

**EVOLUCION DE LA CASA DE MAYORES**  
**ASOCIACIÓN CICERÓN. TORRIJOS. ESPAÑA**  
**1983 – 2.001**

Esteban Merchán.

BRUXELAS, Febrero del 2001

L' ANTENNE ANDROMEDE

Mi agradecimiento personal a los organizadores de este seminario y especialmente a Mari-Anne Baert y Mari-Claire Giard por un doble motivo:

\* Por permitirme compartir con vds. esta jornada de trabajo.

\*Por haberme invitado a reflexionar sobre los 18 años de experiencia de la Asociación Cicerón.

Cicerón es una organización no gubernamental, independiente y sin ánimo de lucro. Su actividad principal es facilitar alojamiento normalizado (no especializado) a personas ancianas en la Casa de Mayores que tiene en Torrijos.

Torrijos es un pueblo de la provincia de Toledo en España, de 10.000 habitantes, cuya economía está basada en el comercio y la industria.

Desde el año 1.982, que se creó Cicerón, la Vivienda o Pequeña Unidad de Alojamiento ha experimentado cambios importantes, evolucionando en los aspectos

instrumentales (arquitectura, equipamiento, personal, etc.), pero manteniendo intactos los principios éticos y filosóficos que posibilitaron su nacimiento.

En la transparencia que tienen vds. en la pantalla he querido sintetizar los cambios producidos cronológicamente, analizando la evolución de los siguientes parámetros :

- 1.- Perfil de residentes.**
- 2.- Dinámica interna de funcionamiento.**
- 3.- Arquitectura del inmueble y equipamiento.**
- 4.- Financiación de la Casa.**
- 5.- Gestión.**
- 6.- Plantilla de trabajadores.**
- 7.- Percepción externa de la Casa. Imagen.**

Los cambios en la terminología utilizada cuando nos referimos a la Pequeña Unidad a lo largo de estos años, es un exponente de cómo ha evolucionado ésta:

Nace en los **años 80** con el nombre de **Vivienda Comunal de Ancianos**, recogiendo el espíritu de las viejas comunas libertarias, donde la libertad y la democracia se practican en su más noble pureza. La vida comunal predomina sobre la individualidad.

Por influencia de la administración, en los **años 90** se cambió el término a otro menos “revolucionario” (entre comillas), como es el de **Vivienda Compartida**. La participación real , democrática y el respeto a la individualidad determinan un estilo de convivencia .

Por último, en el **año 2000** se ha adoptado la denominación de **Casa de Mayores**, recordando las antiguas “Casas del Pueblo”, hoy reconvertidas en locales sindicales o en edificios que albergan los Ayuntamientos democráticos. Este término también recordaba a las “Casas de Socorro” extendidas por toda España que atendían problemas sanitarios y sociales de las personas con escasos recursos económicos .

El término Casa de Mayores, pues, evoca el carácter hogareño, rural y afable; de participación democrática y de acompañamiento socio-sanitario de los residentes que en ella viven.

Ahora, analicemos la evolución de la Casa fijándonos en los parámetros elegidos:

### **1.- PERFIL DE LOS RESIDENTES:**

De los datos que muestra la transparencia, resaltar que en los **años 80** *no existían residentes con problemas psicogeriatricos* y la gran mayoría de ellos eran totalmente *independientes* para realizar las actividades de la vida diaria (aseo, baño, levantar,acostar,etc)

Durante los **años 90**, se empiezan a observar en los residentes algún *trastorno cognitivo*, aumentando la necesidad de ayudas en las actividades de la vida diaria .

Actualmente, en el **año 2.001**, el perfil anterior de los residentes evoluciona hacia mayores niveles de *dependencia funcional* , predominando los ancianos que precisan cuidados socio-sanitarios. A la vez , crece los solicitantes de ingreso por motivos de salud.

Es de resaltar que últimamente la Casa está siendo utilizada también por ancianos de la localidad que acuden a ella para pasar el día y recibir algunos cuidados domésticos.

Otra forma de servicio que se está incorporando en la Casa son ingresos temporales o intermitentes de residentes .

Existen variables en el perfil de los residentes que han permanecido inalterables a lo largo de estos 18 años:

- Predominio de solteros/as y viudos/as.
- Bajas pensiones de los residentes.
- Procedencia comarcal de estos residentes.
- Bajo nivel socio – cultural.

- Actividad laboral anterior, la agricultura y los servicios.

## **2.- DINÁMICA INTERNA DE FUNCIONAMIENTO:**

Después de la puesta en marcha del proyecto, en **el año 1983** la primera preocupación fué la *constitución del grupo de residentes*, para facilitar la adquisición del sentido de pertenencia y coherencia grupal.

Fue necesario promocionar intensamente la cultura de la *participación democrática*. Recuerdo cómo estudiábamos la Constitución Española y el Estatuto de Cicerón.

La vida diaria se desarrollaba conforme al modelo tradicional de convivencia en una familia, en torno a las actividades domésticas que realizaban los propios residentes, que en ocasiones específicas recibían la ayuda de los trabajadores.

*No existían actividades especiales de entretenimiento*. Los residentes utilizaban todos los servicios del pueblo, de igual manera que cualquier ciudadano.

Había un encuadre riguroso para *tomar decisiones*: cada semana el grupo de residentes se reunía para tratar asuntos comunes al grupo, desde cuestiones simples como decidir los menús, hasta cuestiones complejas como contratación o despido del personal, admisión de nuevos residentes, establecimiento de cuotas mensuales, realización de pagos a proveedores, etc.

Durante los **años 90** los residentes que vivían en torno a la cotidianidad, observaban cómo existían algunos compañeros que empezaban a necesitar ayudas higienico-sanitarias y otros incluso que empezaban a manifestar problemas psicogeriatricos ( depresión, demencia). *Ellos mismos empezaron a prestarse pequeñas ayudas*, como por ejemplo para la alimentación, o la deambulaci3n, etc. Fué un ejemplo de tolerancia, respeto y solidaridad hacia estos compañeros residentes.

Sufrir un problema de salud, el que fuera, no era obstáculo para continuar integrado y participante en el grupo.

Esta actitud humanitaria fue seguida de la decisión adoptada para que ningún residente fuera trasladado de la Casa por sufrir un problema de salud, o encontrarse en estado terminal .

Se desarrolló un esquema de *convivencia mixta* entre residentes con enfermedades físicas o psíquicas, o aquellos que tenían una problemática social.

Por fin, **en el año 2.000** se redefine la dinámica de la Casa, aplicando la filosofía y ética iniciales a las nuevas contingencias accidentales de salud de los residentes .

Continúa la dinámica antes descrita aumentando el número de personas que participan en la toma de decisiones, principalmente las familias.

Se acuña el término *ACOMPANAMIENTO* para explicar el criterio que se sigue en los cuidados socio – sanitarios a los residentes:

*“Acompañamiento evoca la participación en los sentimientos o conductas del otro, para entender o accionar con él las cosas que suceden alrededor de ambos”.*

Por ejemplo, el cuidado de las personas con demencia se fundamenta en los mismos principios que el cuidado de personas que experimentan otras patologías u otros estilos de vida:

Se trata de conservar la AUTONOMÍA del residente, en función de lo que aparece nuevo o dificultoso para él. No en relación a lo observado por quien aplica su saber y parecer teórico desde su rol profesional, olvidando el sentir de la persona que recibe cuidados.

Desde el Grupo Salmón decimos que “es el momento de escuchar la palabra real o simbólica del residente para acompañarlo en su deseo”,

La principal disfunción que tiene la persona con demencia está registrada en la esfera mental. Por consiguiente, el acompañamiento o cuidado principal debe estar centrado en este ámbito.

Ahora bien, en ocasiones las personas con demencia también experimentan otros desarreglos en la esfera somática, necesitando ayudas para su resolución (incontinencia, problemas de deglución, etc.).

Lo importante es no olvidar que a pesar de estos desarreglos, al relacionarnos con los demenciados para prestarles ayuda, no debemos priorizar la ejecución del cuidado por encima de la **relación** con la persona que está sufriendo.

La demencia no es un obstáculo definitivo para la comunicación, para la relación personal con quienes se convive, para compartir el mismo espacio, para participar en los encuentros del grupo, etc.

Los riesgos que pueden generar esta actitud de acompañamiento son discutidos y consensuados con la familia y los cuidadores, en presencia del residente.

Una mayor explicación del término “acompañamiento” podrán encontrarla en los documentos del Congreso Internacional de Gerontología celebrado en Bruxelles en octubre de 1999, en un trabajo presentado por Maria-Angeles Fuentes.

### **3.- ARQUITECTURA:**

En cuanto a la arquitectura de la Casa, su equipamiento y decoración han evolucionado desde un *modelo de hogar tradicional* semejante a los domicilios habituales en Castilla-La Mancha, hacia la *adaptación técnica* de algunos espacios como el baño y las habitaciones.

También se han introducido otras ayudas técnicas como asideros, timbres de llamadas, luces de noche, etc.; la comunicación vertical se realiza mediante ascensor.

Se mantienen las habitaciones individuales y se crean otros espacios grupales diferentes: (Comedor / sala y otras salitas) que sirven para las nuevas funciones.

El resto de la decoración continúa siendo el mismo, aunque con algún mobiliario nuevo como las sillas de ruedas, o los dispensadores de los medicamentos que han sustituido a los jarrones de cerámica del aparador.

Estas modificaciones arquitectónicas no se hacen sobre la Casa en la que viven durante los años 80, sino que los residentes decidieron *cambiar de casa y construirse una nueva* con las adaptaciones necesarias en el año 1.992/3.

#### **4.- FINANCIACIÓN :**

El proyecto se inicia en **1983** con la ayuda económica de la Administración pública para su puesta en funcionamiento. El mantenimiento de la Casa es asumido íntegramente por los residentes mediante el abono de *cuotas mensuales del 80% de su pensión*.

La construcción ,en los **años 90**, de la nueva Casa se financia en un 25% con cargo a la Administración pública, y el resto de la inversión ,mediante un crédito hipotecario que adquiere Cicerón.

En esta nueva etapa los residentes establecen *cuotas mensuales fijas* para los gastos de mantenimiento y personal de la Casa.

Ya en el **año 2.000**, se crean *cuotas diferentes según los cuidados* que precisan los residentes. Aunque este criterio no es compartido por toda la Junta Directiva porque penaliza a los residentes con problemas de salud, sin embargo es el criterio mayoritario que permite hacer frente al aumento del gasto procedente de las nuevas contrataciones de personal y servicios del exterior.

#### **5.- GESTIÓN :**

En los **años 80** toda la gestión es realizada por los propios residentes que cuentan con un Equipo Asesor que tiene como condición no usurpar la competencia que la Junta Directiva de la Asociación Cicerón tiene en la toma de decisiones. Por esto, se habla de un *modelo autogestionado* en la dinámica interior y en la gestión de los ingresos y gastos.

Durante los **años 90** este *modelo entra en crisis*:

- Existen residentes con limitaciones en las funciones cognitivas.
- Aparecen nuevas necesidades de los residentes.
- Ingresan residentes que no desean ser socios de Cicerón.

A finales de los años 90, la Asamblea General decide modificar los Estatutos para que los familiares y otras personas e instituciones voluntarias de la comunidad se incorporen a la Asociación, realizando así una *gestión compartida de la Casa de Mayores*.

En la resolución de la crisis ayudó especialmente el Grupo Salmón, con las invitaciones a la reflexión y al análisis.

La investigación sobre “Acompañamiento a personas que sufren demencia en las pequeñas unidades de vida” que el Grupo Salmón realizó en coordinación con el Centro Europeo de Investigación en Bienestar Social de Viena significó una gran ayuda para Cicerón.

## **6.- PERSONAL :**

Como es lógico, el número y la cualificación profesional de los trabajadores fué en aumento según la aparición de nuevas necesidades de los residentes.

Inicialmente, en los **años 80**, cuando los residentes gozaban de una gran independencia funcional, eran ellos mismos quienes realizaban la mayoría de las tareas domésticas de la Casa a excepción de algunas actividades que eran ejecutadas conjuntamente *con dos Empleadas de Hogar*, (elaboración de la comida, la lavandería, limpieza especial, etc.).

A mediados de **los años 90**, se contrató *un Auxiliar Sanitario* para ayudar a los residentes que ocasionalmente necesitaban cuidados en el baño, al levantarse o acostarse. Se contrató *una Coordinadora* cuya función principal era actuar como mediadora o

gestora de los problemas de salud de los residentes con los Servicios Sanitarios de la localidad.

En esta década también se contrató un *Auxiliar Administrativo* y un *Ayudante de Mantenimiento*, ambos a tiempo parcial.

A finales de los 90 y comienzos del **año 2000** , La Junta Directiva decide hacer acompañamiento permanente las 24 horas, y se contrata dos *Auxiliares de Hogar o Gerontocultores*.

A demanda de los residentes se contratan servicios con el exterior , siendo los más habituales *Atención de Enfermería , Atención Médica y Rehabilitación*.

La plantilla actual la componen las siguientes personas, conformando una ratio de 0,33:

- 1 Coordinadora a jornada completa.
- 1 Gobernanta/ cocinera a jornada completa.
- 1 Auxiliar Sanitario a jornada completa ( Formación Profesional)
- 2 Auxiliares de Hogar a jornada completa
- 1 Empleada de Hogar.

## **7.- IMAGEN EXTERIOR:**

Los **años 80** fueron difíciles, no ya por las complicaciones esperadas de poner en funcionamiento el proyecto, sino más bien por la *incredulidad* de la Administración regional , del Ayuntamiento de Torrijos, así como de otras instituciones , en la capacidad de los ancianos para autogestionarse .

En Hacienda no existía un epígrafe adecuado para recoger ésta actividad económica. Las entidades bancarias no se fiaban de la voluntad de los ancianos de cumplir

sus compromisos, sobre todo porque dudaban de la continuidad del proyecto . Son algunos ejemplos de estas dificultades.

**En los años 90** se produjo un importante reconocimiento nacional, con la inclusión de este modelo en el Plan Gerontológico del Ministerio de Asuntos Sociales. También fué decisivo para Cicerón la integración en el Grupo Salmón.

Actualmente, **en los años 2000 y 2001** , se están produciendo los reconocimientos locales y regionales hacia el proyecto . Han tenido que pasar dieciocho años para que se produzca esta comprensión y credibilidad hacia Cicerón. Han sido demasiados años informando y justificando el modelo.

Ahora , nos encontramos de nuevo explicando cómo concebimos la atención a personas con problemas de salud física o psíquica en nuestras pequeñas unidades.

Continuaremos el camino imitando a Don Quijote y Sancho hasta encontrar nuestra propia cordura o llevemos a los incrédulos hasta su locura.

Bruselas, febrero del año 2001

**EVOLUCIÓN DE LA  
ASOCIACIÓN CICERÓN  
Y  
CASA DE MAYORES  
1.983 – 1.999**

Arquitectura:	Hogar tradicional	Par-igual	Casa <b>adaptada</b>
Dinámica:	Actividad doméstica	Cuasi-familiar	Actividad doméstica con <b>acompañamiento</b>

Inquilinos:	Independiente, a.v.d.		Dependientes <b>Demenciados</b> Semidependientes
Gestión:	Autogestión		Gestión compartida: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquilinos</li> <li>• <b>Familiares</b></li> <li>• Otros</li> </ul>
Exterior:	Aislamiento		Red <b>Salmón</b> , U.E.
Trabajadores:	3 Tpo. Total 1 Asesor		6 Tiempo Total 2 Tiempo Parcial Equipo Técnico

**PROBLEMAS DE SALUD, MAS RELEVANTES EN Marzo 1.999**

Nº Residentes: ----- 17

- Insuficiencia cardíaca: ----- 2
- Insuficiencia vascular:----- 2 (1, amputado piernas)
- Alteraciones org. sentidos: ---- 2 (1, invidente)
- Artrosis: ----- 3 (1, silla de ruedas)
- Úlceras gastro-duodenal: ----- 1
- Psicosis, maníaco-depresiva:-- 1
- Demenciados: (año 1999)----- 6
  - En fase leve: ----- 2
  - En fase Moderada: -- 2
  - En fase Grave: ----- 2

*Media de Edad: 81*

*Mujeres: 9*

*Hombres: 8*

