyo mutuo más que en la caridad, es indispensable para una intervención eficaz. Spade (2020) identifica tres elementos esenciales para el apoyo mutuo: 1) satisfacer las necesidades de supervivencia al tiempo que se comprenden las causas profundas de las desigualdades; 2) fomentar la solidaridad entre personas de diferentes entornos; y 3) promover una participación significativa en procesos autónomos y colectivos.

El trabajo en red es otra estrategia central del enfoque comunitario, que facilita la corresponsabilidad.

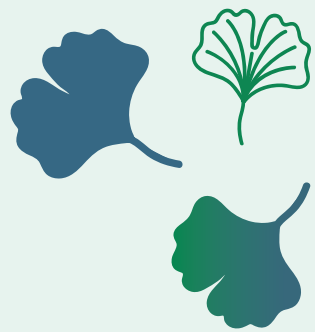
Esto requiere crear espacios de coordinación y diálogo entre las instituciones y los grupos que trabajan en el ámbito comunitario, tales como:

1) la organización de foros de encuentro, reflexión y cohesión entre los actores comunitarios; 2) la aplicación de métodos inclusivos que respeten e integren la diversidad de las realidades comunitarias; y 3) la interconexión de las acciones de los grupos comunitarios, los colectivos y las entidades públicas para responder a las necesidades existentes y emergentes de los diferentes actores implicados. Este enfoque busca alinear las perspectivas institucionales con los valores de la comunidad, considerando a la comunidad como la impulsora de su propio desarrollo. La acción local es esencial, ya que permite a las comunidades adaptar los recursos a las necesidades locales y garantizar su autonomía en la gestión de los recursos de protección.

Brenner y Haaken (2000) afirman que la falta de reconocimiento del papel esencial de la comunidad constituye un obstáculo para las políticas públicas. Sugieren que las políticas de atención eficaces deben apoyar la reconstrucción y el fortalecimiento de las estructuras comunitarias locales y democráticas.



Para más información...



REFERENCIAS

- Brenner, J. & Haaken, J. (2000). Utopian thought: Revisioning gender, family, and community. *Community, Work & Family*, 3(3), 333-347. <https://doi.org/10.1080/13668800020006839>
- Bridger, J.C. & Luloff, A.E. (1999). Toward an interactional approach to sustainable community development. *Journal of Rural Studies*, 15(4), 377-387. [https://doi.org/10.1016/S0743-0167\(98\)00076-X](https://doi.org/10.1016/S0743-0167(98)00076-X)
- Chaskin, R. J., P. Brown, S. A. Venkatesh, & A. Vidal. (2001). *Building community capacity*. New York: Aldine.
- European Comission (2017). *The European Pillar of Social Rights*. Publications Office of the European Union.
- Sennett, R. (1999): *The Corrosion of Character: The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*, Nueva York, W.W. Norton.
- Spade, D. (2020). *Mutual Aid: Building Solidarity during This Crisis (and the Next)*, London: Verso.

Corresponsabilidad

El uso del término «corresponsabilidad» en el ámbito del cuidado de las personas mayores remite a la necesidad de entender los recursos asistenciales como un sistema integrado, en el que las políticas públicas, las familias, el sector privado y la sociedad civil deben implicarse conjuntamente en la labor asistencial.

Este concepto surgió en el marco de los estudios de género para llamar la atención sobre las limitaciones de las políticas de conciliación entre la vida laboral y familiar, que tenían como objetivo principal animar a las mujeres a reducir sus horas de trabajo y su presencia en el trabajo para poder seguir desempeñando su papel de principales cuidadoras dentro de la familia (Leira, 2002). Contrariamente a esta visión, la perspectiva de la corresponsabilidad va más allá y considera el cuidado como una necesidad que no puede resolverse exclusivamente en el ámbito familiar, sino que debe abordarse colectivamente.

Esta perspectiva tiene su origen en los trabajos de las teóricas feministas de la década de 1970, quienes comprendieron que el cuidado es un problema fundamental para la vida social, económica y política, que trasciende la esfera privada. Tradicionalmente, el cuidado se vinculaba a la dimensión familiar y se percibía como una actividad cotidiana realizada por las mujeres, sin ningún reconocimiento social por este trabajo. Daly y Lewis (2003) acuñaron el término «cuidados sociales» para responder a esta visión esencialista, poniendo de relieve la dimensión social de las actividades de cuidados y la multiplicidad de actores que deben implicarse en esta responsabilidad.

Así, el Estado, las familias, los mercados y la comunidad deben participar en el trabajo de cuidados. El desequilibrio entre estos cuatro actores —conocidos como los cuatro pilares del «diamante del cuidado» (Razavi, 2007)— genera tensiones, desigualdades y un riesgo de negligencia para las personas mayores.

La suma de los esfuerzos de estos agentes es imprescindible en el contexto actual de «crisis de los cuidados» (Hochschild, 1995), en el que la creciente necesidad de cuidados debido al envejecimiento de la población coincide con un momento en el que los recursos tradicionales para garantizar esta labor de cuidados —las mujeres en el entorno familiar— ya no están disponibles ni garantizados. Ante esta situación, es necesario poner en marcha estrategias que, al mismo tiempo, proporcionen recursos adicionales para garantizar la atención a las personas mayores.

En el ámbito familiar, la integración de los hombres es indispensable. Aunque se han producido avances en su participación en el cuidado de menores, su presencia en el cuidado de personas mayores continúa siendo reducida. De hecho, la figura del cuidador masculino es más habitual cuando la persona que requiere cuidados es su pareja, mientras que, en el caso de los progenitores, la responsabilidad recae

mayoritariamente en otras mujeres. Como consecuencia, se genera una sobrecarga en quienes asumen el cuidado, con efectos negativos en su salud física, psicológica, emocional, social y económica, y con un impacto desigual entre mujeres y hombres (Mosquera et al., 2016).

En el ámbito de las políticas públicas, resulta necesario avanzar hacia modelos que reconozcan el cuidado como un derecho individual, situándolo al mismo nivel que otros pilares del bienestar, como la salud, la educación o las pensiones. Para ello, las instituciones deben promover políticas coordinadas que impliquen a los distintos sectores y niveles de la administración, con el fin de dar respuesta a los retos asociados al cuidado. Asimismo, es preciso reorientar la intervención hacia las necesidades de las personas y sus familias, partiendo de su papel activo. En este sentido, mejorar la coordinación entre las familias, los servicios sociales de atención a la dependencia y el sistema sanitario constituye un elemento clave para garantizar el cuidado.

El sector privado está cada vez más implicado en el sector de los cuidados, ya sea mediante contrataciones directas por parte de las familias, ya sea mediante la participación en importantes licitaciones gestionadas por las administraciones públicas (centros de atención residencial o servicios de atención domiciliaria, por ejemplo). En ambos casos, existe un perfil común de los trabajadores de este sector: una mujer que desempeña su trabajo en condiciones precarias.

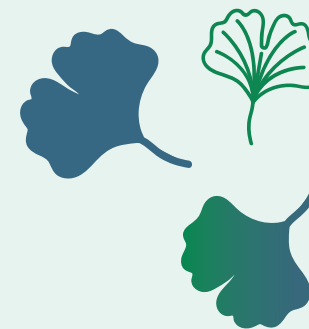
Por lo tanto, es necesario avanzar hacia una regulación de este sector al mismo nivel que el resto de sectores laborales y mejorar la inspección de trabajo en este ámbito.

Por último, el principio de corresponsabilidad exige la movilización de la sociedad civil en el desarrollo de las actividades de cuidados para ayudar a garantizar que las personas mayores puedan recibir cuidados en sus propias comunidades, un principio incluido en el Plan de Acción para el Pilar Europeo de Derechos Sociales (Comisión Europea, 2017). Las políticas de acción comunitaria que activan el trabajo conjunto de los agentes en el territorio y el enfoque de proximidad de los servicios comunitarios desempeñan un papel importante en la socialización de los cuidados (Finch, 1983). Facilitar el desarrollo de iniciativas comunitarias que promuevan los cuidados es una función necesaria para las instituciones. En este sentido, iniciativas como los bancos de cuidados o la organización de actividades de respiro para las personas cuidadoras son estrategias interesantes que pueden promoverse a nivel local.

En definitiva, abordar la corresponsabilidad en el cuidado de las personas mayores implica reconocer el cuidado como un derecho y asumir que su garantía requiere desarrollar nuevos recursos que contribuyan a reducir las desigualdades de género y de clase social que han marcado tradicionalmente la organización de los cuidados.



Para más información...



REFERENCIAS

- Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British Journal of Sociology*, 51(2), 281–298.
- European Commission (2017). *The European Pillar of Social Rights*. Publications Office of the European Union.
- Finch, J. (1983). Community care: developing non-sexist alternatives. *Critical Social Policy*, 3(9), 6–18.
<https://doi.org/10.1177/026101838300300902>
- Hochschild, A. R. (1995). The culture of politics: Traditional, postmodern, cold-modern, and warm-modern ideals of care. *Social Politics*, 2(3), 331–345.
- Mosquera, I., Vergara, I., Larrañaga, I., Machón, M., del Río, M., & Calderón, C. (2016). Measuring the impact of informal elderly caregiving: A systematic review of tools. *Quality of Life Research*, 25(5), 1059–1092.
<https://doi.org/10.1007/s11136-015-1159-4>
- Razavi, S. (2007). *The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options* (Gender and Development Programme Paper No. 3). UNRISD.

Violencia contra las personas mayores

La violencia contra las personas mayores constituye un problema social y estructural de gran importancia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como «un acto único o repetido, o una falta de acción adecuada, que se produce en cualquier relación en la que exista una expectativa de confianza, y que causa daño o angustia a una persona mayor». Esta violencia puede ser física, emocional, sexual o económica, o resultar de la negligencia y el abandono, entre otras formas. Aunque se desconoce su alcance real, una revisión de estudios realizada en 2017 reveló que una de cada seis personas mayores de 60 años había sufrido algún tipo de maltrato (Yon et al., 2017). La infradeclaración de estos casos puede explicarse por el hecho de que estas situaciones suelen darse en el ámbito familiar, en relaciones de confianza y dependencia, o bien por las dificultades que tienen las víctimas para denunciar los hechos. Es importante señalar que este tipo de violencia no se limita al ámbito doméstico, sino que también puede darse en contextos institucionales, como centros residenciales u otros centros de atención social y sanitaria. Los autores pueden ser familiares, amigos, profesionales de la salud y de la asistencia social, o incluso desconocidos. Además, algunos autores, como Chang et al. (2021), destacan los abusos estructurales como otra forma de violencia contra las personas mayores, que se manifiesta, en particular, a través de la discriminación en las políticas públicas.

Las investigaciones coinciden en que, aunque cualquier persona mayor puede ser víctima de violencia, ciertos factores individuales aumentan la probabilidad de sufrirla. En particular, las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad, como aquellas con limitaciones funcionales, dependencia, discapacidad, fragilidad o trastornos cognitivos, que necesitan la ayuda de otros para las actividades cotidianas, son las que corren mayor riesgo. Asimismo, existe un porcentaje más elevado de víctimas femeninas en comparación con las víctimas masculinas, y uno de los factores de riesgo comunitarios más sólidos que aumenta la probabilidad de sufrir violencia es el aislamiento social o la falta de contactos sociales. Aunque es necesario investigar más sobre su impacto, la discriminación por edad, es decir, todas las actitudes y estereotipos negativos hacia las personas mayores debido a su edad, es un factor social que también puede favorecer el desarrollo de comportamientos violentos. Por otra parte, existen factores propios de las personas cuidadoras que aumentan el riesgo de ejercer maltrato, como el hecho de tener antecedentes de adicción a sustancias, problemas de salud mental, dependencia económica, o incluso estrés y sobrecarga relacionados con el cuidado de una persona mayor, junto con la falta de conocimientos sobre el envejecimiento y los procesos de cuidados, competencias de cuidados insuficientes y la escasez o inadecuación de los recursos de apoyo (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, OMS).

El maltrato a las personas mayores, en sus diversas formas, constituye una violación de los derechos humanos, que atenta contra la igualdad, la integridad física y el derecho a una vida sin violencia. Aunque los derechos de las personas mayores están recogidos en diversos tratados y acuerdos internacionales —como la Carta Europea de derechos y responsabilidades de las personas mayores que necesitan asistencia de larga duración, orientada a reconocer y reforzar los derechos de las personas más vulnerables—, todavía no existe un instrumento jurídico internacional específico y vinculante dedicado exclusivamente a su protección. Una de las principales referencias en este ámbito es la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, que reconoce en su artículo 25 el derecho de las personas mayores a una vida digna e independiente. Organizaciones como HelpAge International abogan por la creación de una Convención específica de la ONU sobre los derechos de las personas mayores, que actuaría como instrumento de protección y promovería un cambio global para prevenir y eliminar la violencia.

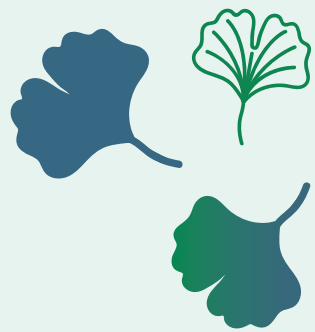
Paralelamente, las instituciones de la UE avanzan hacia un enfoque de envejecimiento basado en los derechos humanos, que busca situar «los principios y las normas de los derechos humanos en el centro de todos los aspectos de la planificación de los servicios, las políticas y las prácticas» (ENNHRI, 2017, p. 6).

Este enfoque asegura que la vida en la vejez se caracterice por la elección, el control y la autonomía, de manera comparable a otras etapas de la vida (FRA, 2018).

A pesar de ello, la violencia contra las personas mayores sigue siendo una prioridad secundaria a nivel mundial. Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud (2022), en el marco del Decenio de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento Saludable (2021-2030), ha establecido cinco prioridades para prevenir y responder a esta problemática: combatir la discriminación por edad, mejorar la calidad y la cantidad de datos sobre su prevalencia y sobre los factores de riesgo y de protección, desarrollar soluciones rentables, justificar las inversiones necesarias y movilizar recursos para enfrentar este desafío.



Para más información...



REFERENCIAS

- Chang, E-S., Monin, J. K., Zelterman, D., & Levy, B. R. (2021). Impact of structural ageism on greater violence against older adults: A transnational study of 56 countries. *BMJ Open*, 11(5), 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042580>
- European Network of National Human Rights Institutions (ENNHRI). (2017). *Respect my rights: An ENNHRI Toolkit on Applying a Human Rights-Based Approach to Long-term Care for Older Persons*. ENNHRI. https://ennhri.org/wp-content/uploads/2019/10/ennhri_17_005_toolkit_for_care_providers-03a-page.pdf
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2018). *Shifting perceptions: towards a rights-based approach to ageing*. Publications Office of the European Union. <https://fra.europa.eu/en/publication/2018/fundamental-rights-report-2018>
- World Health Organization (2022). *Tackling abuse of older people: five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030)*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052550>
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*, 5(2), 147-156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2

SITIOS WEB

Organización Mundial de la Salud (OMS): <https://www.who.int/> — principal organismo internacional en materia de salud pública y políticas de envejecimiento activo.

HelpAge Internacional: <https://www.helpage.org/> — red global dedicada a promover los derechos y el bienestar de las personas mayores.

Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (NIA): <https://www.nia.nih.gov/health/elder-abuse> — recurso del gobierno de EE. UU. con información sobre salud, abuso y protección de las personas mayores.

Buen trato

Según la Alta Autoridad Sanitaria (HAS) de Francia, el “buen trato” se define como “un enfoque global del cuidado de la persona usuaria o paciente y de la acogida de su entorno, destinado a promover el respeto de sus derechos y libertades, la escucha atenta y la consideración de sus necesidades, al tiempo que se previene el maltrato” (HAS).

La HAS considera el buen trato como:

- **Un concepto holístico que reconoce la humanidad, los derechos y las necesidades de la persona.**
- **Una forma de ser, actuar y expresarse atenta a los demás, receptiva a sus necesidades y respetuosa de sus elecciones y rechazos.**
- **Un enfoque activo que va más allá de la mera prevención del maltrato.**

Los aspectos esenciales de esta definición incluyen:

- Respeto de los derechos y libertades del individuo.
- Escucha atenta y consideración de las necesidades individuales.
- Prevención de todas las formas de maltrato.
- Enfoque global centrado en la persona usuaria o paciente, incluyendo su entorno.

Por su parte, la ANESM (Agencia Nacional de Evaluación y Calidad de los Servicios Sociales y Médico-Sociales de Francia) define el buen trato como “una cultura que inspira las acciones individuales y las relaciones colectivas dentro de una institución o servicio, con el objetivo de promover el bienestar de la persona usuaria” (ANESM).

Sus principales recomendaciones son:

- Fomentar una cultura de respeto hacia la persona, su historia, dignidad y singularidad.
- Adoptar una forma de ser, hablar y actuar del equipo profesional que sea atenta a las necesidades de las personas.
- Reconocer a la persona usuaria como coautora de su trayectoria asistencial.
- Mantener un esfuerzo continuo por adaptarse a las situaciones que se presentan.

En conjunto, el buen trato se entiende como un enfoque colectivo para identificar el mejor apoyo posible, respetar las elecciones de la persona y adaptarse a sus necesidades de manera precisa. Implica un ciclo constante de reflexión y acción, donde se analiza y aplica rigurosamente la práctica profesional con el fin de mejorar continuamente. Promover el buen trato es una prioridad para el sistema sanitario, ya que refuerza el compromiso de las personas usuarias, mejora la calidad de vida del conjunto de profesionales y fomenta la mejora continua de las prácticas (HAS).

En el trabajo social, el buen trato se caracteriza por:

- Una actitud profesional respetuosa y empática, basada en la escucha activa, la comunicación transparente y el empoderamiento de la expresión personal.
- La consideración de las necesidades y elecciones de la persona, con intervenciones personalizadas.
- El respeto de la dignidad y derechos del individuo, priorizando el cuidado sobre la mera prestación de cuidados.
- Un enfoque que promueve la autonomía y el bienestar, combatiendo activamente todas las formas de maltrato (físico, psicológico, económico y sanitario).

El buen trato requiere adaptación constante a las necesidades de cada persona, incluyendo:

- Elaboración de planes de cuidados individualizados.
- Ajuste continuo de las intervenciones según cambios en las necesidades.
- Formación y apoyo al equipo profesional.
- Fomento de la práctica reflexiva para mejorar el acompañamiento.

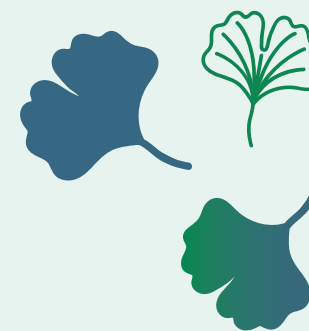
El buen trato es un proceso dinámico, que implica:

- Evaluación periódica de las prácticas.
- Implementación de acciones de mejora continua.
- Apertura a aportaciones internas y externas para enriquecer el acompañamiento.

En definitiva, el buen trato implica un enfoque holístico y proactivo, centrado en el respeto y la mejora del bienestar de la persona atendida, apoyando a las y los profesionales en su labor y adaptando de manera continua las prácticas institucionales.



Para más información...



REFERENCIAS

- Guillou, M-C. et Verlucco, M-J. (2022). *Manuel de la bientraitance*. Éditions Médiaspaul France.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2012). *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*.
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2008). *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*.
- Casagrande, A. (2016). *La bientraitance : définitions et applications*. Dunod.
- Moulias, R., Moulias, S., & Busby, F. (2010). La « bientraitance » : qu'est-ce que c'est ? *Gérontologie et société*, 33(133), 10-21.
- Rapoport, D. (2006). *La bien-traitance envers l'enfant : Des racines et des ailes*. Belin.
- Schmitt, M. (2013). La bientraitance, une éthique du soin. *Soins*, 58(780), 31-33.
- Graz, B., Plancherel, F., Gervasoni, J. P., & Hofner, M. C. (2009). La « bientraitance », exploration du concept et essai d'utilisation en santé publique. Une expérience à Fribourg (Suisse). *Santé publique*, 21(1), 89-99.
- Delamarre, C. (2014). *Démence et projet de vie : Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*. Dunod.
- Svandra, P. (2010). Le soin est-il soluble dans la bientraitance ? *Gérontologie et société*, 33(133), 23-31.

SITIOS WEB

Haute Autorité de Santé (HAS) – Francia:
<https://www.has-sante.fr/> – organismo francés de referencia en calidad y seguridad de la atención sanitaria.

Recomendaciones sobre el buen trato (HAS):
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf
 – guía sobre prácticas de trato respetuoso y digno en los servicios de salud.

Comunicación no violenta

La Comunicación No Violenta (CNV), desarrollada por Marshall Rosenberg (2003), es un método de comunicación arraigado en la psicología humanista.

Criado en Detroit durante un periodo de disturbios raciales y sociales, Rosenberg estudió psicología clínica y religiones comparadas, sumergiéndose en la vida de los «pacificadores» para comprender las dinámicas de la violencia y las formas de reducirla.

En 1984, fundó el Centro para la Comunicación No Violenta, una organización internacional sin ánimo de lucro que promueve la CNV en 30 países, llegando a públicos diversos —personal docente, de la psicología y de la mediación, personal directivo, de las fuerzas de seguridad y militares, de la administración pública, personas privadas de libertad, integrantes del clero y familias— a través de seminarios destinados a fomentar interacciones constructivas.

La CNV hace hincapié en la comprensión de las necesidades insatisfechas que subyacen a las palabras y las acciones para reducir la hostilidad, aliviar el sufrimiento y construir relaciones satisfactorias. Desarrolla tres habilidades de comunicación fundamentales:

- La autoempatía (una conciencia benevolente de la propia experiencia interior),
- La empatía (la comprensión de la perspectiva de los demás mediante una escucha atenta),
- La expresión auténtica de uno mismo (comunicarse de forma clara y sincera).

El método desvía la atención de los pensamientos sobre el bien y el mal, el deber o la culpa hacia cuatro elementos esenciales:

1. Los hechos,
2. Los sentimientos,
3. Las necesidades,
4. Las posibles formas de satisfacer esas necesidades (estrategias/solicitudes).

La CNV fomenta una observación atenta y da prioridad a una comprensión basada en los hechos más que en juicios morales. Este enfoque implica expresar las necesidades de manera directa y sin críticas, lo que conduce a declaraciones claras de los resultados deseados. Gracias a la CNV, las personas adquieren una mejor comprensión de las raíces de sus sentimientos, reconocen las necesidades humanas compartidas (desde la supervivencia hasta el respeto y la autonomía) y formulan peticiones específicas y orientadas al presente.

El componente de escucha de la CNV tiene como objetivo comprender las necesidades de los demás más allá de las críticas, los juicios o las agresiones. Invita a las personas a elegir la empatía en lugar del conflicto, reconociendo los elementos básicos —hechos, sentimientos, necesidades, estrategias— incluso cuando están ocultos tras juicios o exigencias.

La CNV sugiere que los conflictos provienen de necesidades insatisfechas y que existen estrategias alternativas para responder a esas necesidades comunes. Aunque las necesidades son universales y pueden favorecer el entendimiento mutuo, las estrategias suelen ser subjetivas y varían según las personas y las culturas. Al centrarse en las necesidades compartidas, la CNV contribuye a salvar las diferencias y apoya la resolución colaborativa de problemas.

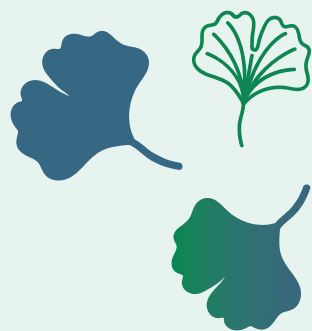
En la mediación, el papel de la persona facilitadora consiste en:

- Ayudar a cada parte a identificar sus necesidades (independientemente de las expresiones iniciales),
- Asegurarse de que cada parte comprenda las necesidades de la otra,
- Fomentar la empatía para comprender las perspectivas de cada uno,
- Fomentar un reconocimiento claro de las necesidades personales y mutuas,
- Ayudar a traducir las soluciones en pasos concretos.

A través de la CNV, Rosenberg ha introducido programas de consolidación de la paz en regiones afectadas por conflictos como Ruanda, Burundi, Nigeria, Malasia, Indonesia, Sri Lanka, Sierra Leona, Oriente Medio, Colombia, Serbia, Croacia e Irlanda del Norte.



Para más información...



REFERENCIAS

- Rosenberg, M. (2003). *Nonviolent Communication: A Language of Life*. Puddledancer Press.
- Rosenberg, M. (2005). *Speak Peace in a World of Conflict: What You Say Next Will Change Your World*. Puddledancer Press.
- Rosenberg, M. (2006). *The Nonviolent Communication Training Course*. Sounds True.
- Rosenberg, M. (2005). *The Heart of Social Change: How You Can Make a Difference in Your World*. PuddleDancer Press.
- Rosenberg, M. (2002). *Nonviolent Communication: A Language of Compassion* (8th Printing ed.). PuddleDancer Press.

SITIOS WEB

Center for Nonviolent Communication (CNVC): <https://www.cnvc.org> — organización dedicada a la difusión y formación en Comunicación No Violenta (CNV).

Publicación “Nonviolent Communication” de Marshall B. Rosenberg, publicado por PuddleDancer Press: www.nonviolentcommunication.com

Perspectiva biopsicosocial

El modelo biopsicosocial (BPS) ofrece un marco completo para comprender el envejecimiento, integrando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Cuando se combina con los principios del envejecimiento activo y el envejecimiento satisfactorio, este modelo propone un enfoque holístico del cuidado de las personas mayores, que aborda el bienestar físico, mental y social, así como las condiciones de vida.

Dimensiones biológicas, psicológicas y sociales en acción

Los elementos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento interactúan continuamente, dando forma a las experiencias de las personas mayores.

A continuación se presentan algunos ejemplos de la integración de estas dimensiones:

- Enfermedades crónicas y salud mental: Las afecciones físicas, como las enfermedades cardíacas o la artritis, pueden afectar a la salud mental de una persona mayor. El dolor crónico, por ejemplo, puede provocar ansiedad o depresión. A la inversa, los problemas de salud mental como la depresión pueden agravar la salud física al reducir el autocuidado o el cumplimiento de los tratamientos, lo que ilustra la interacción entre los factores biológicos y psicológicos.
- Deterioro cognitivo y participación social: los trastornos cognitivos suelen generar aislamiento social, ya que las personas pueden sentirse inseguras o temer situaciones embarazosas. Sin embargo, unas redes sociales sólidas y la estimulación mental que proporciona la participación social pueden ayudar a preservar las funciones cognitivas, lo que demuestra cómo las conexiones sociales

atenúan los efectos del deterioro cognitivo y favorecen la resiliencia.

- Actividad física y resiliencia emocional: El ejercicio beneficia tanto a la salud física como a la mental, mejorando el estado de ánimo y reduciendo el estrés. La práctica de actividades físicas en grupo o comunitarias refuerza los vínculos sociales, contribuyendo al bienestar emocional. Este ejemplo muestra cómo prácticas biológicas como el ejercicio pueden tener un impacto positivo en la salud psicológica y la conectividad social.

Intervenciones holísticas basadas en el modelo BPS

En el marco del modelo BPS, las intervenciones deben atender simultáneamente las necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

A continuación se presentan algunos ejemplos de atención integrada:

- Evaluaciones de salud completas: Los chequeos médicos deberían incluir evaluaciones de la salud mental y de los entornos sociales. La detección de la depresión y las preguntas sobre el apoyo social pueden ayudar a identificar cómo la salud mental o el aislamiento social pueden agravar las afecciones físicas.

- Planificación colaborativa de la atención: un equipo de profesionales sanitarios — personal médico, de la psicología, trabajo social y terapia ocupacional — debería trabajar conjuntamente para elaborar planes de atención personalizados. Teniendo en cuenta los factores biológicos, mentales y sociales, estos planes ofrecen soluciones integradas, que combinan tratamientos médicos, asesoramiento y participación comunitaria.
- Prescripción social: En lugar de medicamentos, algunas personas mayores pueden beneficiarse de actividades sociales que fomenten la participación. La «prescripción social» consiste en poner en contacto a las personas con recursos como centros para personas mayores o clubes sociales, mejorando así su salud física y mental.

Empoderar a las personas mayores a través de un enfoque integrado

El modelo BPS permite a las personas mayores llevar una vida autónoma y plena, incluso ante los retos asociados a la edad:

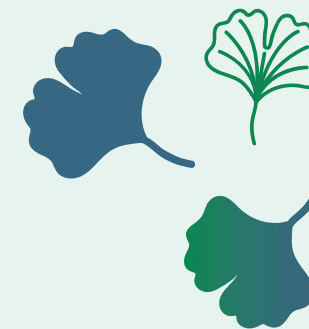
- Fortalecer la resiliencia: La resiliencia emocional ayuda a las personas a afrontar las dificultades del envejecimiento. Los grupos de apoyo, la terapia o las prácticas de mindfulness pueden ayudar a desarrollar mecanismos de adaptación y a mantener una actitud positiva.

- Fortalecer las redes sociales: Las conexiones sociales sólidas con la familia, las amistades y la participación en la comunidad favorecen la salud emocional. El compromiso social ofrece un sistema de apoyo que contrarresta los efectos negativos del envejecimiento.
- Apoyar al entorno cuidador: Las personas cuidadoras desempeñan un papel esencial en el bienestar de las personas mayores. Proporcionarles formación y recursos para atender no solo las necesidades físicas, sino también las emocionales y sociales, permite ofrecer una atención más equilibrada.

El modelo BPS propone un enfoque holístico para apoyar a las personas mayores, teniendo en cuenta la interrelación entre los factores biológicos, psicológicos y sociales. Al promover la salud física, mental y emocional, las personas cuidadoras pueden ayudar a las personas mayores a mantener su autonomía y su calidad de vida a lo largo del proceso de envejecimiento.



Para más información...



REFERENCIAS

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.
- Borrell-Carrió, F.; Suchman, AL. & Epstein, RM. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–82. doi: 10.1370/afm.245.
- Ding, L., Dai, R., Qian, J., Zhang, H., Miao, J., Wang, J. Tan, X. & Li, Y. (2024). Psycho-social dimensions of cardiovascular risk: exploring the impact of social isolation and loneliness in middle-aged and older adults. *BMC Public Health*, 24, 2355 <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19885-w>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- George, L. K., & Ferraro, K. F. (Eds.). (2015). *Handbook of aging and the social sciences*. Academic Press.

Módulos de formación



El itinerario formativo: módulos e interrelaciones

Índice de contenidos

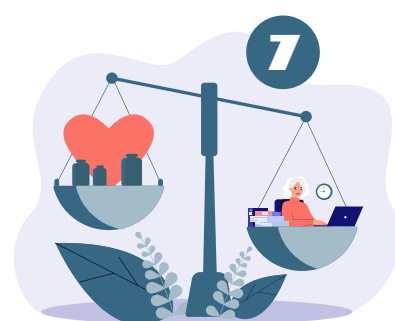
Esta representación visual ofrece una visión general estructurada del programa de formación, resaltando los módulos principales y sus interrelaciones.

Los módulos han sido diseñados para ser completamente flexibles y adaptables: todos los elementos —grupos destinatarios, objetivos de aprendizaje, contenidos, duración, entornos formativos, materiales, referencias y terminología— pueden ajustarse según los conocimientos previos, las competencias y las necesidades del grupo de participantes.

Asimismo, los talleres, concebidos como elementos transversales, proporcionan experiencias prácticas e interactivas que refuerzan los conocimientos adquiridos y fomentan el desarrollo de competencias en distintos ámbitos.



Trabajo en red e intervenciones comunitarias



Promoción de la calidad de vida y el bienestar de personas cuidadoras y profesionales (prevención del síndrome de desgaste profesional)



Taller de comunicación narrativa – contar historias a través del vídeo



Taller de comunicación narrativa – contar historias a través de la fotografía



Perspectiva biopsicosocial



GINKGO

La fábrica del vínculo social



Intergeneracionalidad



Envejecimiento, edadismo, estereotipos y prejuicios



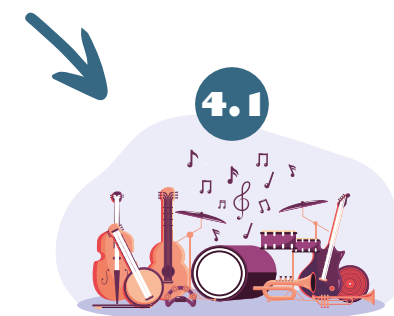
Factores de protección y de riesgo del aislamiento social



Comunicación con los grupos destinatarios de la intervención



Estrategias socioeducativas



Participar en un proyecto de cooperación en cultura y salud



Actividad física y deporte

Estructura de los módulos de formación

Cada módulo de formación sigue un formato estructurado que garantiza claridad, coherencia y aplicabilidad práctica. El contenido se organiza en secciones clave que definen el público destinatario, describen el papel del equipo formador y establecen los objetivos de aprendizaje.

Asimismo, se presentan los temas principales, las actividades propuestas y sugerencias metodológicas para la evaluación, acompañadas, cuando procede, de referencias bibliográficas y ejemplos de buenas prácticas.

Todas las secciones pueden adaptarse al contexto, a las personas participantes y a los objetivos pedagógicos. Se anima al personal docente a ajustar el contenido, la duración y los métodos según las competencias y necesidades iniciales del alumnado.

Para facilitar su comprensión, la siguiente sección ofrece una visión general de los elementos incluidos en cada módulo, explicando su propósito y su contribución al proceso de aprendizaje global.

Sección 1 : Público destinatario

Esta sección describe el grupo destinatario originalmente previsto para el módulo. El equipo formador debe evaluar si coincide con las características de sus participantes y, en caso necesario, adaptar el contenido, los objetivos y las metodologías del módulo.



PÚBLICO DESTINATARIO

- Estudiantes y personas en formación (formación profesional, universidad)
- Profesionales del ámbito de la salud y los servicios sociales
- Personas voluntarias que participan en el acompañamiento o apoyo a personas en situación de vulnerabilidad
- Personas cuidadoras no profesionales

Sección 2 : Equipo docente

Esta sección describe el perfil esperado del equipo docente encargado de impartir el módulo, destacando los conocimientos, la experiencia y las competencias necesarias para asegurar un aprendizaje de calidad y fomentar la participación de las personas participantes. Puede adaptarse para precisar el papel del equipo formador según el perfil del alumnado y el contexto de la formación.



EQUIPO DOCENTE

Personas expertas en el ámbito de las personas mayores, con enfoque social, comunitario y sanitario (antropología social, trabajo social, educación social, enfermería, etc.).

Sección 3 : Descripción de la actividad formativa

Esta sección ofrece una visión general organizada de la actividad formativa, detallando los métodos empleados, las herramientas utilizadas y los aspectos logísticos que estructuran el recorrido de aprendizaje. Se destacan los enfoques interactivos diseñados para estimular la participación de las personas participantes, los recursos que facilitan la adquisición de conocimientos y los espacios que favorecen un clima colaborativo y dinámico.

También se incluyen recomendaciones sobre el tamaño de los grupos y la duración de las sesiones, con el fin de garantizar un aprendizaje equilibrado y eficaz. Todos los elementos —actividades, herramientas, temporalidad y espacios— deben adaptarse según las necesidades específicas del alumnado y el contexto de formación, ya sea presencial, a distancia o en formato híbrido.



DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

MÉTODOS

- Desarrollo del contenido de la formación basado en fichas conceptuales y lecturas.
- Trabajo en grupo para el análisis de este enfoque en casos prácticos.
- Debate en clase sobre los aspectos teóricos y las lecturas.
- Análisis de vídeos y ejemplos de buenas y malas prácticas

Sección 4: Objetivos y finalidades del aprendizaje

Esta sección define los resultados de aprendizaje previstos, destacando los conocimientos, habilidades y competencias que se espera que desarrollen las personas participantes. Constituye un marco de referencia que permite comprender las intenciones pedagógicas del módulo y orientar eficazmente el desarrollo de la formación. Los objetivos y finalidades deben formularse teniendo en cuenta las competencias y la experiencia previa del alumnado.



OBJETIVOS Y FINALIDADES DEL APRENDIZAJE

- Comprender el concepto de edadismo
- Profundizar en las consecuencias del concepto de edadismo en términos de estereotipos, imagen social e identificación correcta de las necesidades de las personas mayores
- Proponer actividades que eviten los sesgos del enfoque discriminatorio por edad y tengan en cuenta a estas personas en toda su diversidad, integrando las perspectivas de género, interculturalidad y desigualdades sociales

Sección 5: Contenidos

Esta sección describe la estructura pedagógica de cada módulo, organizada en torno a temas centrales, conceptos clave y áreas de conocimiento que se deben profundizar. El contenido se divide en unidades de aprendizaje diferenciadas, garantizando una progresión lógica y una comprensión clara a lo largo del recorrido.

Cada módulo comienza con una unidad introductoria, diseñada para dar la bienvenida a las personas participantes, estimular su compromiso, fomentar el intercambio de ideas e identificar sus expectativas y necesidades de aprendizaje. Concluye con una unidad final centrada en consolidar lo aprendido, promover la reflexión individual y colectiva, evaluar los conocimientos y orientar a las personas participantes hacia las siguientes etapas de su trayectoria.

La aplicación sistemática de estas unidades de apertura y cierre asegura la coherencia pedagógica en todo el programa. El equipo formador debe seleccionar y adaptar los módulos según los conocimientos y competencias previos del alumnado.



CONTENIDOS

Unidad de aprendizaje 1: Introducción y bienvenida

Conocer el resto de participantes e identificar sus expectativas.
Crear un ambiente de formación acogedor y propicio para el aprendizaje.
Presentar el programa de formación y explicar sus objetivos.

Unidad de aprendizaje 2: Discriminación por edad

Definición de la discriminación por edad: presentación de los fundamentos de este concepto como un prejuicio relacionado con la edad, que afecta a todo el recorrido vital. Poner de relieve sus efectos más marcados en los jóvenes y las personas mayores, insistiendo en su persistencia en la población de edad avanzada (véase el concepto clave de la discriminación por edad).

Sección 6: Recomendaciones metodológicas para la evaluación

Esta sección presenta el enfoque metodológico empleado para evaluar los progresos, el compromiso y los conocimientos adquiridos por las personas participantes a lo largo de la formación. Se especifican los indicadores clave para medir la adquisición de conocimientos, la aplicación de competencias y el nivel de satisfacción general. La evaluación se integra de manera progresiva en las distintas etapas del itinerario —inicial, intermedia y final— mediante herramientas como la observación, los intercambios colectivos, el análisis de casos prácticos y las evaluaciones estructuradas, lo que permite obtener una valoración completa y matizada de los resultados de aprendizaje.

El equipo formador debe seleccionar y adaptar los métodos de evaluación según los perfiles de aprendizaje y los objetivos del alumnado.



SUGERENCIAS METODOLÓGICAS PARA LA EVALUACIÓN

Indicadores y resultados esperados

- Las personas participantes adquieren nuevos conocimientos tras la formación.
- Las personas participantes son capaces de aplicar lo aprendido en ejercicios prácticos realizados en clase.
- Las personas participantes participan activamente en la formación.
- Las personas participantes están satisfechas con el contenido y el desarrollo de la formación recibida.
- Aplicación de las teorías para identificar las necesidades de las personas mayores.
- Análisis de casos prácticos desde una perspectiva de edadismo.
- Formulación de propuestas de intervención que eviten los sesgos de edad.

Sección 7: Referencias

Esta sección recopila las principales referencias bibliográficas que han contribuido a la elaboración del contenido del módulo. Constituye un punto de partida para profundizar en los temas tratados, ofreciendo fuentes fiables que enriquecen la comprensión y fomentan una reflexión más profunda. El equipo docente es responsable de seleccionar referencias y terminología adecuadas y actualizadas, teniendo en cuenta el grupo destinatario, las necesidades específicas de aprendizaje y el contexto nacional o territorial.



Para más información...

REFERENCIAS

- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14(1), 1–4.
<https://doi.org/10.1007/s10433-016-0409-9>
- Butler, R.N. (1975). La psiquiatría y las personas mayores: una visión general. *American Journal of Psychiatry*, 132, 893–90

Sección 8: Buenas prácticas

Esta sección presenta ejemplos de buenas prácticas relacionados con los contenidos del módulo, incluyendo enfoques probados, estrategias pertinentes y aplicaciones concretas. Estos ejemplos sirven como referencia inspiradora, facilitando que las personas participantes apliquen de manera más efectiva los conocimientos adquiridos en contextos reales y operativos.

BUENAS PRÁCTICAS

Véase el apartado 4 en la Guía Práctica:
Envejecimiento activo

Contexto	58
Acti Duo	60
Caminata en grupo	63
Pausa de belleza	65
In forma Mentis: Prevención y bienestar para personas mayores	67
Universidad de la tercera edad	70
Jubiloteca Bortziriak	73

Requisitos previos para los talleres

Esta sección define los conocimientos y competencias básicos necesarios para aprovechar al máximo el taller. Recomienda módulos complementarios que permiten reforzar la preparación del alumnado, con el objetivo de asegurar una comprensión adecuada de los conceptos clave y una participación activa en las distintas actividades propuestas.

REQUISITO PREVIO

Esta actividad requiere conocimientos previos; se recomienda haber completado los siguientes módulos con anterioridad:

- **Módulo 1:** Envejecimiento, edadismo, estereotipos y prejuicios.
- **Módulo 2:** Factores de protección y de riesgo del aislamiento social.
- **Módulo 3:** Comunicación con los grupos destinatarios de la intervención
- **Módulo 5:** Intergeneracionalidad.

Talleres A y B

Los talleres, concebidos como elementos transversales, ofrecen oportunidades prácticas e interactivas para profundizar la comprensión y desarrollar competencias en diversos ámbitos. Están diseñados para complementar uno o varios módulos, en lugar de funcionar como unidades autónomas. Su estructura sigue las mismas secciones que los módulos, incorporando además una sección sobre requisitos previos que indica los módulos recomendados para combinar y maximizar los resultados del aprendizaje.

Al igual que los módulos, todos los elementos de los talleres son flexibles y adaptables a las necesidades, conocimientos previos y competencias de las personas participantes, permitiendo al equipo docente ajustar la experiencia según corresponda.

Taller A

Taller de comunicación narrativa: contar historias a través del vídeo

Taller B

Taller de comunicación narrativa: contar historias a través de la fotografía

Módulo 1

Envejecimiento, edadismo, estereotipos y prejuicios



**PÚBLICO DESTINATARIO**

- Estudiantes y personas en formación (formación profesional, universidad)
- Profesionales del ámbito de la salud y los servicios sociales
- Personas voluntarias que participan en el acompañamiento o apoyo a personas en situación de vulnerabilidad
- Personas cuidadoras no profesionales
- Personas cuidadoras del entorno familiar
- Personas mayores

**DURACIÓN**

De 2 a 20 horas, ajustable según las necesidades del grupo.

**ESPACIOS**

- Aula con sillas móviles.
- Centros externos de intervención social

**HERRAMIENTAS**

- Ordenador
- Proyector
- Presentaciones de diapositivas
- Casos prácticos
- Internet

**ENFOQUE PEDAGÓGICO**

- Formación presencial
- Formación en línea
- Formación mixta

**EQUIPO DOCENTE**

Personas expertas en el ámbito de las personas mayores, con enfoque social, comunitario y sanitario (antropología social, trabajo social, educación social, enfermería, etc.).

**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA****MÉTODOS**

- Desarrollo del contenido de la formación basado en fichas conceptuales y lecturas.
- Trabajo en grupo para el análisis de este enfoque en casos prácticos.
- Debate en clase sobre los aspectos teóricos y las lecturas.
- Análisis de vídeos y ejemplos de buenas y malas prácticas

**OBJETIVOS Y FINALIDADES DEL APRENDIZAJE**

- Comprender el concepto de edadismo
- Profundizar en las consecuencias del concepto de edadismo en términos de estereotipos, imagen social e identificación correcta de las necesidades de las personas mayores
- Proponer actividades que eviten los sesgos del enfoque discriminatorio por edad y tengan en cuenta a estas personas en toda su diversidad, integrando las perspectivas de género, interculturalidad y desigualdades sociales

**CONTENIDOS****Unidad de aprendizaje 1 : Introducción y bienvenida**

Conocer el resto de participantes e identificar sus expectativas. Crear un ambiente de formación acogedor y propicio para el aprendizaje. Presentar el programa de formación y explicar sus objetivos.

Unidad de aprendizaje 2 : Discriminación por edad

Definición de la discriminación por edad: presentación de los fundamentos de este concepto como un prejuicio relacionado con la edad, que afecta a todo el recorrido vital. Poner de relieve sus efectos más marcados en los jóvenes y las personas mayores, insistiendo en su persistencia en la población de edad avanzada (véase el concepto clave de Edadismo).

Discriminación por edad en diferentes ámbitos de la sociedad: análisis de cómo se manifiesta la discriminación por edad en diversos contextos, como el mercado laboral, el sector sanitario, los medios de comunicación, la publicidad y el diseño digital, entre otros.

Factores que aumentan el riesgo de edadismo: identificación de los elementos que aumentan la probabilidad de ser víctima de discriminación por motivos de edad.

Impacto de la discriminación por edad: análisis de las repercusiones negativas sobre la salud física y mental, el bienestar general y el respeto de los derechos fundamentales de las personas afectadas.

Unidad de aprendizaje 3 : Estereotipos y prejuicios relacionados con el envejecimiento**Estereotipos comunes relacionados con la vejez:**

explorar las diferentes formas de edadismo y la imagen a menudo reduccionista de las personas mayores que se deriva de él. Desmontar las representaciones que asocian sistemáticamente la vejez con la fragilidad, la dependencia o el deterioro de las capacidades.

Efectos negativos de los prejuicios: análisis de cómo los estereotipos afectan a la inclusión social, la autoestima y el acceso de las personas mayores a los servicios adecuados.

Desmontar los prejuicios: promover una visión más positiva y diversa de la vejez, poniendo de relieve las capacidades y el potencial de las personas mayores, y fomentando un envejecimiento activo y saludable.

Identificación de prácticas discriminatorias por edad: reconocer las actitudes y comportamientos marcados por el edadismo, como ignorar la opinión de las personas mayores, infantilizarlas o centrarse únicamente en sus limitaciones físicas o cognitivas.

Unidad de aprendizaje 4 : Buenas prácticas de intervención con personas mayores

Responder a la discriminación por edad: promover el respeto, la inclusión y la valorización de las personas mayores, cuestionar los estereotipos y defender la igualdad de derechos y oportunidades. Adoptar un enfoque inclusivo que tenga en cuenta su diversidad, incluyendo el género, la interculturalidad y la igualdad social.

Estrategias para reducir la discriminación por edad: propuestas para combatir la discriminación por edad a través de (1) políticas públicas y marcos jurídicos destinados a prevenir la discriminación y las desigualdades relacionadas con la edad,

(2) intervenciones educativas destinadas a reducir los prejuicios y la discriminación, y (3) actividades de contacto intergeneracional que fomenten la interacción entre las generaciones.

Identificación y promoción de buenas prácticas de intervención: detectar las buenas prácticas relacionadas con la inclusión de las personas mayores en la planificación y ejecución de los servicios, la promoción de su autonomía y su participación activa en la comunidad, entre otras.

Ventajas de las buenas prácticas: mejora de la calidad de vida, refuerzo de la autoestima y garantía de los derechos fundamentales de las personas mayores para una vida digna e independiente

Unidad final: Cierre de la formación

- Resumen de los principales contenidos.
- Evaluación cualitativa/cuantitativa de la formación.
- Próximos pasos: oportunidades y posibilidades para futuros estudios o acciones.

SUGERENCIAS METODOLÓGICAS PARA LA EVALUACIÓN

Indicadores y resultados esperados

- Las personas participantes adquieren nuevos conocimientos tras la formación.
- Las personas participantes son capaces de aplicar lo aprendido en ejercicios prácticos realizados en clase.
- Las personas participantes participan activamente en la formación.
- Las personas participantes están satisfechas con el contenido y el desarrollo de la formación recibida.
- Aplicación de las teorías para identificar las necesidades de las personas mayores.
- Análisis de casos prácticos desde una perspectiva de edadismo.
- Formulación de propuestas de intervención que eviten los sesgos de edad.

Evaluación inicial

- Valoración de los conocimientos previos de las personas participantes.

Evaluación intermedia

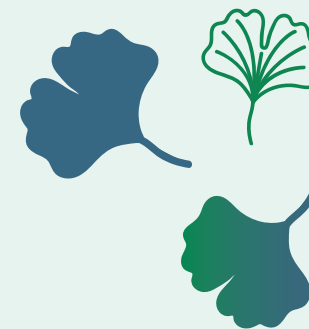
- Observación de las actividades en el aula.
- Análisis de ejemplos reales de buenas o malas prácticas.
- Debate sobre los materiales y los ejemplos

Evaluación final

- Cuestionario/ prueba sobre los aspectos teóricos.
- Propuesta de resolución de casos prácticos.
- Participación y nivel de implicación en las actividades de formación.



Para más información...



REFERENCIAS

- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14(1), 1-4.
<https://doi.org/10.1007/s10433-016-0409-9>
- Butler, R.N. (1975). La psiquiatría y las personas mayores: una visión general. *American Journal of Psychiatry*, 132, 893-90
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre la discriminación por motivos de edad*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340208/9789240016866-eng.pdf?sequence=1>

Módulo 2

Factores de protección y de riesgo del aislamiento social



PÚBLICO DESTINATARIO

- Estudiantes y personas en formación (formación profesional, universidad)
- Profesionales del ámbito de la salud y los servicios sociales
- Personas voluntarias que participan en el acompañamiento o apoyo a personas en situación de vulnerabilidad
- Personas cuidadoras no profesionales
- Personas cuidadoras del entorno familiar
- Personas mayores



DURACIÓN

De 2 a 20 horas, ajustable según las necesidades del grupo.



ESPACIOS

- Aula con sillas móviles.



HERRAMIENTAS

- Ordenador
- Proyector
- Presentaciones de diapositivas
- Casos prácticos
- Internet



ENFOQUE PEDAGÓGICO

- Formación presencial
- Formación en línea
- Formación mixta



EQUIPO DOCENTE

Personas expertas en pedagogía, psicología, trabajo social, geriatría o ámbitos afines, con conocimientos en los factores de protección y riesgo frente al aislamiento social.



DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

MÉTODOS

- Sesiones interactivas con debates en grupo
- Estudio de casos y buenas prácticas
- Reflexión y análisis de experiencias reales
- Intercambio y análisis de buenas prácticas



OBJETIVOS Y FINALIDADES DEL APRENDIZAJE

- Promover una comprensión integral de los factores que influyen en el aislamiento social de las personas mayores.
- Desarrollar competencias para la evaluación multidimensional de las personas mayores.
- Profundizar en el conocimiento de las causas y los mecanismos que contribuyen al aislamiento social.
- Reforzar la capacidad para identificar los factores de riesgo asociados a este aislamiento
- Mejorar la capacidad para reconocer y comprender los factores de protección que atenúan el aislamiento social de las personas mayores.



CONTENIDOS

Unidad de aprendizaje 1 : Introducción y bienvenida

Conocer el resto de participantes e identificar sus expectativas.
 Crear un ambiente de formación acogedor y propicio para el aprendizaje.
 Presentar el programa de formación y explicar sus objetivos.

Unidad de aprendizaje 2 : Calidad de vida de las personas mayores

El envejecimiento desde una perspectiva demográfica: aumento de la población de edad avanzada, aumento de la esperanza de vida, descenso de las tasas de natalidad.

Enfoque en el concepto de envejecimiento y las distintas definiciones de vejez: diversas definiciones de la vejez (tercera/cuarta/quinta edad, mayores jóvenes/mayores de edad más avanzada) y «nuevas» categorías de personas mayores (baby boomers, migrantes de edad avanzada, LGBTQI+).

El envejecimiento como una etapa caracterizada por múltiples transformaciones y cambios:

- Cambios psicofísicos: inteligencia, memoria, atención, emociones, capacidades sensoriales.
- Cambios en los roles y transiciones sociales: jubilación, convertirse en abuelos, duelo y fallecimiento, impacto de la COVID-19.

Unidad de aprendizaje 3 : Soledad y aislamiento social

Examinar cómo los **cambios económicos y sociales** modifican los entornos de vida de las personas mayores, incluyendo los cambios en el tamaño y la composición de las familias.

Poner de relieve cómo las **transiciones y eventos disruptivos** en la vejez pueden conducir al aislamiento social y a la soledad, afectando a las relaciones y a las redes sociales.

Comprender la **distinción** entre aislamiento social (falta de contacto social) y soledad (sentimiento subjetivo de conexiones insuficientes).

- **Comprender la soledad:** Explorar los aspectos emocionales y cognitivos de la soledad y sus efectos sobre la salud física y mental.
- **Impacto de las interacciones sociales:** Destacar la importancia de la calidad y la diversidad de las conexiones sociales más que de su cantidad.
- **Paradoja de las conexiones:** Comprender cómo la soledad puede manifestarse a pesar de la presencia de una red social y, a la inversa, cómo puede estar ausente incluso en caso de interacciones sociales limitadas.

Impacto de la pandemia: Explorar el impacto de la pandemia en el aislamiento y la soledad. Reflexionar sobre los efectos de los confinamientos y las medidas restrictivas. Examinar el papel ambivalente de la tecnología digital en la conexión y la creación de barreras para las personas mayores. Analizar cómo los estereotipos relacionados con la edad han contribuido a la exclusión social y al acceso limitado a la atención sanitaria y al apoyo (Ayalon et al., 2021).

Unidad de aprendizaje 4 : Envejecimiento y fragilidad

Concepto de fragilidad en las personas mayores: deterioro cognitivo y funcional, pérdida de autonomía, consecuencias en la vida diaria y en las personas cuidadoras.

Deterioro cognitivo leve: descripción general, su relevancia como indicador temprano de demencia, proceso de diagnóstico y evaluación clínica.

Principales tipos de demencias:

- Enfermedad de Alzheimer
- Demencia frontotemporal
- Demencia con cuerpos de Lewy
- Demencia vascular
- Pseudodemencia depresiva

Unidad de aprendizaje 5 : Las necesidades de las personas mayores

La pluralidad de trayectorias que caracterizan el envejecimiento

Identificación de necesidades desde una evaluación centrada en la persona:

- Pirámide de necesidades de Maslow.
- Perspectiva de Kitwood (1997) aplicado a las necesidades.
- Evaluación multidimensional de las necesidades (Poon et al., 2003).

Unidad de aprendizaje 6 : Evaluación geriátrica multidimensional

Factores de riesgo y de protección: conceptos clave para identificar las condiciones que favorecen el bienestar (factores protectores) o aumentan la vulnerabilidad (factores de riesgo) dentro del marco multidimensional.

Introducción al enfoque integrado: Una visión general del enfoque integrado, que explora el marco de evaluación multidimensional para explicar los factores protectores y los factores de riesgo que influyen en el bienestar de las personas mayores.

Dimensión física

- Factores protectores: Actividad física regular, nutrición adecuada, seguimiento de la salud.
- Factores de riesgo: Enfermedades crónicas, deterioro funcional, polimedicación.

Dimensión psicológica

- Factores protectores: Estimulación cognitiva, apoyo psicológico, actividades sociales y de ocio.
- Factores de riesgo: Fragilidad, deterioro cognitivo, trastornos del estado de ánimo.

Dimensión social

- Factores protectores: Red de apoyo social, participación en actividades sociales, acceso a servicios y recursos.
- Factores de riesgo: aislamiento social, acceso limitado a los servicios, pobreza y dificultades económicas.

Dimensión funcional

- Factores protectores: Adaptaciones ambientales, apoyo para las actividades cotidianas.
- Factores de riesgo: Pérdida de autonomía, limitaciones de movilidad.

**Unidad final: Cierre de la formación**

- Resumen de los principales contenidos.
- Evaluación cualitativa/cuantitativa de la formación.
- Próximos pasos: oportunidades y posibilidades para futuros estudios o acciones.

SUGERENCIAS METODOLÓGICAS PARA LA EVALUACIÓN**Indicadores y resultados esperados**

- Retroalimentación durante la formación.
- Participación durante la formación.
- Reflexión sobre los factores de riesgo y los factores protectores identificados durante los debates en grupo o los ejercicios prácticos.

Evaluación inicial

- Valoración de los conocimientos previos de las personas participantes.

Evaluación intermedia

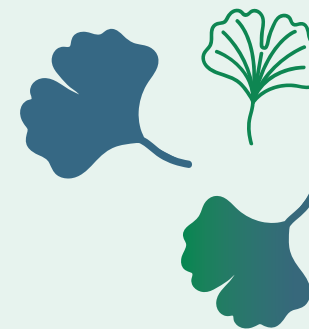
- Observación de las actividades de grupo.
- Debate y reflexión sobre lo aprendido.
- Debate y reflexión sobre el caso práctico.

Evaluación final

- Cuestionario/ prueba sobre los aspectos teóricos.
- Debate y reflexión sobre lo aprendido.
- Caso práctico: Análisis y propuesta de soluciones para el caso práctico.



Para más información...

**REFERENCIAS**

- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B. R., Neupert, S. D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. (2021). Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), e49–e52. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). Un metaanálisis de las intervenciones para reducir la soledad. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Kitwood, T. M. (1997). *La demencia reconsiderada: la persona es lo primero*. Open University Press.
- Poon, L. W., Gueldner, S. H., & Sprouse, B. M. (2003). *Envejecimiento satisfactorio y adaptación a las enfermedades crónicas*. Springer Publishing Company.

Módulo 3

Comunicación con los grupos destinatarios de la intervención



PÚBLICO DESTINATARIO

- Estudiantes y personas en formación (formación profesional, universidad)
- Profesionales del ámbito de la salud y los servicios sociales
- Personas voluntarias que participan en el acompañamiento o apoyo a personas en situación de vulnerabilidad
- Personas cuidadoras no profesionales
- Personas cuidadoras del entorno familiar



DURACIÓN

De 2 a 20 horas, ajustable según las necesidades del grupo.



ESPACIOS

- Aula con sillas móviles.



HERRAMIENTAS

- Ordenador
- Proyector
- Presentaciones de diapositivas
- Casos prácticos
- Internet



ENFOQUE PEDAGÓGICO

- Formación presencial
- Formación en línea
- Formación mixta



EQUIPO DOCENTE

Personas expertas en comunicación, psicología, pedagogía, trabajo social y campos afines, con enfoque en la comunicación eficaz con los grupos destinatarios de la intervención.



DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

MÉTODOS

- Sesiones interactivas con debates en grupo
- Estudio de casos y buenas prácticas
- Juegos de rol
- Lluvia de ideas
- Ejercicios de sensibilización sobre la comunicación no verbal
- Intercambio de historias significativas y reflexión sobre su aplicación en las interacciones
- Debates guiados sobre experiencias personales



OBJETIVOS Y FINALIDADES DEL APRENDIZAJE

- Desarrollar competencias en la interpretación y el análisis de la comunicación, con especial énfasis en la relación entre la comunicación y las necesidades.
- Aumentar la comprensión de las dinámicas de la comunicación.
- Reforzar la capacidad de identificar los elementos clave para unas interacciones eficaces.
- Mejorar la capacidad de aplicar estrategias de comunicación eficaces que favorezcan la comprensión y la conexión con las personas mayores.
- Aumentar la competencia en la aplicación de técnicas de comunicación para fomentar el diálogo y la comprensión en las interacciones.



CONTENIDOS

Unidad de aprendizaje 1 : Introducción y bienvenida

Conocer el resto de participantes e identificar sus expectativas.
 Crear un ambiente de formación acogedor y propicio para el aprendizaje.
 Presentar el programa de formación y explicar sus objetivos.

Unidad de aprendizaje 2 : Comunicación

¿Qué es la comunicación? Definición de la comunicación como intercambio de mensajes y significados; papel de la comunicación en el establecimiento de relaciones con los demás.

Enfoque en las posibles barreras y obstáculos:

- Barreras cognitivas (pérdida de memoria, procesamiento más lento de la información)
- Barreras físicas (trastornos de la audición y/o la visión)
- Barreras emocionales y psicológicas (sentimientos de aislamiento o ansiedad, desconfianza o incomodidad)
- Barreras ambientales (entornos ruidosos o que distraen, distancia física o falta de contacto visual)

Unidad de aprendizaje 3 : Gestionar la comunicación

Reflexión sobre:

- **Comunicación verbal:** Comprender el papel de un lenguaje claro y sencillo en las interacciones con las personas mayores (teniendo en cuenta los posibles cambios cognitivos o sensoriales que puedan afectar a la comprensión).
- **Comunicación no verbal:** Reconocer la importancia de los gestos, la postura, las expresiones faciales y el contacto visual para generar confianza y expresar respeto (especialmente cuando la comunicación verbal es limitada).
- **Comunicación paraverbal:** Explorar cómo se pueden ajustar el tono de voz, el ritmo, el volumen y las pausas para transmitir un mensaje con sensibilidad y claridad.

Enfoque en los elementos clave para establecer la comunicación con la otra persona (Rosenberg y Chopra, 2015):

- **Observación sin juzgar:** Observar la situación y el comportamiento sin emitir juicios, para comprender mejor las necesidades de la persona mayor. Diferenciar entre observaciones objetivas e interpretaciones o suposiciones personales.
- **Identificar y expresar los sentimientos:** Reconocer y tener en cuenta las emociones de la persona cuidadora y de la persona mayor. Fomentar una expresión clara y respetuosa de los sentimientos para promover la conciencia emocional.
- **Reconocer las necesidades:** Identificar las necesidades subyacentes detrás de los comportamientos de todas las personas implicadas, para reforzar la conexión y mejorar la comunicación.
- **Gestionar el diálogo y las peticiones:** Formular peticiones claras, específicas y respetuosas para atender las necesidades de todas las partes. Fomentar un diálogo abierto que facilite el entendimiento mutuo y la resolución de problemas.

Unidad de aprendizaje 4 : Técnicas para fomentar el diálogo y el entendimiento mutuo

- **Comunicación no violenta (CNV) (Rosenberg y Chopra, 2015):** ejemplos, demostraciones y ejercicios prácticos.
- **La comunicación en el enfoque Gentlecare (Jones, 1999):** ejemplos, demostraciones y ejercicios prácticos.
- **Gestión creativa de conflictos (Fisher et al., 2011; Sclavi, 2003):** ejemplos, demostraciones y ejercicios prácticos.
- **Buen trato (Rapoport, 2015):** ejemplos, demostraciones y ejercicios prácticos.

Unidad final: Cierre de la formación

- Resumen de los principales contenidos.
- Evaluación cualitativa/cuantitativa de la formación.
- Próximos pasos: oportunidades y posibilidades para futuros estudios o acciones.

SUGERENCIAS METODOLÓGICAS PARA LA EVALUACIÓN

Indicadores y resultados esperados

- Retroalimentación durante la formación
- Participación durante la formación
- Identificación de las necesidades de las personas mayores durante los ejercicios prácticos
- Descripción de las interacciones sin juzgar
- Uso de estrategias clave de comunicación
- Uso de técnicas de escucha activa durante los ejercicios prácticos

Evaluación inicial

- Valoración de los conocimientos previos de las personas participantes.

Evaluación intermedia

- Observación de las actividades en grupo
- Debates y reflexiones sobre lo aprendido
- Debates y reflexiones sobre el caso práctico y los ejercicios prácticos

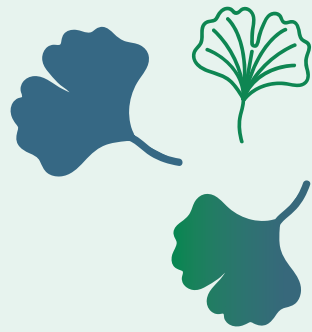
Evaluación final

- Cuestionario/ prueba sobre los aspectos teóricos.
- Debates y reflexiones sobre lo aprendido
- Caso práctico: Análisis y propuestas de soluciones para los ejercicios prácticos y el caso práctico.





Para más información...



REFERENCIAS

- Dynes, R. (2017). *Comunicación positiva: Actividades para reducir el aislamiento y mejorar el bienestar de las personas mayores*. Jessica Kingsley Publishers.
- Fisher, R., Ury, W. L., & Patton, B. (2011). *Getting to yes: Negotiating agreement without giving in*. Penguin.
- Jones, M. (1999). *Gentlecare. Changing the experience of Alzheimer's Disease in a Positive Way*. Hartley & Marks.
- Rapoport, D. (2015). *Bienestar y gestión en los centros de acogida: desde la maternidad hasta la tercera edad*. Belin.
- Rosenberg, M. B., & Chopra, D. (2015). *Comunicación no violenta: Un lenguaje de vida: empatía, colaboración, autenticidad, libertad (3.ª edición)*. PuddleDancer Press.
- Sclavi, M. (2003). *El arte de escuchar y los mundos posibles: cómo salir de los marcos de los que formamos parte*. Mondadori.
- Storlie, T. (2015). *Comunicación centrada en la persona con adultos mayores: la guía del profesional*. Elsevier Science & Technology.

Módulo 4

Estrategias socioeducativas



**PÚBLICO DESTINATARIO**

- Estudiantes y personas en formación (formación profesional, universidad)
- Profesionales del ámbito de la salud y los servicios sociales
- Personas voluntarias que participan en el acompañamiento o apoyo a personas en situación de vulnerabilidad
- Personas cuidadoras no profesionales
- Personas cuidadoras del entorno familiar

**DURACIÓN**

De 2 a 20 horas, ajustable según las necesidades del grupo.

**ESPACIOS**

- Aula con sillas móviles.
- Centros externos de intervención social

**HERRAMIENTAS**

- Ordenador
- Proyector
- Presentaciones de diapositivas
- Casos prácticos
- Internet

**ENFOQUE PEDAGÓGICO**

- Formación presencial
- Formación en línea
- Formación mixta

**EQUIPO DOCENTE**

Personas expertas en estrategias socioeducativas, pedagogía y metodologías innovadoras (musicoterapia, teatro y otros enfoques creativos).

**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA****MÉTODOS**

- Sesiones interactivas con debates en grupo
- Estudio de casos y buenas prácticas
- Juegos de rol
- Trabajo en proyectos
- Reflexión y análisis de experiencias reales
- Intercambio y análisis de buenas prácticas
- Talleres interactivos
- Herramientas multimedia/digitales

**OBJETIVOS Y FINALIDADES DEL APRENDIZAJE**

- Mejorar la capacidad de reconocer y valorar a la persona desde una perspectiva multidimensional.
- Fortalecer la habilidad para identificar las necesidades subyacentes de las personas mayores.
- Reforzar la capacidad de diseñar actividades personalizadas que respondan a las necesidades individuales y destaquen las competencias de las personas mayores.
- Desarrollar la habilidad para identificar y aplicar modificaciones en el entorno físico que favorezcan la seguridad, el confort y la autonomía.

**CONTENIDOS****Unidad de aprendizaje 1 : Introducción y bienvenida**

Conocer el resto de participantes e identificar sus expectativas. Crear un ambiente de formación acogedor y propicio para el aprendizaje. Presentar el programa de formación y explicar sus objetivos.

Unidad de aprendizaje 2 : El concepto de envejecimiento

Introducción: La importancia del aprendizaje en la adultez mayor, enfatizando la Perspectiva del Ciclo de Vida. Exploración del desarrollo como un proceso que dura toda la vida, destacando cómo la tercera edad representa una etapa en continuidad con fases anteriores. Breve introducción a la Perspectiva del Ciclo de Vida y a la Teoría del Desarrollo de la Personalidad de Erikson para contextualizar el envejecimiento dentro del marco más amplio del desarrollo humano.

Principios y teoría de las estrategias socioeducativas

- **Enfoque centrado en la persona (Kitwood, 1997):** Atención a las necesidades y preferencias individuales de las personas mayores para promover su autonomía y bienestar.
- **Método de validación (Feil, 1993):** Técnicas para reconocer y validar las emociones y experiencias de las personas mayores, especialmente aquellas con deterioro cognitivo.

Unidad de aprendizaje 3 : Estrategias cognitivas**Presentación y explicación:**

- **Estimulación cognitiva:** Técnicas para activar y mantener las funciones cognitivas, como ejercicios de memoria y tareas de resolución de problemas. Ejemplos y demostraciones.
- **Rememoración:** Utilizar los recuerdos del pasado para estimular la participación cognitiva y mejorar el bienestar. Ejemplos y demostraciones.

Unidad de aprendizaje 4 : Estrategias sensoriales**Presentación y explicación:**

- **Estimulación sensorial:** Recurrir a los sentidos (tacto, vista, olfato, oído) para estimular respuestas cognitivas y emocionales. Ejemplos y demostraciones.
- **Psicomotricidad:** Utilizar el movimiento para mejorar las habilidades motoras y las funciones cognitivas. Ejemplos y demostraciones.
- **Estimulación corporal:** Actividades que integran el movimiento físico y el tacto para mejorar el bienestar emocional y físico. Ejemplos y demostraciones.

Unidad de aprendizaje 5 : Métodos creativos y expresivos**Presentación y explicación:**

- **Método Montessori (Judge et al., 2000):** Aplicación de los principios Montessori para fomentar la autonomía y la participación en la vida cotidiana. Ejemplos y demostraciones.
- **Talleres creativos prácticos:** Actividades de manualidades para estimular la creatividad, las habilidades motoras finas y la interacción social. Ejemplos y demostraciones.
- **Talleres de teatro:** Uso del juego de roles y la improvisación para fomentar la comunicación y la expresión personal. Ejemplos y demostraciones.



- **Talleres de escritura :** Ejercicios de escritura para fomentar la expresión personal y la reflexión (por ejemplo, diarios, relatos). Ejemplos y demostraciones.

Unidad de aprendizaje 6 : Tecnologías e interacción social

Presentación y explicación:

- **Tecnologías para la interacción social:** uso de herramientas digitales para fomentar la comunicación y reducir el aislamiento social. Ejemplos y demostraciones.
- **Tecnologías para la vida cotidiana:** Herramientas que permiten acceder a los servicios de salud, gestionar citas y realizar otras tareas prácticas. Ejemplos y demostraciones.

Unidad final: Cierre de la formación

- Resumen de los principales contenidos.
- Evaluación cualitativa/cuantitativa de la formación.
- Próximos pasos: oportunidades y posibilidades para futuros estudios o acciones.

SUGERENCIAS METODOLÓGICAS PARA LA EVALUACIÓN

Indicadores y resultados esperados

- Retroalimentación durante la formación
- Participación durante la formación
- Descripción de situaciones sin emitir juicios
- Identificación de las necesidades de las personas mayores durante los ejercicios prácticos
- Actividades diseñadas durante los ejercicios prácticos

Evaluación inicial

- Valoración de los conocimientos previos de las personas participantes.

Evaluación intermedia

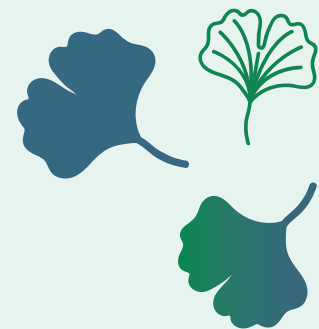
- Observación de las actividades en grupo
- Debates y reflexiones sobre lo aprendido
- Debates y reflexiones sobre los casos prácticos y los ejercicios prácticos

Evaluación final

- Cuestionario/ prueba sobre los aspectos teóricos.
- Desarrollo de un proyecto
- Estudio de caso: análisis y propuestas de soluciones para los ejercicios prácticos y los estudios de caso



Para más información...



REFERENCIAS

- Feil, N. (1993). *El avance de la validación: técnicas sencillas para comunicarse con personas con «demencia de tipo Alzheimer»*. Health Professions Press.
- Judge, K. S., Camp, C. J., & Orsulic-Jeras, S. (2000). Uso de actividades basadas en el método Montessori para personas con demencia en centros de día para adultos: efectos sobre la participación. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 15(1), 42–46. <https://doi.org/10.1177/153331750001500105>
- Kitwood, T. M. (1997). *La demencia reconsiderada: la persona es lo primero*. Open University Press.

BUENAS PRÁCTICAS

Véase el apartado 4 en la Guía Práctica: Envejecimiento activo

Contexto	58
Acti Duo	60
Caminata en grupo	63
Pausa de belleza	65
In forma Mentis: Prevención y bienestar para personas mayores	67
Universidad de la tercera edad	70
Jubiloteca Bortziriak	73

Submódulo 4.1

Participar en un proyecto de cooperación en cultura y salud



PÚBLICO DESTINATARIO

- Estudiantes y personas en formación (formación profesional, universidad)
- Profesionales del ámbito de la salud y los servicios sociales
- Personas voluntarias que participan en el acompañamiento o apoyo a personas en situación de vulnerabilidad
- Personas cuidadoras no profesionales
- Personas cuidadoras del entorno familiar



DURACIÓN

De 2 a 20 horas, ajustable según las necesidades del grupo.



ESPACIOS

- Aula con sillas móviles.



HERRAMIENTAS

- Ordenador
- Proyector
- Presentaciones de diapositivas
- Casos prácticos
- Internet



ENFOQUE PEDAGÓGICO

- Formación presencial
- Formación en línea
- Formación mixta



EQUIPO DOCENTE

Personas expertas en estrategias socioeducativas, pedagogía y metodologías de cooperación, con conocimiento de los sectores cultural y artístico.



DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

MÉTODOS

La formación se basa en una pedagogía activa, centrada en las personas participantes y en su implicación en actividades concretas. El objetivo es permitir, mediante experimentaciones sucesivas, el desarrollo progresivo y guiado de conocimientos y competencias, dentro de un marco pedagógico estructurado y cuidadoso proporcionado por el equipo docente.

El enfoque de la formación se fundamenta en una alternancia equilibrada de:

- **Ejercicios prácticos:** experimentar directamente los conceptos estudiados.
- **Estudios de caso:** ejemplos concretos de proyectos culturales relacionados con la salud y la educación.
- **Retrospectiva reflexiva:** analizar las experiencias y extraer aprendizajes concretos.
- **Aportes teóricos específicos:** estructurar y profundizar el aprendizaje según los objetivos de la formación.



OBJETIVOS Y FINALIDADES DEL APRENDIZAJE

- Comprender cómo se relacionan las políticas públicas, la cultura y la salud para apoyar mejor los proyectos de cooperación.
- Tener en cuenta las limitaciones y necesidades de los proyectos culturales en contextos sociales o sanitarios.
- Entender el propio rol y contribuir de manera eficaz al éxito de un proyecto de cooperación.
- Identificar las condiciones necesarias para colaborar con profesionales de las artes y la cultura.
- Analizar cómo se comprometen y participan las personas en un proyecto cultural.



CONTENIDOS

Unidad de aprendizaje ① : Introducción y bienvenida

Conocer el resto de participantes e identificar sus expectativas.
 Crear un ambiente de formación acogedor y propicio para el aprendizaje.
 Presentar el programa de formación y explicar sus objetivos.

Unidad de aprendizaje ② : Conceptos clave

Breve introducción a los principales conceptos: arteterapia, animación, educación y cooperación cultural. Profundizar en cómo estos conceptos influyen y se aplican directamente en las prácticas de cooperación cultural.

Unidad de aprendizaje ③ : Marcos y metodologías

Visión general del desarrollo histórico, los hitos clave y los mecanismos operativos de los marcos públicos e institucionales que regulan la implementación de proyectos culturales.

Unidad de aprendizaje ④ : Iniciativas territoriales

Exploración de iniciativas culturales locales, destacando su finalidad, impacto y los recursos destinados a su apoyo.

Unidad de aprendizaje ⑤ : Dinámicas de los proyectos

Análisis de las limitaciones, requerimientos específicos y principios clave de cooperación involucrados en los proyectos culturales.

Unidad de aprendizaje ⑥ : Colaboración con el sector cultural

Requisitos y criterios esenciales para fomentar una colaboración efectiva con profesionales del ámbito de las artes y la cultura.

Unidad final: Cierre de la formación

- Resumen de los principales contenidos.
- Evaluación cualitativa/cuantitativa de la formación.
- Próximos pasos: oportunidades y posibilidades para futuros estudios o acciones.

SUGERENCIAS METODOLÓGICAS PARA LA EVALUACIÓN

Indicadores y resultados esperados

- Retroalimentación durante la formación
- Participación durante la formación
- Descripción de situaciones sin emitir juicios
- Identificación de las necesidades de las personas mayores durante los ejercicios prácticos
- Actividades diseñadas durante los ejercicios prácticos



Evaluación inicial

- Valoración de los conocimientos previos de las personas participantes.

Evaluación intermedia

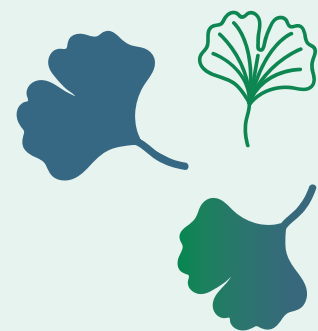
- Observación de las actividades en grupo
- Debates y reflexiones sobre lo aprendido
- Debates y reflexiones sobre los casos prácticos y los ejercicios prácticos

Evaluación final

- Cuestionario/ prueba sobre los aspectos teóricos.
- Desarrollo de un proyecto
- Caso práctico: análisis y propuestas de soluciones para los ejercicios prácticos y los casos prácticos



Para más información...



REFERENCIAS

Pôle Culture & Santé es una cooperativa francesa que conecta a profesionales de la cultura y la salud para impulsar proyectos de cooperación; se puede acceder a su página web para explorar diversos recursos y proyectos relacionados.

- <https://culture-sante-na.com/ressources/bibliotheque-en-ligne/>
- <https://culture-sante-na.com/ressources-video/>
- <https://editions-attribut.com/product/culture-et-sante/>
- <https://culture-sante-na.com/nos-expertises/innovation-sociale/culture-health-platform/>

BUENAS PRÁCTICAS

Véase el apartado 3 en la Guía Práctica: La cultura y las artes: una palanca para la cohesión social y la salud

Contexto	42
El tiempo de un vals	44
Cultura del corazón	47
Momentos de intercambio sobre lecturas y películas	50
El verano en el Palacio	52
Guías de la historia	55

Submódulo 4.2

Actividad física y deporte



**PÚBLICO DESTINATARIO**

- Estudiantes y personas en formación (formación profesional, universidad)
- Profesionales del ámbito de la salud y los servicios sociales
- Personas voluntarias que participan en el acompañamiento o apoyo a personas en situación de vulnerabilidad
- Personas cuidadoras no profesionales
- Personas cuidadoras del entorno familiar

**DURACIÓN**

De 2 a 20 horas, ajustable según las necesidades del grupo.

**ESPACIOS**

- Aula con sillas móviles.
- Centros externos de intervención social

**HERRAMIENTAS**

- Ordenador
- Proyector
- Presentaciones de diapositivas
- Casos prácticos
- Internet

**ENFOQUE PEDAGÓGICO**

- Formación presencial
- Formación en línea
- Formación mixta

**EQUIPO DOCENTE**

Personas expertas en estrategias socioeducativas, pedagogía y metodologías innovadoras (musicoterapia, teatro, deportes inclusivos, etc.).

**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA****MÉTODOS**

- Sesiones interactivas con debates en grupo
- Estudios de casos y mejores prácticas
- Juegos de rol
- Trabajo en proyectos
- Reflexión y análisis de experiencias reales
- Intercambio y análisis de buenas prácticas
- Talleres interactivos
- Herramientas multimedia/digitales

**OBJETIVOS Y FINALIDADES DEL APRENDIZAJE**

- Desarrollar conocimientos sobre la promoción de la salud y estrategias de envejecimiento activo.
- Diseñar iniciativas que fomenten la inclusión social y prevengan el aislamiento mediante actividades físicas.
- Concienciar sobre los beneficios y la importancia de la actividad física para las personas mayores.
- Desarrollar competencias para involucrar a las personas mayores en actividades físicas.
- Adquirir habilidades para implicar a las comunidades en la planificación de actividades físicas/deportivas adaptadas a las necesidades de la población mayor.
- Elaborar planes individualizados y centrados en la persona que respondan a las necesidades específicas de las personas mayores en actividades físicas.

**CONTENIDOS****Unidad de aprendizaje 1 : Introducción y bienvenida**

Conocer el resto de participantes e identificar sus expectativas.

Crear un ambiente de formación acogedor y propicio para el aprendizaje.

Presentar el programa de formación y explicar sus objetivos.

Unidad de aprendizaje 2 : Promover un envejecimiento saludable

El papel de la actividad física en la mejora de la movilidad, el bienestar y las funciones cognitivas

- **Envejecimiento:** factores físicos y funcionales a tener en cuenta y obstáculos para la actividad física.
- **Modelo de envejecimiento activo y saludable de la OMS:** la actividad física como elemento clave de esta estrategia
- **Beneficios físicos:** mejora de la movilidad, la fuerza y la salud general.
- **Beneficios psicológicos:** reducción del estrés, mejora del estado de ánimo, disminución de la ansiedad y la depresión, fortalecimiento de la autoestima y de las relaciones sociales.
- **Beneficios sociales:** favorece el encuentro con otras personas, crea rutinas y promueve el sentido de pertenencia.
- **Beneficios cognitivos:** mejora de la memoria, el aprendizaje, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas mediante mecanismos como la neurogénesis y la neuroplasticidad. La actividad física también sirve de apoyo en el manejo de enfermedades neurodegenerativas y deterioro cognitivo.

Unidad de aprendizaje 3 : Adaptar la actividad física para todas las personas**Actividades físicas adaptadas a diferentes edades y capacidades:**

- **Actividad inclusiva:** adaptación de las actividades físicas a distintas condiciones físicas.
- **Actividades físicas adaptadas según intensidad:** baja, moderada y alta.
- **Actividades individuales:** bicicleta estática, marcha, yoga, tai chi, etc.
- **Actividades en grupo:** marcha nórdica, gimnasia suave, pilates, aquagym, danza, juegos de equipo, petanca, etc.
- **Actividades adaptadas:** baskin, yoga en silla, y actividades adaptadas como la gimnasia, la natación, el tai chi, etc.

Unidad de aprendizaje 4 : Tecnología y actividad física

Uso de dispositivos electrónicos portátiles y de **realidad virtual (RV)** y **realidad aumentada (RA)** para ofrecer experiencias deportivas inmersivas a personas con limitaciones físicas.

Unidad de aprendizaje 5 : Involucrar a las personas mayores en la actividad física**Estrategias, participación comunitaria y actividades inclusivas**

- **Estrategias para implicar a las personas mayores en actividades**
- Reconocer la importancia de la comunicación y del apoyo social.
- Analizar testimonios de participantes y casos de éxito.
- **Fomentar la participación comunitaria en actividades físicas**
- Conocer la Carta de Toronto sobre la actividad física.



- Elaborar un plan de acción para implementar actividades físicas en la comunidad.
- Promover la intergeneracionalidad en la actividad física: ejemplo práctico de actividad física comunitaria e inclusiva como la marcha activa.

Unidad final: Cierre de la formación

- Resumen de los principales contenidos.
- Evaluación cualitativa/cuantitativa de la formación.
- Próximos pasos: oportunidades y posibilidades para futuros estudios o acciones.

SUGERENCIAS METODOLÓGICAS PARA LA EVALUACIÓN

Indicadores y resultados esperados

- Retroalimentación durante la formación
- Participación durante la formación
- Descripción de situaciones sin emitir juicios
- Identificación de las necesidades de las personas mayores durante los ejercicios prácticos
- Actividades diseñadas durante los ejercicios prácticos

Evaluación inicial

- Valoración de los conocimientos previos de las personas participantes.

Evaluación intermedia

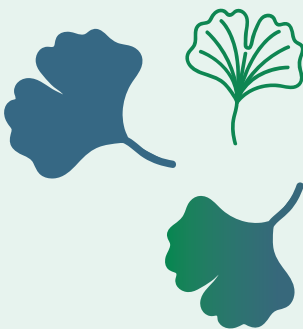
- Observación de las actividades en grupo
- Debates y reflexiones sobre lo aprendido
- Debates y reflexiones sobre los casos prácticos y los ejercicios prácticos

Evaluación final

- Cuestionario/ prueba sobre los aspectos teóricos.
- Desarrollo de un proyecto.
- Estudio de caso: análisis y propuestas de soluciones para los ejercicios prácticos y los estudios de caso.



Para más información...



REFERENCIAS

- Fassina M. (2022). *Sport e inclusione sociale: esperienza etnografica di un giocatore di basket*. Edizioni Epoké.
- Javadzade N, Esmaeili S. V., Omranifard V., & Zargar F. (2024). Effect of mindfulness-based stress reduction (MBSR) program on depression, emotion regulation, and sleep problems: A randomized controlled trial study on depressed elderly. *BMC Public Health*. 24(1), 271. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17759-9>
- WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240015128>
- Carr, K., Smith, K., Weir, P., & Horton, S. (2018). Sport, physical activity, and aging: Are we on the right track? In R. Dionigi & M. Gard (Eds.), *Sport and physical activity across the lifespan*. Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1057/978-1-137-48562-5_17
- Happy Ageing. (2024). *Libro bianco sull'attività fisica per l'invecchiamento in salute*. <https://www.happyageing.it/wp-content/uploads/2024/09/Libro-Bianco-attivita-fisica-invecchiamento-in-salute.pdf>

BUENAS PRÁCTICAS

Véase el apartado 4 en la Guía Práctica: Envejecimiento activo

Contexto	58
Acti Duo	60
Paseos en grupo	63

Módulo 5

Intergeneracionalidad



PÚBLICO DESTINATARIO

- Estudiantes y personas en formación (formación profesional, universidad)
- Profesionales del ámbito de la salud y los servicios sociales
- Personas voluntarias que participan en el acompañamiento o apoyo a personas en situación de vulnerabilidad
- Personas cuidadoras no profesionales
- Personas cuidadoras del entorno familiar
- Personas mayores



DURACIÓN

De 2 a 20 horas, ajustable según las necesidades del grupo.



ESPACIOS

- Aula con sillas móviles.



HERRAMIENTAS

- Ordenador
- Proyector
- Presentaciones de diapositivas
- Casos prácticos
- Internet



ENFOQUE PEDAGÓGICO

- Formación presencial
- Formación en línea
- Formación mixta



EQUIPO DOCENTE

Personas expertas en pedagogía, psicología y trabajo social, con experiencia en dinámicas intergeneracionales.



DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

MÉTODOS

- Sesiones interactivas con debates en grupo.
- Estudio de casos e intercambio de buenas prácticas.
- Juegos de rol.
- Reflexión y análisis de experiencias reales.
- Talleres interactivos



OBJETIVOS Y FINALIDADES DEL APRENDIZAJE

- Promover la comprensión y el diálogo entre generaciones.
- Ampliar el conocimiento sobre las características de las distintas generaciones.
- Desarrollar la capacidad de identificar y analizar estereotipos asociados a diferentes etapas de la vida.
- Fortalecer las habilidades de observación para comprender mejor las perspectivas y necesidades de otras generaciones.
- Mejorar la capacidad de adoptar la perspectiva de otra generación.
- Desarrollar competencias para diseñar e implementar intervenciones y proyectos intergeneracionales.



CONTENIDOS

Unidad de aprendizaje 1: Introducción y bienvenida

Conocer el resto de participantes e identificar sus expectativas.
Crear un ambiente de formación acogedor y propicio para el aprendizaje.
Presentar el programa de formación y explicar sus objetivos.

Unidad de aprendizaje 2: Definir la intergeneracionalidad

El desarrollo como proceso de por vida (Baltes, 1987): analizar el desarrollo a lo largo de toda la vida, con especial atención a la tercera edad como fase continua con etapas anteriores, destacando la perspectiva del ciclo de vida y el aprendizaje permanente como elementos clave para fomentar la intergeneracionalidad.

Deconstrucción de estereotipos y reconstrucción de roles intergeneracionales: Cuestionar las ideas rígidas que asocian roles y expectativas específicas a etapas definidas de la vida, resaltando la naturaleza continua del crecimiento personal. Superar la visión estática de las edades (jóvenes como aprendices y personas mayores como docentes), fomentando un descubrimiento mutuo entre generaciones basado en la disposición genuina a aprender unas de otras.

Unidad de aprendizaje 3: Cooperación intergeneracional

Explorar cómo el diálogo intergeneracional genera espacios de inclusión y renovación, apoyando el proceso de envejecimiento y promoviendo el empoderamiento social (Nussbaum & Levmore, 2019).

Analizar cómo las personas y las comunidades desarrollan competencias para contribuir activamente a contextos relacionales de alta calidad.

Destacar el poder del pensamiento colectivo para compartir y ampliar recursos y posibilidades, al tiempo que se reconocen fragilidades y desafíos.

Unidad de aprendizaje 4: Estrategias e intervenciones intergeneracionales

Impacto de este tipo de intervenciones en el aislamiento social y la soledad: destacar cómo las intervenciones intergeneracionales pueden reducir el aislamiento social y mejorar los indicadores de soledad, fomentando conexiones más sólidas entre generaciones.

Cómo diseñar y estructurar intervenciones intergeneracionales:

- Diseñar intervenciones basadas en experiencias de aprendizaje compartido, relaciones de mentoría y proyectos colaborativos para facilitar la interacción y la construcción de relaciones entre generaciones.
- Adaptar las estrategias a las necesidades específicas de distintos grupos, como personas que experimentan soledad, residentes en centros residenciales o personas que viven de manera independiente.
- Adquirir competencias para equilibrar los programas a corto plazo que responden a necesidades sociales inmediatas y los programas a largo plazo que fomentan conexiones duraderas y el entendimiento mutuo.

Unidad final: Cierre de la formación

- Resumen de los principales contenidos.
- Evaluación cualitativa/cuantitativa de la formación.
- Próximos pasos: oportunidades y posibilidades para futuros estudios o acciones.

SUGERENCIAS METODOLÓGICAS PARA LA EVALUACIÓN

Indicadores y resultados esperados

- Retroalimentación durante la formación.
- Participación durante la formación.

Evaluación inicial

- Valoración de los conocimientos previos de las personas participantes.

Evaluación intermedia

- Observación de las actividades en grupo
- Debates y reflexiones sobre lo aprendido
- Debates y reflexiones sobre los casos prácticos y los ejercicios prácticos

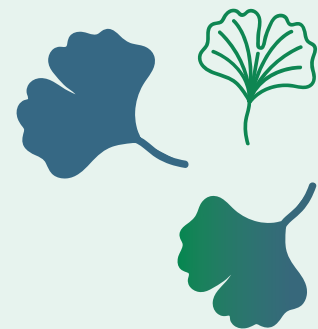
Evaluación final

- Cuestionario/ prueba sobre los aspectos teóricos.
- Desarrollo de un proyecto
- Estudio de caso: análisis y propuestas de soluciones para los ejercicios prácticos y los estudios de caso





Para más información...



REFERENCIAS

- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0012-1649.23.5.611>
- Kaplan, M., Sanchez, M., & Hoffman, J. (2017). Enfoques intergeneracionales para mantener la salud y el bienestar individuales. En M. Kaplan, M. Sánchez y J. Hoffman, *Vías intergeneracionales hacia una sociedad sostenible* (pp. 29–64). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-47019-1_3
- Nussbaum, M. C., & Levmore, S. (2019). *Envejecer con sabiduría: Diálogos sobre la vida, el amor y los remordimientos*. Il mulino.

BUENAS PRÁCTICAS

Véase el apartado 1 en la Guía Práctica: Proyectos intergeneracionales

Contexto	8
Jardin compartido	10
Viento en el cabello	13
Reconectados, la tecnología no tiene edad	16
Plumas de sabiduría	19
TOY	22

Módulo 6

Perspectiva biopsicosocial



**PÚBLICO DESTINATARIO**

- Estudiantes y personas en formación (formación profesional, universidad)
- Profesionales del ámbito de la salud y los servicios sociales
- Personas voluntarias que participan en el acompañamiento o apoyo a personas en situación de vulnerabilidad
- Personas cuidadoras no profesionales
- Personas cuidadoras del entorno familiar

**DURACIÓN**

De 2 a 20 horas, ajustable según las necesidades del grupo.

**ESPACIOS**

- Aula con sillas móviles.
- Centros externos de intervención social

**HERRAMIENTAS**

- Ordenador
- Proyector
- Presentaciones de diapositivas
- Casos prácticos
- Internet

**ENFOQUE PEDAGÓGICO**

- Formación presencial
- Formación en línea
- Formación mixta

**EQUIPO DOCENTE**

Personas expertas en intervención social, profesionales socioeducativos y de la salud (enfermería, trabajo social, educación social, pedagogía, etc.), con experiencia en proyectos que integren enfoques innovadores y multidimensionales, considerando aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA****MÉTODOS**

- Desarrollo del contenido de la formación a partir de fichas conceptuales, lecturas y estudios de casos.
- Trabajo en grupo para resolver los casos prácticos.
- Debates en clase sobre los aspectos teóricos y las lecturas.
- Análisis de vídeos.

**OBJETIVOS Y FINALIDADES DEL APRENDIZAJE**

- Desarrollar conocimientos y habilidades en el enfoque biopsicosocial para mejorar el bienestar y diseñar intervenciones eficaces para el envejecimiento activo.
- Analizar los fundamentos teóricos del enfoque biopsicosocial para mejorar el bienestar de las personas, especialmente de las personas mayores.
- Adquirir conocimientos profundos sobre métodos y enfoques de intervención biopsicosocial para aplicarlos de manera efectiva en contextos específicos.
- Desarrollar competencias para realizar evaluaciones biopsicosociales completas de personas mayores.
- Mejorar la capacidad de diseñar e implementar intervenciones específicas que promuevan el envejecimiento activo dentro de un marco comunitario e integrado.
- Adquirir herramientas para planificar evaluaciones de intervenciones desde un enfoque biopsicosocial.
- Diseñar intervenciones que promuevan el envejecimiento activo desde un enfoque integral, con perspectiva de género y de equidad, y basadas en el trabajo en red.

**CONTENIDOS****Unidad de aprendizaje 1: Introducción y bienvenida**

Conocer el resto de participantes e identificar sus expectativas.

Crear un ambiente de formación acogedor y propicio para el aprendizaje.

Presentar el programa de formación y explicar sus objetivos.

Unidad de aprendizaje 2: La perspectiva biopsicosocial en la salud y el bienestar de las personas mayores

Introducción a la perspectiva biopsicosocial (véase el concepto clave): definición y principios básicos (modelo biopsicosocial de Engel).

Comparación y aportaciones (valor añadido) con respecto a otros modelos, como el modelo biomédico: ventajas de un enfoque holístico.

Otros enfoques o modelos teóricos relacionados: determinantes sociales de la salud, perspectiva del envejecimiento activo y del enfoque del ciclo de vida, cuidados centrados en la persona para la salud y el bienestar.

Unidad de aprendizaje 3: Interacción entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales

Variables biológicas, psicológicas y sociales que influyen en el bienestar y la salud de la población: genética, funcionamiento fisiológico, estado de salud, hábitos de vida, estabilidad emocional, interacciones personales y familiares, situación socioeconómica, contexto cultural, entre otros.

Interacción intrínseca entre variables: análisis de cómo diferentes factores afectan la calidad de vida, por ejemplo, la relación entre enfermedades crónicas y salud mental, el deterioro cognitivo y el aislamiento social creciente, o los recursos económicos limitados y la salud física y mental. Se aborda cómo estos factores están interconectados y contribuyen al bienestar general.

Rol de los determinantes sociales de la salud: influencia en la aparición y manejo de enfermedades desde la perspectiva de las desigualdades sociales.

Unidad de aprendizaje 4 : Intervención social y sanitaria desde un enfoque biopsicosocial

Intervenciones desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad: por ejemplo, mediante recursos comunitarios que favorezcan la socialización y la participación social, impactando positivamente en la salud y el bienestar de las personas.

Intervenciones con un enfoque integrado y holístico:

- Análisis integral de los diagnósticos sociales y de salud.
- Planificación colaborativa y atención a los itinerarios de cuidado junto con otros agentes implicados y con la participación de la persona.
- Coordinación multidisciplinaria y trabajo en red entre entidades y personas involucradas en los procesos de atención.
- Cuidado y apoyo a las personas cuidadoras.

Identificación de ejemplos de buenas prácticas en intervenciones psicosociales o programas de atención integrada.

Unidad final: Cierre de la formación

- Resumen de los principales contenidos.
- Evaluación cualitativa/cuantitativa de la formación.
- Próximos pasos: oportunidades y posibilidades para futuros estudios o acciones.

SUGERENCIAS METODOLÓGICAS PARA LA EVALUACIÓN

Indicadores y resultados esperados

- Las personas participantes amplían sus conocimientos tras la formación.
- Las personas participantes aplican lo aprendido en ejercicios prácticos en el aula.
- Las personas participantes se implican activamente en la formación.
- Las personas participantes muestran satisfacción con el contenido y el desarrollo de la formación.
- Aplicación de las teorías a la resolución de casos prácticos.
- Análisis de los casos prácticos desde un enfoque biopsicosocial.
- Propuestas de intervención según un enfoque biopsicosocial.

Evaluación inicial

- Valoración de los conocimientos previos de las personas participantes.

Evaluación intermedia

- Observación de las actividades.
- Análisis de los casos prácticos.
- Debates.

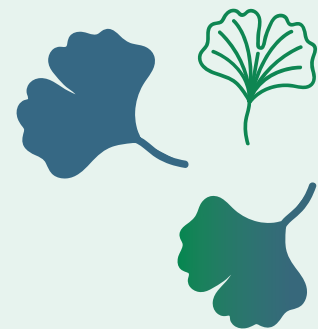
Evaluación final

- Cuestionario/ prueba sobre los aspectos teóricos.
- Propuesta de resolución de casos prácticos.
- Participación activa en las actividades.





Para más información...



REFERENCIAS

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.
- Ding, L., Dai, R., Qian, J., Zhang, H., Miao, J., Wang, J. Tan, X. & Li, Y. (2024). Dimensiones psicosociales del riesgo cardiovascular: exploración del impacto del aislamiento social y la soledad en adultos de mediana edad y mayores. *BMC Public Health*, 24, 2355 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19885-w>
- George, L. K., & Ferraro, K. F. (Eds.). (2015). *Manual sobre el envejecimiento y las ciencias sociales* Academic Press.

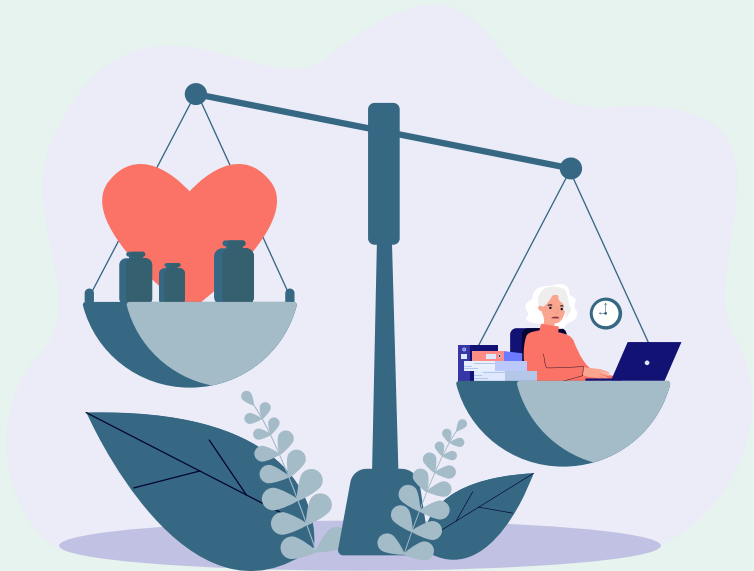
BUENAS PRÁCTICAS

Véase el apartado 2 en la Guía Práctica:
Coordinación sociosanitaria y comunitaria en la atención y cuidado a las personas mayores

Contexto	26
Trabajo comunitario en Bortziriak	29
Coordinación sociosanitaria Una experiencia dirigida a los profesionales de la salud y los servicios sociales	32
Coordinación sociosanitaria a domicilio: un centro comunitario de recursos	35
Servicio de Atención Territorial Integrada en Centros Comunitarios de Salud	39

Módulo 7

Promoción de la calidad de vida y el bienestar de personas cuidadoras y profesionales
(prevención del síndrome de desgaste profesional)





PÚBLICO DESTINATARIO

- Estudiantes y personas en formación (formación profesional, universidad)
- Profesionales del ámbito de la salud y los servicios sociales
- Personas voluntarias que participan en el acompañamiento o apoyo a personas en situación de vulnerabilidad
- Personas cuidadoras no profesionales
- Personas cuidadoras del entorno familiar



DURACIÓN

De 2 a 20 horas, ajustable según las necesidades del grupo.



ESPACIOS

- Aula con sillas móviles.
- Centros externos de intervención social



HERRAMIENTAS

- Ordenador
- Proyector
- Presentaciones de diapositivas
- Casos prácticos
- Internet



ENFOQUE PEDAGÓGICO

- Formación presencial
- Formación en línea
- Formación mixta



EQUIPO DOCENTE

Personas expertas en psicología y gestión (responsables de departamento o dirección), con conocimiento profundo del sector y de los actores implicados en la prevención del aislamiento social, así como en los procesos de desgaste profesional y las medidas para su prevención.



DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

MÉTODOS

- Sesiones teóricas y prácticas.
- Trabajos en grupos.
- Aprendizaje activo.
- Simulaciones de situaciones de comunicación.
- Juegos de rol con ejercicios de respiración y relajación.



OBJETIVOS Y FINALIDADES DEL APRENDIZAJE

- Identificar los factores de riesgo y las señales de alerta del desgaste profesional.
- Proponer medidas de prevención a nivel individual y colectivo.
- Aplicar estrategias de gestión que promuevan la calidad de vida en el trabajo.



CONTENIDOS

Unidad de aprendizaje 1 : Introducción y bienvenida

Conocer el resto de participantes e identificar sus expectativas. Crear un ambiente de formación acogedor y propicio para el aprendizaje. Presentar el programa de formación y explicar sus objetivos.

Unidad de aprendizaje 2 : Las tres dimensiones del desgaste profesional

Definición de causas y síntomas del desgaste, boreout y brownout.

Diferencia entre estrés, depresión y burnout.

Dimensiones del burnout según Maslach: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Proceso de desarrollo del burnout: mecanismos psicológicos y fisiológicos.

Factores de riesgo específicos de profesiones de «ayuda»: carga emocional, confrontación con sufrimiento y muerte, desajuste entre expectativas ideales y realidad, responsabilidades, falta de reconocimiento y apoyo.

Unidad de aprendizaje 3 : Estrés en la vida laboral cotidiana

Definición y señales de alerta:

- **Síntomas físicos:** fatiga, trastornos del sueño, tensión, dolores musculares, problemas digestivos, variaciones de peso.
- **Síntomas emocionales:** irritabilidad, cinismo, distanciamiento, ansiedad, pérdida de motivación.
- **Síntomas conductuales:** aislamiento social, evitación, absentismo, retrasos, consumo excesivo de sustancias (café, alcohol, medicamentos).

Herramientas de evaluación del burnout: Maslach Burnout Inventory (MBI), cuestionario de Karasek, Copenhagen Burnout Inventory (CBI).

Prevención para el equipo profesional: gestión del estrés, inteligencia emocional, asertividad, comunicación, hábitos de vida saludables.

Prevención para el personal directivo: evaluación periódica de riesgos psicosociales, formación en gestión del estrés, foros de análisis de situaciones profesionales, reconocimiento y relaciones colaborativas.

Unidad de aprendizaje 4 : Calidad de vida en el trabajo

Responsabilidades de las personas empleadoras: Obligación de seguridad y prevención de riesgos laborales (riesgos psicosociales, ergonomía). Diálogo social, calidad de vida y condiciones de trabajo.

Responsabilidades de las personas empleadas: Cumplimiento de las instrucciones de seguridad y los procesos. Notificación de situaciones de riesgo y propuestas para mejorar las condiciones de trabajo.

Estrategias de gestión y herramientas: encuestas, entrevistas, indicadores de RR. HH., adaptaciones organizativas (flexibilidad, teletrabajo, espacios de trabajo), gobernanza compartida.

El equipo como factor protector: cohesión, ayuda mutua, intercambio de conocimientos y buenas prácticas, gestión de conflictos.

Sentido y reconocimiento en el trabajo: valores, visión de la organización, desarrollo profesional, empoderamiento, contribución a proyectos.

Unidad de aprendizaje 5 : Enfoque específico en la calidad de vida en el trabajo

Impacto de los estereotipos de género:

- Deconstrucción de prejuicios sobre cualidades “femeninas” y “masculinas” en profesiones de cuidado y asistencia.
- Comunicación inclusiva en contratación y gestión de RR. HH.
- Valoración de la diversidad de competencias más allá del género.
- Lucha contra la autocensura en profesiones tradicionalmente asociadas a un género.
- Análisis del impacto de estereotipos de género en trayectorias y evolución profesional.

Impacto de tecnologías digitales e inteligencia artificial:

- Ventajas: optimización de planificación, transmisión de información.
- Puntos de vigilancia: derecho a la desconexión, heterogeneidad de competencias, aspectos éticos.

Unidad final: Cierre de la formación

- Resumen de los principales contenidos.
- Evaluación cualitativa/cuantitativa de la formación.
- Próximos pasos: oportunidades y posibilidades para futuros estudios o acciones.

SUGERENCIAS METODOLÓGICAS PARA LA EVALUACIÓN

Indicadores y resultados esperados

- Adquisición y desarrollo de nuevos conocimientos.
- Consecución de los objetivos pedagógicos fijados.
- Capacidad para poner en práctica los conocimientos adquiridos.
- Aplicación de los aprendizajes en el entorno profesional.
- Impacto en las prácticas colectivas del equipo.
- Comprensión de los conceptos clave relacionados con la calidad de vida en el trabajo.
- Conocimiento de los factores que influyen en el bienestar laboral.
- Dominio de las herramientas y métodos para mejorar la calidad de vida en el trabajo.
- Comprensión de los aspectos legales y normativos relacionados con el bienestar en el trabajo.
- Identificar las fuentes de estrés y malestar en el trabajo.
- Tomar medidas concretas para mejorar el entorno laboral.
- Comunicarse de manera eficaz sobre cuestiones de bienestar con el equipo profesional y directivo.

Evaluación inicial

- Valoración de los conocimientos previos de las personas participantes.

Evaluación intermedia

- Observación de las actividades.
- Análisis de casos prácticos.
- Debates.

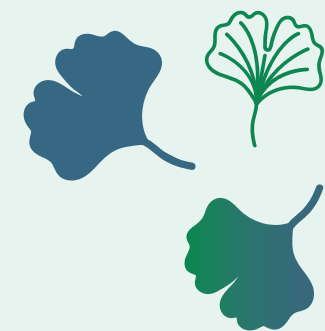
Evaluación final

- Cuestionario/ prueba sobre los aspectos teóricos.
- Propuesta de resolución de casos prácticos.
- Participación en las actividades.





Para más información...



REFERENCIAS

- WHOQoL Group. (1993). Protocolo de estudio para el proyecto de la Organización Mundial de la Salud destinado a desarrollar un instrumento de evaluación de la calidad de vida (WHOQOL). *Quality of life Research*, 2, 153-159.
- PROJET I-MANO — de Gérontopôle, busca innovar en la gestión y organización de los servicios para personas mayores; más información en su web: <https://gerontopole-na.fr/projets/i-mano/>

BUENAS PRÁCTICAS

Véase el apartado 6 en la Guía Práctica: Calidad de vida y bienestar de las personas cuidadoras

Contexto	87
Viernes de bienestar “Cuerpo y salud: me muevo, como bien, vivo mejor”.	89
Formación TAKE CARE: Cuidar a las personas que cuidan	92
Centro rural de atención diurna	95
OKencasa: apoyo psicosocial para personas cuidadoras familiares de personas mayores dependientes	98
Herramienta para evaluar y prevenir el riesgo de burnout: Ayudo, me evalúo	101
Servicio de escucha y apoyo	103
Espacio de escucha “Nosotras, las personas cuidadoras”	107
Servicio de respiro	111

Módulo 8

Trabajo en red e intervenciones comunitarias



**PÚBLICO DESTINATARIO**

- Estudiantes y personas en formación (formación profesional, universidad)
- Profesionales del ámbito de la salud y los servicios sociales
- Personas voluntarias que participan en el acompañamiento o apoyo a personas en situación de vulnerabilidad

**DURACIÓN**

De 2 a 20 horas, ajustable según las necesidades del grupo.

**ESPACIOS**

- Aula con sillas móviles.
- Centros externos de intervención social

**HERRAMIENTAS**

- Ordenador
- Proyector
- Presentaciones de diapositivas
- Casos prácticos
- Internet

**ENFOQUE PEDAGÓGICO**

- Formación presencial
- Formación en línea
- Formación mixta

**EQUIPO DOCENTE**

Personas expertas en intervención social, comunitaria y sanitaria (trabajo social, educación social, enfermería, etc.), con conocimientos en proyectos de desarrollo comunitario, acción social y trabajo en red.

**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA****MÉTODOS**

- Análisis de buenas prácticas.
- Aportaciones teóricas mediante recursos multimedia.
- Simulación del entorno de intervención.
- Estudio de casos prácticos.
- Trabajo en grupo para la planificación de proyectos.
- Elaboración de herramientas analíticas: DRAPFO (Fortalezas, Debilidades, Oportunidades, Amenazas, Potencial) y sociograma.
- Práctica de ejecución de proyectos y evaluación de impacto.

**OBJETIVOS Y FINALIDADES DEL APRENDIZAJE**

- Adoptar un enfoque local, basándose en el trabajo en red, para promover una ciudadanía activa basada en los recursos y oportunidades locales.
- Aprender los principios de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de un proyecto de intervención comunitaria.
- Adquirir metodologías y herramientas para la intervención intergeneracional y comunitaria.
- Desarrollar un proyecto de intervención comunitaria en función de las necesidades identificadas en el territorio.
- Contextualizar y evaluar las implicaciones de un proyecto de intervención.

**CONTENIDOS****Unidad de aprendizaje 1 : Introducción y bienvenida**

Conocer el resto de participantes e identificar sus expectativas. Crear un ambiente de formación acogedor y propicio para el aprendizaje. Presentar el programa de formación y explicar sus objetivos.

Unidad de aprendizaje 2 : El enfoque comunitario en los nuevos modelos de atención

Introducción al enfoque comunitario: definición y características principales.

Evolución de las orientaciones políticas e institucionales hacia modelos de atención comunitarios y corresponsables, evitando la institucionalización de las personas que necesitan apoyo o cuidados.

Unidad de aprendizaje 3 : Beneficios del modelo comunitario y del trabajo en red**Beneficios de la atención en la comunidad, por ejemplo:**

- El territorio y la comunidad como contexto de intervención preventiva y de reducción de las desigualdades sociales.
- Recursos y servicios comunitarios para prevenir el aislamiento y la soledad no deseada de las personas mayores.
- Disponibilidad de apoyos y recursos en el entorno inmediato de la persona para facilitar su proyecto vital, promover su autonomía e inclusión social.
- Intervenciones comunitarias para generar entornos de cuidados (por ejemplo, ciudades amigables con las personas mayores).

Beneficios de la colaboración entre los agentes del sistema de cuidados, por ejemplo:

- Atención integrada y continuada gracias a la colaboración entre los agentes comunitarios.
- Mayor eficacia en el uso de los recursos gracias a servicios coordinados.
- Fortalecimiento de la red de apoyo social en los territorios.

Unidad de aprendizaje 4 : Proyectos e intervenciones comunitarias

Principios del trabajo en red: participación, colaboración, corresponsabilidad, etc.

Estrategias, procesos y herramientas metodológicas para la intervención comunitaria.

- Diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de proyectos comunitarios.
- Creación de alianzas y colaboración intersectorial.
- Estrategias de intervención intergeneracional.
- Sensibilidad intercultural en la gestión de redes y proyectos en comunidades diversas.

Identificación de buenas prácticas a nivel europeo para proyectos preventivos llevados a cabo en contextos comunitarios.

Unidad final: Cierre de la formación

- Resumen de los principales contenidos.
- Evaluación cualitativa/cuantitativa de la formación.
- Próximos pasos: oportunidades y posibilidades para futuros estudios o acciones.



SUGERENCIAS METODOLÓGICAS PARA LA EVALUACIÓN

Indicadores y resultados esperados

- Las personas participantes amplían sus conocimientos tras la formación.
- Las personas participantes aplican lo aprendido en ejercicios prácticos durante la formación.
- Las personas participantes se implican activamente en el aprendizaje.
- Las personas participantes están satisfechas con el contenido y el desarrollo de la formación recibida.
- Comprensión, interpretación y aplicación de los conceptos básicos relacionados con el proyecto.
- Conocimiento del territorio de intervención y de sus recursos.
- Competencias en la aplicación de las herramientas metodológicas.
- Capacidad para desarrollar las diferentes fases del proyecto comunitario: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Evaluación inicial

- Valoración de los conocimientos previos de las personas participantes.

Evaluación intermedia

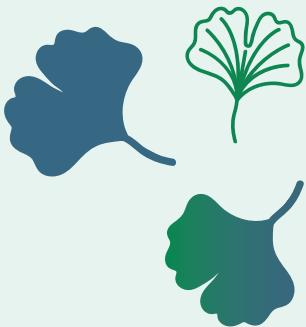
- Observación de las actividades.
- Análisis de los casos prácticos.
- Debates.

Evaluación final

- Cuestionario/ prueba sobre los aspectos teóricos.
- Propuesta de resolución de casos prácticos.
- Participación en las actividades.



Para más información...



REFERENCIAS

- Brenner, J. & Haaken, J. (2000). Utopian thought: Revisioning gender, family, and community. *Community, Work & Family*, 3(3), 333-347. <https://doi.org/10.1080/13668800020006839>
- European Comission (2017). *El pilar europeo de derechos sociales*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Spade, D. (2020). *Mutual Aid: Building Solidarity during This Crisis (and the Next)*, London: Verso.

BUENAS PRÁCTICAS

Véase el apartado 5 en la Guía Práctica: Hábitat

Contexto	76
Hogar familiar	78
Un espacio vital individual dentro de una comunidad	81
Viviendas intergeneracionales: KUVU, una plataforma de convivencia	84

Taller A

Taller de comunicación narrativa: contar historias a través del vídeo



PÚBLICO DESTINATARIO

- Estudiantes y personas en formación (formación profesional, universidad)
- Profesionales del ámbito de la salud y los servicios sociales
- Personas voluntarias que participan en el acompañamiento o apoyo a personas en situación de vulnerabilidad
- Personas cuidadoras no profesionales
- Personas cuidadoras del entorno familiar
- Personas mayores



DURACIÓN

- 2 horas para la presentación de la actividad y la entrega de indicaciones.
- 4 horas para la realización de la entrevista y el montaje del vídeo.



ESPACIOS

- Sala de formación.
- Entorno cómodo para la grabación de las entrevistas.



HERRAMIENTAS

- Ordenador
- Proyector
- Presentaciones de diapositivas
- Casos prácticos
- Internet
- Teléfono inteligente o cámara



ENFOQUE PEDAGÓGICO

- Formación presencial
- Formación en línea
- Formación mixta



EQUIPO DOCENTE

Personas expertas en comunicación, psicología, pedagogía o trabajo social.



DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

MÉTODOS

- Sesiones interactivas.
- Grupos de debate.
- Lluvia de ideas.
- Juegos de rol.
- Ejercicios prácticos/simulaciones.
- Práctica con herramientas técnicas.



OBJETIVOS Y FINALIDADES DEL APRENDIZAJE

- Comprender los conceptos de aislamiento social y soledad en personas mayores, así como la relevancia de la solidaridad intergeneracional, la inclusión social y el diálogo intercultural para abordar estas situaciones.
- Desarrollar habilidades para conectar con personas mayores y comprender sus necesidades mediante entrevistas en vídeo, poniendo énfasis en crear un entorno empático, formular preguntas abiertas y gestionar los aspectos técnicos.
- Fomentar un enfoque respetuoso y empático en el trabajo con personas mayores, prestando atención a sus experiencias y valorando la conexión comunitaria y la inclusión social.



REQUISITO PREVIO

Esta actividad requiere conocimientos previos; se recomienda haber completado los siguientes módulos con anterioridad:

- **Módulo 1:** Envejecimiento, edadismo, estereotipos y prejuicios.
- **Módulo 2:** Factores de protección y de riesgo del aislamiento social.
- **Módulo 3:** Comunicación con los grupos destinatarios de la intervención
- **Módulo 5:** Intergeneracionalidad.

CONTENIDOS

Unidad de aprendizaje 1 : Introducción y bienvenida

Conocer el resto de participantes e identificar sus expectativas.
Crear un ambiente de formación acogedor y propicio para el aprendizaje.
Presentar el programa de formación y explicar sus objetivos.

Unidad de aprendizaje 2 : Planificación de la entrevista

Identificación de una buena práctica o un proyecto local significativo.
Recopilación de información detallada y contacto con las personas responsables del proyecto.
Definición y comunicación del objetivo de la entrevista.
Obtención de los consentimientos informados necesarios.

Unidad de aprendizaje 3 : Preparación del marco de la entrevista

Creación de un guion o storyboard para la entrevista.
Preparación del equipo técnico (micrófono, iluminación, ubicación).

Unidad de aprendizaje 4 : Realización de la entrevista en vídeo

Crear un ambiente acogedor y cordial. Aplicar los principios de la escucha activa y empática, siguiendo la estructura de la entrevista y respetando el tiempo y las necesidades de la persona entrevistada. Concluir de forma reflexiva, garantizando un final adecuado y atento.

Unidad de aprendizaje 5 : Edición

Uso de herramientas de edición: recortar preguntas, insertar diapositivas, gestionar distintos idiomas, añadir subtítulos, aplicar transiciones y completar el renderizado

Unidad final: Cierre de la formación

- Resumen de los principales contenidos.
- Evaluación cualitativa/cuantitativa de la formación.
- Próximos pasos: oportunidades y posibilidades para futuros estudios o acciones.



SUGERENCIAS METODOLÓGICAS PARA LA EVALUACIÓN

Indicadores y resultados esperados

- Retroalimentación durante la actividad.
- Participación activa de los participantes.
- Capacidad para identificar las necesidades de las personas mayores durante los ejercicios prácticos.
- Uso de técnicas de escucha activa durante los ejercicios.

Evaluación inicial

- Valoración de los conocimientos previos de las personas participantes.

Evaluación intermedia

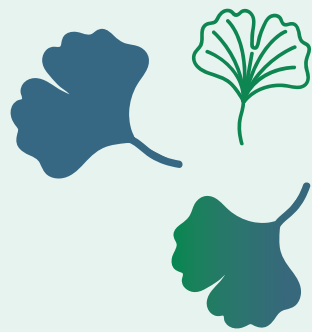
- Observación de las actividades en grupo.
- Debates y reflexiones sobre lo aprendido.
- Análisis de los casos prácticos y los ejercicios prácticos.

Evaluación final

- Cuestionario/prueba sobre el contenido teórico de la actividad.
- Herramienta cualitativa para analizar la satisfacción de las personas participantes.
- Debates y reflexiones sobre lo aprendido.
- Casos prácticos: análisis y propuestas de soluciones adecuadas.



Para más información...



REFERENCIAS

- Brenner, J. & Haaken, J. (2000). Utopian thought: Revisioning gender, family, and community. *Community, Work & Family*, 3(3), 333-347. <https://doi.org/10.1080/13668800020006839>
- Comisión Europea (2017). *El pilar europeo de derechos sociales*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Spade, D. (2020). *Mutual Aid: Building Solidarity during This Crisis (and the Next)*, London: Verso.

Taller B

Taller de comunicación narrativa: contar historias a través de la fotografía





PÚBLICO DESTINATARIO

- Estudiantes y personas en formación (formación profesional, universidad)
- Profesionales del ámbito de la salud y los servicios sociales
- Personas voluntarias que participan en el acompañamiento o apoyo a personas en situación de vulnerabilidad
- Personas cuidadoras no profesionales
- Personas cuidadoras del entorno familiar
- Personas mayores



DURACIÓN

- 2 horas para la presentación de la actividad y la entrega de indicaciones.
- 4 horas para la realización de la entrevista y la toma de fotos.



ESPACIOS

- Sala de formación.
- Entorno cómodo para la grabación de las entrevistas.



HERRAMIENTAS

- Ordenador
- Proyector
- Presentaciones de diapositivas
- Casos prácticos
- Internet
- Teléfono inteligente o cámara



ENFOQUE PEDAGÓGICO

- Formación presencial
- Formación en línea
- Formación mixta



EQUIPO DOCENTE

Personas expertas en comunicación, psicología, pedagogía o trabajo social.



DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

MÉTODOS

- Sesiones interactivas.
- Grupos de debate.
- Lluvia de ideas.
- Juegos de rol.
- Ejercicios prácticos/simulaciones.
- Práctica con herramientas técnicas.



OBJETIVOS Y FINALIDADES DEL APRENDIZAJE

- Comprender los principales desafíos asociados al aislamiento social y su impacto en las personas mayores, destacando el papel de los relatos y las narraciones visuales para combatir estereotipos y fomentar la inclusión social.
- Desarrollar habilidades para realizar entrevistas empáticas, recopilar historias e imágenes significativas, y crear un álbum de fotos que comunique de forma efectiva problemáticas sociales complejas mediante enfoques innovadores y sensibles.
- Fomentar una perspectiva empática, respetuosa y centrada en la persona al trabajar con personas mayores, priorizando su dignidad, comodidad y autonomía.



REQUISITO PREVIO

Esta actividad requiere conocimientos previos; se recomienda haber completado los siguientes módulos con anterioridad:

- **Módulo 1:** Envejecimiento, edadismo, estereotipos y prejuicios.
- **Módulo 2:** Factores de protección y de riesgo del aislamiento social.
- **Módulo 3:** Comunicación con los grupos destinatarios de la intervención.
- **Módulo 5:** Intergeneracionalidad.

CONTENIDOS

Unidad de aprendizaje 1: Introducción y bienvenida

Conocer el resto de participantes e identificar sus expectativas. Crear un ambiente de formación acogedor y propicio para el aprendizaje. Presentar el programa de formación y explicar sus objetivos.

Unidad de aprendizaje 2: Planificación de la entrevista

Seleccionar una historia significativa, recopilar información detallada, definir y comunicar los objetivos de la entrevista, considerar aspectos legales y de confidencialidad, organizar la logística y establecer objetivos narrativos y estilísticos.

Unidad de aprendizaje 3: Preparación del entorno

Preparar la sesión fotográfica, seleccionando imágenes que reflejen temas clave como el envejecimiento y el aislamiento. Instrucciones prácticas para capturar fotografías de calidad con teléfonos inteligentes, incluyendo iluminación, composición y estabilidad.

Unidad de aprendizaje 4: Realizar la entrevista y tomar fotografías

Crear un ambiente acogedor y comprensivo, aplicar escucha activa y empática, seguir la estructura de la entrevista respetando tiempo y necesidades de la persona participante, tomar fotografías significativas y concluir de manera reflexiva y respetuosa.

Unidad de aprendizaje 5: Diseño gráfico

Uso de herramientas de edición: para retocar fotografías, maquetar fotos y textos y armonizar el conjunto visual para comunicar eficazmente la narrativa.

Unidad final: Cierre de la formación

- Resumen de los principales contenidos.
- Evaluación cualitativa/cuantitativa de la formación.
- Próximos pasos: oportunidades y posibilidades para futuros estudios o acciones.



SUGERENCIAS METODOLÓGICAS PARA LA EVALUACIÓN

Indicadores y resultados esperados

- Retroalimentación durante la actividad.
- Participación activa de los participantes.
- Capacidad para identificar las necesidades de las personas mayores durante los ejercicios prácticos.
- Uso de técnicas de escucha activa durante los ejercicios.

Evaluación inicial

- Valoración de los conocimientos previos de las personas participantes.

Evaluación intermedia

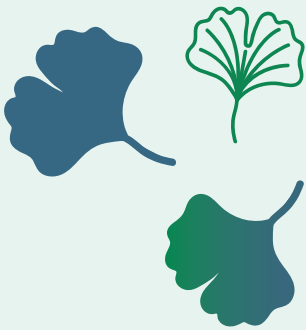
- Observación de las actividades en grupo.
- Debates y reflexiones sobre lo aprendido.
- Análisis de los casos prácticos y los ejercicios prácticos.

Evaluación final

- Cuestionario/prueba sobre el contenido teórico de la actividad.
- Herramienta cualitativa para analizar la satisfacción de las personas participantes.
- Debates y reflexiones sobre lo aprendido.
- Casos prácticos: análisis y propuestas de soluciones adecuadas.



Para más información...



REFERENCIAS

- Naughton-Doe, R., Barke, J., Manchester, H., Willis, P. y Wigfield, A. (2024). Cuestiones éticas al entrevistar a personas mayores sobre la soledad: reflexiones y recomendaciones para un enfoque metodológico eficaz. *Ageing and Society*, 44(7), 1681–1699. doi:10.1017/S0144686X2200099X