

Servicios y Política **social**
social

**Envejecimiento
Activo (I)**

98

Revista de Servicios Sociales y Política Social

Comité de Redacción:

Ana Isabel Lima Fernández, Presidenta del Consejo del Trabajo Social. Directora de la Mancomunidad de Servicios Sociales Mejorada-Velilla. Madrid. **Carmen Verde Diego**, Vocal del Consejo General. Profesora de Trabajo Social en la Universidad de Vigo. Galicia. **Ana María Rey Merino**, Vicepresidenta del Consejo, Directora del Centro de Día de Tercera Edad: Buenos Aires. Granada. **Manuel Gutiérrez Pascual**, Tesorero del Consejo. Trabajador social del Grupo 5. Acción y Gestión Social S.L. **MariCruz Vergillos Ramos**, Gerente del Consejo General del Trabajo Social. **Oscar Cebolla Bueno**, Coordinador técnico de la revista.

Comité Científico Asesor:

Gustavo García Herrero, Jefe de unidad de Alojamientos Alternativos en el Ayuntamiento de Zaragoza. **Begoña García Álvarez**- Trabajadora social en los Servicios Sociales de base de la Diputación de León. **Trinidad Gregori**- Coordinadora de movilidad de Trabajo Social. Universidad de Valencia. **Ana Hernández Escobar**- Trabajadora Social y Directora de Firma Quattro. Trabajo Social S.L. **Agustina Hervás De La Torre**- jefa de Unidad de Trabajo Social sanitario del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. **Graziella Juste Ballesta** - Social Worker - OHIM (Office for Harmonization in the Internal Market - Trade Marks and Designs). **Santa Lázaro Fernández**- Vicedecana de Ordenación Académica de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Comillas. Madrid. **Francisco Lemus Carrillo**- Trabajador Social del IRIS. Madrid. **Manuel Martín García**- Coordinador General de Familia, Bienestar Social e Igualdad de Oportunidades del Ayuntamiento de Granada. **Miguel Ángel Martínez Murcia**- Trabajador Social del ámbito de educación. Madrid. **Maria Asunción Martínez Román**- Profesora de Trabajo Social. Universidad de Alicante. **Alicia Montalvo Fernández**- Trabajadora Social de la Dirección General de Coordinación de la Atención a la Dependencia. Madrid. **Enrique Pastor Seller**- Decano de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Murcia. **Gregorio Rodríguez Cabrero**- profesor de la universidad de Alcalá del Departamento: Fundamentos de Economía e Historia económica (área sociología). **Eva María Del Pino Villarubia**- trabajadora social de la Asociación Mujer S. XXII. Punto de encuentro familiar. Málaga. **F. Xavier Uceda-Maza**- Trabajador Social y Sociólogo. Profesor Trabajo Social. Universidad Pública de Valencia. **Fernando Vidal Fernández**- profesor del Departamento de Sociología y Trabajo Social. Presidente de la Fundación RAIS. **Antoni Vilà Mancebo**- Licenciado en Derecho y Doctor en pedagogía. Profesor en la Universidad de Girona. **Jose Manuel Barbero**- Sociólogo y Trabajador Social. Profesor de la Universidad de Barcelona. **Alfredo Hidalgo Lavie**-Sociólogo y Politólogo. Profesor contratado Doctor. UNED. **Víctor R. Barril Testera**-Trabajador social. **Francisca Ramos Martín de Argenta**-Jefa de servicio del área del observatorio. IMSERSO.

Los miembros internacionales del Comité Científico Asesor:

Laura Elizabeth Acotto- Trabajadora social. Vicepresidenta Federación Internacional del Trabajo Social de América Latina y Caribe (2004-2010). **Maria Luisa Ibor Arriagada** - Trabajadora Social. Jefa área psicosocial gerencia Hospital Clínico Mutual. Chile. **David Jones**- Presidente de la FITS EUROPA (2006-2010). Trabajador social. Inspector gubernamental- servicios para niños. Ex Director General de la Asociación Británica. **Klaus Khüne**- Psicólogo. Profesor de Trabajo Social en la Universidad de Berna. Delegado de la FITS Europa hasta 2010 (Suiza) **Henry Parada**- Profesor de la escuela universitaria de trabajo social de Ryerson (Canadá). **Cristina Martins**- Trabajadora Social, miembro del Comité Ejecutivo de la FITWS (Portugal). **Josefine Johanson**- Asesora Metodológica de Servicios Sociales (adicciones y salud mental). Comuna de Sundbyberg. Estocolmo.

Edita:

Consejo General del Trabajo Social

Junta de Gobierno:

Presidenta: Ana Isabel Lima Fernández
Vicepresidenta 1ª: María Camino Grandes Garicano
Vicepresidenta 2ª: Ana María Rey Merino
Secretaria: Emiliana Vicente González
Tesorero: Manuel Gutiérrez Pascual
Vocales: Ana María Demetrio Pulido, Montserrat Escapa Diez,
Mª Amparo García Pertegaz, Daniel Gil Martorel, Lucía Gerrero Ruiz,
Mª Pilar Guillén Feded, Juan José Gutiérrez Curras, Carmen Verde Diego.

Administración, redacción, suscripción y venta:

C/ San Roque, 4 - 28004 Madrid
Tel. 91 541 57 76/77
E-mail: revista@cgtrabajosocial.es
www.cgtrabajosocial.es
Horario: de Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00

Imprime:

C&M Artes Gráficas
Tirada: 9.350 ejemplares

2º Trimestre 2012

El Comité de Redacción no se identifica necesariamente con el contenido de los artículos publicados. La Revista Servicios Sociales y Política Social se encuentra indexada en bases de datos de revistas científicas tales como: IN-RECS, ISOC, DIALNET y Latindex.

ISSN: 1130-7633
Dep. Legal: M-16020-1984
Primera publicación nº 0, año 1984

Sumario

Editorial

Dossier: Envejecimiento Activo (I)

Trabajo social con personas mayores.
Teoría y práctica del Trabajo Social
Gerontológico.
Manuel Martín García 9

La perspectiva social de sexualidad
en las personas mayores.
Silberio Sáez Sesma (varios) 35

Conectad@s. Envejecimiento activo
Gustavo García Herrero (coord.)..... 53

Avanzando hacia una cultura del cuidado
“no sujeciones”
Hanna Ávila Blanco (varios)..... 67

Las Universidades de Mayores y su in-
fluencia en el envejecimiento activo.
El caso de la Universidad de Vigo en el
Campus de Ourense.
*Josefina Pato Lorenzo y
José Antonio Tarrío Fernández*..... 77

De interés profesional:

Los Servicios Sociales municipales ante
el Sistema de Autonomía y Atención a
la Dependencia. Aportaciones desde la
perspectiva y proximidad del Trabajo Social.
Rocío Romero Matute 101

Terapia asistida con animales.
Jesús Carlos Romea Robledo..... 113

Portal internacional:

Trabajo Social y *envejecimiento activo*
en Argentina.
María del Carmen Ludi 129

Comentarios y reseñas:

Trabajo Social alrededor del mundo V
International Federation of Social Workers
(IFSW) 145

Vejez y refranes. Aproximación
a la paremiología gerontológica 146

De profesión abuelo. Ser abuelos hoy
(...con vocación y fundamento) 147

Curiosocial:

Europa rescata a la banca que
desahucia a las familias españolas 150

The New York Times 151

Trabajo social con personas mayores. Teoría y práctica del Trabajo Social Gerontológico

Manuel Martín García

Resumen

Este trabajo presenta la teoría y la práctica del Trabajo Social Gerontológico.

Para ello, como punto de partida y desde una perspectiva analítica se identifican los elementos esenciales del proceso de envejecimiento, sus aspectos físicos, psicológicos y sociales y las aportaciones del trabajo social a la gerontología.

Además, se define el trabajo social gerontológico; se clasifica y trata la esencia de la información sobre el quehacer profesional, los elementos metodológicos de la intervención, las funciones, herramientas y procedimientos operativos. Se finaliza abordando el compromiso del trabajo social con la gerontología.

Palabras clave

Vejez, proceso de envejecimiento, gerontología, trabajo social gerontológico, intervención gerontológica.

Abstract

This paper presents the theory and practice of Gerontological Social Work.

Therefore, as a starting point and from an analytical perspective, the essential elements of the aging process, their physical, psychological and social aspects, and the social work's contributions to gerontology are identified.

Also it is definite gerontological social work; it is classified and is the essence of information on professional work, the methodological elements of the intervention, functions, tools and procedures. It concludes by addressing the social work commitment to gerontology.

Key words

Old age, aging process, gerontology, gerontological social work, gerontological intervention.

Autor



Manuel Martín García

Trabajador Social y Antropólogo.
Defensor del Ciudadano. Granada.
sentidosss@hotmail.com

Trabajo social con personas mayores.

Teoría y práctica del Trabajo Social Gerontológico

1. El proceso de envejecimiento

1.1. La vejez cronológica, vejez funcional, vejez etapa-vital.

La vejez se considera el resultado inevitable del proceso vital, o proceso de envejecimiento. Puede ser abordada desde una dimensión individual, que trata del envejecimiento de personas desde un enfoque biológico, psicológico y sociocultural; y desde una dimensión colectiva en referencia al envejecimiento poblacional y sus consecuencias económicas y sociales.

La sociedad moderna tiende a definir la vejez en términos de edad cronológica, vejez cronológica (MORAGAS, 1991: 21-23), definida en función de un concepto abstracto, el hecho de cumplir 65 años, edad de retiro del mundo laboral. Tradicionalmente utilizado para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos.

Señalar lo obvio, que la población de más de 65 años no es homogénea, siendo a veces dividida en dos subgrupos: los viejos-jóvenes, la población con edad comprendida entre los 60 a 75 años; y los viejos-viejos, también denominada cuarta edad, la población de 75 años en adelante. Otros investigadores consideran que lo acertado es medirla por niveles de funcionamiento en áreas físicas y psicológicas específicas, vejez funcional. Desde este criterio ser viejo es igual a físicamente incapacitado, dependiente, pérdida de estatus social, etc.

Un último criterio es la consideración de ésta como una etapa del ciclo vital, vejez-etapa vital. Se considera que la vejez es una etapa más en la vida de la persona. El paso del tiempo produce efectos físicos y sociales en las personas que implican la entrada en una etapa del ciclo vital distinta de las anteriores.

1.2. Aspectos físicos, psicológicos y sociales del proceso de envejecimiento

El concepto de envejecimiento no es unívoco, directo ni sencillo. No existe consenso a la hora de definirlo. Sí, en considerar que en las personas expresa los efectos físicos, psíquicos y sociales del paso del tiempo, y también en que se manifiesta de un modo altamente diferencial y asincrónico.

A) Aspectos físicos

El proceso de envejecimiento físico, o biológico, se conoce como senectud. Es gradual. Se define como el conjunto de cambios estructurales y funcionales que experimenta un organismo como resultado del transcurrir del tiempo. El criterio para iniciar su comienzo no se puede reducir al abstracto de la edad, ya que el comienzo de la senescencia se establecería a la edad de 30 años.

Las causas del proceso de senescencia no están claras. Unas tendencias ponen énfasis en los aspectos genéticos según la cual el envejecimiento estaría genéticamente programado; y otras en el aspecto ambiental, resultado de las contingencias de la vida, según la cual se envejecería por uso y desgaste. Las manifestaciones en el indi-

viduo se producen en la apariencia física y en la capacidad motriz.

De especial interés para el trabajo social son los cambios o disminuciones de las capacidades sensoriales, sobre todo visión, audición y tacto; los cambios motrices que suponen, en general, una disminución de la autonomía personal; y los cambios cerebrales dado que la memoria, el aprendizaje y la cognición se verán determinadas por los cambios en las células cerebrales, con especial mención a la enfermedad de Alzheimer.

B) Aspectos psicológicos

El proceso de envejecimiento psicológico comprende los procesos sensoriales, las destrezas motoras, las percepciones, la inteligencia, las habilidades en la resolución de los problemas, los procesos de aprendizaje, las motivaciones, etc., en personas de edad avanzada.

La investigación del envejecimiento psicológico se ha centrado principalmente en dos áreas: el funcionamiento cognitivo y la personalidad.

El funcionamiento cognitivo se refiere a aquellas funciones y procesos por los que el individuo recibe, almacena y procesa la información relativa a uno mismo, a los demás y al entorno. Comprende aptitudes intelectuales, memoria y capacidad de aprendizaje. En cuanto a las primeras cabe destacar que la disminución de la capacidad intelectual se señala en torno a los 70-80 años. No se produce en función de la edad cronológica sino en virtud de las influencias del ambiente; de forma que en ambientes estimulantes puede ser prevenida. En contra de los dichos populares, la pérdida de memoria no es inevitable ni irreversible. Las causas que la producen son un comple-

jo que combina variables biológicas, como la pérdida de células cerebrales; y variables psicosociales entre las que destacan la falta de motivación o la rutina. En relación a la capacidad de aprendizaje se argumenta, desde la psicología y desde la gerontología, que la asimilación de conceptos, aptitudes y habilidades puede darse a cualquier edad, modificándose únicamente la velocidad de asimilación. El anciano solo necesitará más tiempo y mayores estímulos.

Se puede afirmar que las personas mantienen las mismas disposiciones personales básicas a lo largo del ciclo vital siempre que exista un buen estado de salud. Los cambios en la personalidad pueden producirse como respuesta a condiciones nuevas, como disminución de responsabilidades, mayor tiempo libre, enfermedad incapacitante, etc. Hay investigaciones que concluyen que un mayor nivel de educación contribuye a la estabilidad de la misma. Otras señalan que este colectivo, ante acontecimientos vitales negativos y/o estresantes, tienden a utilizar estrategias de afrontamiento más pasivas y centradas en la emoción; y en cuanto al cambio autopercebido las personas de edad avanzada manifiestan una estabilidad en su personalidad, describiéndose como más tolerantes, más seguras y más tranquilas.

C) Aspectos sociales

El proceso de envejecimiento no ocurre en un vacío, sino que se da en un contexto social. El aspecto social del envejecimiento vincula este proceso con la sociedad en que ocurre. Comprende la influencia que ésta tiene sobre los individuos según envejecen y la influencia que tienen éstos a su vez en la sociedad.

En general supone un cambio de roles y de relaciones sociales. Este tiene que ver



Título: Esperanza. Foto: Nana Solana Contreras (2011)

con un contexto histórico y sociocultural concreto. Además, es de gran interés señalar que cada sociedad es responsable de la imagen que genera de sus mayores. Normalmente se presenta de un modo estático y maniqueo. Un arquetipo cargado de mitos, estereotipos y prejuicios que distorsionan el modo de percibir al mayor, y el modo en que el mismo se percibe. El propio anciano lo asimila y lo devuelve en un proceso que se puede denominar “senilismo”.

La vejez en sí es un estigma socialmente construido, unas veces positivo y, la mayoría de las veces, negativo. El gerontólogo Robert Butler denomina “ageism”, para describir el proceso de estereotipar y discriminar a las personas por ser viejas o ancianas. Como consecuencia del mismo dejan de ser percibidas e identificadas como seres humanos. Se equipara al racismo o al sexismo y se materializa en actitudes de

prejuicio y actos de discriminación a esta población protagonizados sobre todo por jóvenes.

2. Trabajo Social Gerontológico

2.1. Marco conceptual

A) Concepto de Trabajo Social

El Trabajo Social como profesión, existe tal y como señalan Teresa Zamanillo y Lourdes Gaitan “a partir del reconocimiento social de ayudar a las personas que lo necesitan desde instituciones organizadas, más allá de la ayuda voluntaria” (ZAMANILLO y GAITAN,1991:29). Desde

el inicio de la profesión se han realizado multitud de definiciones sobre el Trabajo Social, todas ellas, en términos generales, contienen una serie de elementos clave que son básicos para establecer un marco de actuación preciso y una mayor unificación de criterios.

Como síntesis de las principales definiciones realizadas sobre trabajo social, cabe destacar:

1º.- El Trabajo Social es una disciplina y profesión con carácter científico llevada a cabo bajo la óptica de la intervención social, es decir, a través de una acción organizada desarrollada intencionadamente.

2º.- El Trabajo Social actúa sobre los problemas sociales, tanto para evitarlos, como para mejorarlos.

3º.- Lo distintivo del Trabajo Social es que da respuesta a un área específica de necesidades y problemas sociales desde una perspectiva integradora y globalizadora. Desde otras ciencias sociales también se abordan las necesidades sociales, pero no como función básica globalizadora.

4º.- El Trabajo Social se ubica en el campo de la intervención entre persona y medio.

5º.- La intervención entre persona y el medio es un proceso. Una relación de ayuda a través de la cual, el trabajador social mediante técnicas y procedimientos propios de la profesión, promueve los recursos individuales y comunitarios para ayudar a la persona a superar o prevenir los conflictos derivados de la interrelación con el medio o con otras personas.

6º.- Lo que distingue la metodología del Trabajo Social es la forma peculiar de ver y/o percibir a la persona: se trabaja con los

recursos y con la funcionalidad social de las personas.

7º.- La intervención profesional desde el Trabajo Social promueve la participación de los individuos y grupos, fomentando las relaciones solidarias.

B) Concepto de Trabajo Social Gerontológico

Conscientes de los riesgos y limitaciones que supone el elaborar una definición, la propuesta de lo que se entiende por Trabajo Social gerontológico es: la práctica y disciplina científica que se encarga de conocer las causas y los efectos de los problemas sociales individuales y colectivos de las personas mayores y de cómo lograr que dichas personas asuman una acción organizada tanto preventiva como transformadora para superarlos. Se trata pues, de una intervención profesional intencionada y científica (por lo tanto racional y organizada) en la realidad social de las personas mayores, para conocerla y transformarla, contribuyendo con otras profesiones a lograr el bienestar de este colectivo. Entendiendo éste como un sistema global de acciones que respondiendo al conjunto de las aspiraciones sociales, elevan el desarrollo del bienestar humano en los procesos de cambio social individuales, familiares y/o comunitarios. El objeto de intervención del Trabajo Social en el campo de la vejez es la persona mayor (individual o colectivamente) que en interacción con un medio concreto, vive una situación determinada como necesidad o como deseo de mejorarla; que quiere y desea superar y desarrollar su funcionalidad social con el apoyo y la ayuda del Trabajo Social. Cooperando en la transformación de la situación, de las circunstancias que la han generado, y sobre todo, desarrollando sus potencialidades desde una perspectiva positiva.

El Trabajo Social Gerontológico es una parte del Trabajo Social y solo tiene sentido si se entiende dentro de esta disciplina. En tanto que disciplina científica, el Trabajo Social Gerontológico utiliza la metodología propia del Trabajo Social.

El Trabajo Social Gerontológico es la suma de las aportaciones científicas, profesionales, docentes y de formación, propias de la disciplina dirigidas a conocer y transformar las necesidades sociales de las personas mayores, el análisis y mejora del sistema de bienestar social, y a la configuración de las políticas sociales dirigidas a la vejez.

2.2. Aportaciones del Trabajo Social a la Gerontología

El envejecimiento constituye una materia de estudio biopsicosocial, ya que se trata de un fenómeno humano que no se puede entender sin tener en cuenta sus tres aspectos principales: el biológico, el psicológico y el social. Esto quiere decir que la ciencia del envejecimiento es multidisciplinaria, y que el aspecto social es de suma importancia en el estudio y la intervención sobre el envejecimiento.

El Trabajo Social, como profesión y disciplina científica de las Ciencias Sociales implicada en el conocimiento de la vejez, aporta a la Gerontología una decidida orientación práctica; una acción-intervención reflexiva y profesional. Interviene con metodología propia, dándole un enfoque gerontológico.

Participa en la elaboración e implementación de políticas públicas, traducidas en planes, programas y proyectos, que generan cambios personales o de condiciones ambientales, con orientación preventiva, asistencial o promocional, en el colectivo, tratado como individuos, grupos o en su comunidad. Esto permite que se elaboren teorías que, como conjunto de hipótesis verificadas, intenten dar una explicación general, limitada en tiempo y espacio, de los acontecimientos que rondan a las personas mayores. Teorías pragmáticas en el sentido que refiere Payne, ya que parten de un enfoque o perspectiva que afirma que la actividad humana debe estar modelada por la acción de la práctica diaria y ser sensible a la misma. No hay que olvidar que el Trabajo Social conoce para intervenir, a diferencia de otras disciplinas de las Ciencias Sociales que intervienen para conocer.

Cabe destacar, la contribución científica del Trabajo Social al desarrollo de las Ciencias Sociales, que en líneas generales se pueden sintetizar en las aportaciones del Trabajo Social respecto a las necesidades sociales (Cuadro 1), al Bienestar Social (Cuadro 2), y a la creación del Sistema Público de Servicios Sociales (Cuadro 3). Dichos cuadros se han extraído de la conferencia “El Sistema Público de Servicios Sociales: De donde venimos, dónde estamos y hacia adonde caminamos”, impartida por la trabajadora social de reconocido prestigio profesional M^a Patrocinio Las Heras en las Jornadas “Derechos Universales: los Servicios Sociales en el Estado de Bienestar celebradas en Talavera de la Reina en mayo de 2003 y organizadas por el Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y la Universidad de Castilla La Mancha.

Cuadro 1

Contribución del Trabajo Social respecto a "necesidades sociales"

- TEORIZACIÓN SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN DE LAS NECESIDADES DESDE EL MARCO FAMILIAR, HASTA SU TRATAMIENTO EN POLÍTICAS SOCIALES.
- EXIGENCIA DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS NECESIDADES SOCIALES:
 - Conocimiento directo de la realidad.
 - Función globalizadora.
 - Tratamiento carencias/potencialidades.
 - Prevención-atención-promoción.
- INTERVENCIÓN PERSONALIZADA, DIAGNÓSTICO SOCIAL Y TRATAMIENTO INTEGRADO DE CASO-GRUPO-COMUNIDAD.
- APLICACIÓN DE LAS CIENCIAS SOCIALES AL ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LAS NECESIDADES SOCIALES.
- APLICACIÓN Y PROMOCIÓN DE RECURSOS SOCIALES COMO DERECHOS SOCIALES ANTE LAS SITUACIONES DE NECESIDAD A TRAVÉS DE:
 - Sistemas públicos de Bienestar Social para garantizar los derechos sociales básicos: salud, educación, pensiones, servicios sociales,...
 - Cooperación Social para desarrollar la responsabilidad social ante las necesidades humanas y sociales.
- DAR CONOCIMIENTO A LA SOCIEDAD Y A LAS INSTITUCIONES, DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL, CON EL OBJETIVO DE ELEVAR LA CONCIENCIA SOCIAL Y PROMOVER LA RESPONSABILIDAD DE LA SOCIEDAD ANTE LOS PROBLEMAS SOCIALES, ASÍ COMO LAS CONSIGUIENTES REFORMAS EN POLÍTICAS SOCIALES.

Cuadro 2

Contribución del Trabajo Social respecto al "Bienestar Social"

- CONCEPTUALIZACIÓN COMO POLÍTICA SOCIAL GLOBALIZADORA Y UNIVERSALISTA PARA LA COBERTURA DE NECESIDADES SOCIALES BÁSICAS Y CALIDAD DE VIDA.
- CONCEPTUALIZACIÓN DEL BIENESTAR SOCIAL RESPECTO A "CONDICIONES DE VIDA Y DE CONVIVENCIA".
- SUPERACIÓN DE LA BENEFICIENCIA PÚBLICA EN LA CONSTITUCIÓN DE 1978, DANDO PASO A LA UNIVERSALIDAD DE DERECHOS SOCIALES.
- ELABORACIÓN DE CRITERIOS BÁSICOS:
 - Generalización del Bienestar Social.
 - Derechos sociales por ciudadanía.
 - Prevención.
 - Autonomía y participación.
 - Descentralización.
 - Desarrollo comunitario.
 - Integración social.
 - Humanización.
- PROPUESTAS PARA LA ORGANIZACIÓN DEL BIENESTAR SOCIAL:
 - Unidad legislativa, orgánica y funcional: Ministerio de Bienestar Social / Asuntos Sociales.
 - Sistemas Públicos de protección social: salud, educación, pensiones y Servicios Sociales (4º pilar del Estado de Bienestar).
 - Planes y Programas integrales.
 - Cooperación social.
- PROFESIONALES COMO GARANTÍA DEL EJERCICIO DEL DERECHO.

Cuadro 3

Contribución del Trabajo Social a la creación y conceptualización del “Sistema de Servicios Sociales”.

- PROMOCIÓN DE LA RECONVERSIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE LA ANTIGUA BENEFICENCIA Y ASISTENCIA SOCIAL EN UN SISTEMA PÚBLICO INTEGRADO DE SERVICIOS SOCIALES.
- CONCEPTUALIZACIÓN DEL SISTEMA: APOYO A LA “CONVIVENCIA” PERSONAL Y SOCIAL.
- CREACIÓN DEL SISTEMA CON LA APORTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DEL TRABAJO SOCIAL.
- SOSTENIMIENTO BÁSICO DEL SISTEMA: UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL.
- MUNICIPALIZACIÓN DEL SISTEMA: TRATAMIENTO DE LAS NECESIDADES SOCIALES DESDE LA INTERVENCIÓN SOCIAL CONCRETA EN EL NIVEL TERRITORIAL MÁS CERCANO.
- ELABORACIÓN TEÓRICA Y CONCEPTUAL DEL PLAN NACIONAL DE PRESTACIONES BÁSICAS DE SERVICIOS SOCIALES DE CORPORACIONES LOCALES.
- ELABORACIÓN TEÓRICA SOBRE CONTENIDOS DE LAS PRESTACIONES BÁSICAS DEL SISTEMA.
- ELABORACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA SOBRE ESTRUCTURA BÁSICAS DEL SISTEMA, ESPECIALMENTE SOBRE UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL Y CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES.
- ELABORACIÓN DE PROYECTOS Y ESTRATEGIAS DE COOPERACIÓN SOCIAL CON ONG´s.
- ELABORACIÓN DE PROGRAMAS INTEGRALES QUE HAN APOYADO Y PROMOVIDO EL DESARROLLO DE OTRAS PROFESIONES DE LAS CIENCIAS SOCIALES EN EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES.
- CREACIÓN DE UNA NUEVA ÁREA DE CONOCIMIENTO EN LA UNIVERSIDAD “TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES”.

2.3. La intervención gerontológica desde el Trabajo Social

El Trabajo Social interviene con las personas, recurso necesario e insustituible. La intervención es acción profesional con la intención de inducir un cambio. Es necesaria la comprensión de la complejidad de las necesidades sociales de los mayores. Para ello es clave la aprehensión multidimensional que se deriva de la práctica profesional, de las situaciones objeto de intervención, ya que en las demandas están presentes factores personales, relacionales, culturales, físicos, intelectuales, económicos; y todos los niveles de sociabilidad: relacionales, familia, vecindario, grupos de pertenencia, asociaciones e instituciones.

De lo expuesto queda claro que el envejecimiento humano no puede describirse, predecirse o explicarse sin tener en cuenta las tres dimensiones principales del mismo: la física, la psicológica y la social. De esta triple dimensión el Trabajo Social interviene sobre la última. La profesora Sánchez Delgado se refiere a la intervención orientada a los tres niveles de prevención, niveles que no son mutuamente excluyentes:

- Prevención primaria: que conlleva acciones encaminadas a detener o prevenir algo de forma que no afecte al anciano. Un ejemplo puede ser los programas de preparación para la jubilación.
- Prevención secundaria: que conlleva el manejo de situaciones problemáticas existentes. Un ejemplo es el dotar de estrategias de afrontamiento al mayor ante la pérdida de su cónyuge.

- Prevención terciaria: que pretende aminorar los efectos de una condición incapacitante y ayuda a la persona mayor a recuperar el nivel máximo de su funcionamiento. Como ejemplo la institucionalización de un anciano al no existir posibilidad de mantenerlo en su domicilio. La prevención terciaria puede tener como objetivo el evitar que el anciano se vuelva totalmente dependiente del personal que trabaja en la institución.

A) Algunos elementos metodológicos básicos de la intervención en Trabajo Social

En líneas generales, como elementos metodológicos básicos de la intervención, se pueden destacar:

- Trabajo interdisciplinar:

El trabajo interdisciplinar se refiere a la participación de todas las disciplinas implicadas en la atención al mayor y a su familia. Se trabaja en equipo hacia la consecución de un objetivo común consensuado.

- Plan individualizado de atención integral:

Este se debe de realizar interdisciplinariamente con la participación e implicación del propio mayor y/o su familia. Dado que las necesidades del mayor están en permanente cambio, se incorporará la revisión continua como elemento clave.

- Instrumentos validados:

Hay que considerar, por una parte, que las técnicas que se empleen en la actividad profesional deben haber demostrado su eficacia. Y por otra, que las necesidades de intervención deben ser



Título: "Mis padres: 82 Años, y plenamente activos". Foto: Duarte (2011)

realizadas mediante instrumentos validados científicamente y con un amplio reconocimiento profesional.

- Elaboración de protocolos:

Hay que elaborar protocolos de intervención, ya que garantizan respuestas estandarizadas y homogeneidad en la ejecución de actividades. Deben tener unos contenidos mínimos que garanticen su eficacia y con la suficiente flexibilidad para dar respuesta a las variaciones interpersonales. Se han de actualizar periódicamente y ser objeto de formación para todos los profesionales implicados en la intervención.

- Realizar registros:

Los registros profesionales deben ser claros, concretos, concisos y completos.

También deberían ser informatizables. Estos permiten:

- Traspaso de información entre profesionales.
- Reconstruir situaciones pasadas a las que no se dio una respuesta apropiada.
- Posibilita un correcto seguimiento de las intervenciones.
- Para realizar evaluaciones internas y externas.
- De gran utilidad para el trabajo interdisciplinar.

- El ciclo de revisión continua:

La revisión continua debe ser algo habitual. Garantiza la actualización perma-

nente de las actividades realizadas y la mejora continua de la calidad. Un ciclo que comienza con la evaluación, sigue la fijación de objetivos, le sigue la programación de actividades, sigue la materialización o ejecución de actividades, que da paso al inicio del bucle: evaluación, sigue la fijación de objetivos...

El ciclo de revisión continua debe aplicarse a los planes de atención integral, a los protocolos, a las actividades, a los elementos de mejora, a los registros,...

B) Funciones del Trabajo Social Gerontológico

El primer análisis organizacional sobre la intervención en Trabajo Social fue realizado en el año 1922 por Mary Richmond en su obra *Caso Social Individual*; la autora señala que las funciones del Trabajo Social se agrupan bajo dos rúbricas generales: la comprensión y la acción (RICHMOND, M. 1981: 69).

Posteriormente diversos autores han estudiado las funciones del Trabajo Social, entre los que cabe destacar a G. Hamilton, J. Delcourt, H. Harris, M. Boeglin, E. Ander Egg, N. Kisnerman, etc. Con carácter general, los/las trabajadores/as sociales están facultados para ejercer las funciones profesionales que recoge la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones de la Oficina de Trabajo de Ginebra (OIT), clasificación que está ratificada por España.

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (en adelante, FITS), en diversas Asambleas Generales, dictaminó las funciones del trabajador/a social:

“Los trabajadores sociales se ocupan de planificar, proyectar, calcular, aplicar, evaluar y

modificar los servicios y políticas sociales para los grupos y comunidades. Actúan en muchos sectores funcionales utilizando diversos enfoques metodológicos, trabajan en un amplio marco de ámbitos organizativos y proporcionan recursos y prestaciones a diversos sectores de la población a nivel microsociedad, social intermedio y macrosociedad. De ello se desprenden las funciones de información, investigación, prevención, asistencia, promoción, mediación, planificación, dirección, evaluación, supervisión y docencia”.

A nivel general las funciones básicas del Trabajo Social Gerontológico son las mismas que las del resto de los campos de intervención del Trabajo Social, que pone de manifiesto Mary Richmond.

- Funciones de comprensión:
 - De las características individuales y/o familiares de las personas mayores.
 - De las características generales de las personas mayores.
 - De los recursos sociofamiliares y las influencias del medio social.
- Funciones de acción:
 - Atención directa a las necesidades sociales de los individuos, familias, grupos, desarrollando sus capacidades personales.
 - Atención indirecta, utilizando los recursos técnicos, materiales y humanos de la comunidad.

A nivel operativo una aproximación general a las funciones del Trabajo Social gerontológico puede ser la siguiente:

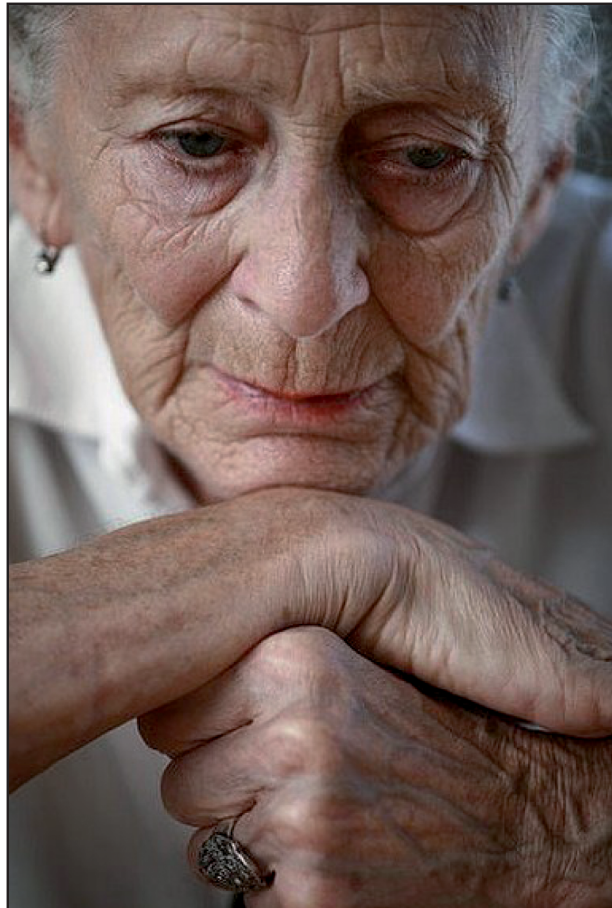
2.3.1.- Atención directa

a.- Trabajo Social Individual y/o familiar.

Responde a la atención de individuos o grupos de personas mayores que presentan, o están en riesgo de presentar problemas de índole social. Su objeto será potenciar el desarrollo de capacidades y facultades de los sujetos y sus familias para afrontar por sí mismas futuros problemas e integrarse satisfactoriamente en la vida social.

- **Funciones preventivas:** Son aquellas funciones profesionales encaminadas a crear unas mejores condiciones personales o grupales para que no se produzcan determinados conflictos, para que éstos no aumenten y se intensifiquen o para evitar su reaparición. Estas actuaciones pueden tener una gama muy diversa, que va desde acciones individuales hasta intervenciones colectivas o comunitarias. La función del Trabajo Social va en la dirección de atacar las causas que originan procesos que hacen entrar en conflicto o carencia a las personas mayores, o no les permiten la integración social.

- **Funciones promocionales:** Son las actividades profesionales que desde el Trabajo Social se realizan para descubrir y desarrollar en las personas mayores sus capacidades naturales para prevenir, resolver o controlar las condiciones que configuran su problemática social de forma autónoma, reduciendo al máximo las dependencias sociales.



Título: Viviendo la vida.

Foto: Nana Solana Contreras (2011).

Es la función del Trabajo Social que tiene por finalidad generar en las personas mayores una toma de conciencia de sus propios valores y capacidades, fomentando el protagonismo y la participación activa y crítica de las transformaciones sociales.

- **Funciones asistenciales:** Son aquellas en las que se trabaja con la persona mayor o su familia, cuya capacidad para re-

solver un conflicto que tiene, por sí sola, está mermada y precisa ser reforzada con diferentes medios, que van desde el simple apoyo hasta el tratamiento prolongado o el internamiento asistido. Estas intervenciones profesionales van encauzadas a atajar los dos polos del conflicto: aumentar la capacidad de la persona mayor y aportar algunos recursos que satisfagan sus necesidades sociales.

- **Funciones rehabilitadoras:** Son los procedimientos profesionales dirigidos a reeducar y orientar a aquellas personas mayores que han sufrido algún tipo de disminución física, psíquica o social, de modo que se sustituyan aquellas que faltan por otras que le permitan desenvolverse con la mayor autonomía, alcanzando la mayor integración social posible.

b.- Entrevista de acogida o primera visita de Trabajo Social.

Se denomina acogida a la fase que consiste en la recepción del usuario por el trabajador/a social. En esta primera fase se puede dividir el objetivo, en los aspectos relacionados con el usuario, y en los aspectos que tienen que ver con el profesional y con el equipo de trabajo.

• Objetivos:

- Establecer una buena empatía entre el usuario y el profesional, sin caer en actitudes servilistas o paternalistas, intentando delimitar las relaciones profesionales y personales.

- Obtener una información suficiente acerca del usuario para establecer un buen prediagnóstico, el cual sirva de hipótesis de trabajo para la investigación (temporalidad y periodicidad de

la dificultad, contexto relacionado con la dificultad, medidas adoptadas, profesionales que han intervenido, etc.).

- Clarificación de la demanda planteada, ajustándola a las posibilidades del servicio.

- Detección de situaciones de riesgo social.

- Sondar el grado de conciencia que posee el usuario y su familia sobre su problemática y la actitud ante ésta.

- Conocer los recursos personales y familiares con que cuenta el usuario para hacer frente a su problemática.

• Actividades:

- Entrevista.

- Cumplimentación de la documentación de Trabajo Social.

• Metodología:

- Método de investigación.

- Entrevista formal (sistemática/no sistemática).

- Observación directa.

c.- Prediagnóstico.

Es la primera valoración del caso de Trabajo Social individual y/o familiar. Es una primera aproximación al diagnóstico definitivo. Se realiza con los datos proporcionados por el usuario y con su colaboración.

Se basará principalmente en dos ejes: el nivel de gravedad del problema y la amplitud o intensidad del problema.

• **Nivel o gravedad del problema:**

Presenta los siguientes aspectos:

- Emergencia: Aquellas situaciones en las que los protagonistas ya han intentado muchas respuestas sin fruto, o bien han sufrido una situación totalmente inesperada; creándose una situación de peligro físico o social importante para ellos mismos o para otras personas.

- Alto riesgo: Situaciones que por la dinámica de los medios y relaciones llevan al protagonista a una situación de total dependencia o a la inserción en circuitos claramente marginales.

- Conflicto agudo: Situación en la que la/las personas se encuentran sin que se vea claro si podrán salir por sí solos o necesitan un recurso fuerte para remontar la situación.

- Conflicto en proceso: Aquella situación en la que la persona necesita que se le preste una ayuda para salir en buenas condiciones.

• **Amplitud del problema:**

- Extrema: Aquellos problemas que engloban los ámbitos: corporal, económico y social.

- Amplia: Los que engloban dos de los ámbitos mencionados.

- Restringida: Sólo un ámbito.

De la combinación del nivel de gravedad y el de amplitud del problema se deducen los diferentes tipos de intervención:

1. Información, orientación, consejo, gestión.

2. Tratamiento.

3. Otros.

Tener un prediagnóstico quiere decir poseer una hipótesis de trabajo respecto a la investigación que hay que hacer. A cada nivel de intervención corresponderá una investigación más o menos profunda.

• **Objetivos:**

- Apuntar la posible problemática.

- Informar de la dinámica de trabajo a seguir en la Institución social correspondiente.

• **Actividades:**

- Entrevista.

- Concertación de citas.

En esta fase se medirán y distribuirán adecuadamente cuáles son las tareas que se han de realizar por parte del trabajador/a social o de otros profesionales del equipo, determinando cuáles son los más adecuados para trabajar el caso.

d.- Información, orientación, consejo, gestión.

• **Actividades y metodología:**

- Entrevistas: exhaustiva recogida de información sobre la situación socio-familiar de la persona mayor y su familia.

- Valoración, diagnóstico social y pronóstico.

- Comunicación del/a trabajador/a social con el/la usuario/a, sobre su valoración técnica de la situación-problema.

Trabajo social con personas mayores. Teoría y práctica del Trabajo Social Gerontológico

- Gestiones de movilización de recursos que conlleva:

1. Aplicación de prestaciones y recursos.
2. Derivaciones profesionales.

- Visitas de observación o seguimiento, si se requiere:

1. A los domicilios de los demandantes.
2. A instituciones o centros.

- Reuniones de estudio y valoración en aquellos casos específicos que así lo precisen:

1. Con otros profesionales.
2. Con vecinos, familiares o personas allegadas.

- Elaborar informes sociales, cumplimentar documentación, etc.

e.- Trabajo del caso con el equipo interdisciplinar.

Si procede, habrá que presentar y/o trabajar el caso en el seno del equipo interdisciplinar, estructurando de manera conjunta un plan de trabajo con el anciano y/o familiares en función de las necesidades detectadas.

• Objetivos:

- Exponer y/o escuchar de las acogidas, primeras visitas y los casos en tratamiento para un análisis y estudio de los diferentes elementos que intervienen en la situación para una mayor y eficaz comprensión global de la situación del mayor y/o de su familia.

- Planificar a nivel preventivo, promocional, asistencial y rehabilitador.

- Participar en la elaboración del plan terapéutico individual.

- Coordinar la intervención social con otros profesionales.

- Participar en las reuniones de trabajo.

• Desarrollo del proceso de intervención profesional:

- Recepción de casos en el equipo interdisciplinar:

El trabajador social será el encargado de recepcionar todos aquellos casos que se le deriven de los diferentes servicios, profesionales, instituciones, servicios especializados, etc. Una vez recepcionado el caso, se profundizará en las valoraciones presentadas.

- Prioridades y selección de casos:

Esta es una de las fases más importantes. Se trata de dar prioridad, adecuadamente a aquellos casos que merecen atención/tratamiento intensivo, atención/tratamiento semi-intensivo y los que sólo requieren atención/tratamiento de mantenimiento. El tipo de tratamiento tendrá en cuenta las siguientes variables:

1. Alto riesgo.
2. Expectativas altas de éxito.
3. Expectativas bajas de éxito.

- Investigación-estudio:

El objetivo principal de esta fase es desbrozar con más profundidad cual es la situación individual y familiar del caso en cuestión.

En líneas generales se tendrán en cuenta cinco aspectos:

1. Estructura económica, vivienda, condiciones de salud.
2. Situación cultural y laboral.
3. Relaciones con el entorno social.
4. Relaciones familiares.
5. Problemáticas individuales.

- Diagnóstico:

Es el procedimiento mediante el cual se establece la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas que afectan a la persona mayor y/o a su familia que es motivo de estudio-investigación con objeto de marcarse un plan de trabajo.

El diagnóstico social constituye el nexo entre el estudio-investigación y el plan de trabajo.

- Presentación de los casos al equipo, debidamente informados:

El trabajador social presentará los casos al resto del equipo de trabajo de una forma clara y sistemática, con el objetivo de distribuir el trabajo en el seno del equipo interdisciplinar.

- Programación: plan de trabajo.

La tarea del equipo en esta fase es la de elaborar un proyecto de intervención con cada individuo y/o familia, respondiendo a:

1. Qué se quiere lograr.
2. Por qué y para qué.
3. Cuánto.
4. Cómo.
5. Con qué medios.
6. Quiénes lo hacen.
7. Donde y cuándo.

- Devolución de la demanda:

El objetivo de esta fase es el de llegar a unos acuerdos de trabajo con el usuario

y/o su familia para conseguir solventar el problema planteado.

Este es un momento muy importante, si se entiende la relación profesional-usuario no como un intercambio mercantilista sino como un instrumento de atención social.

Es ahora cuando el profesional, después de haber estudiado el caso puede situarlo en el punto justo y hablando con el usuario establecerlo correctamente. A partir de ahí se puede decir que hace cada una de las partes: usuario/s y profesional/es.

El contrato verbal o escrito es una técnica imprescindible para trabajar con las familias y/o individuos, porque en él se reflejan los acuerdos de los que se parte para la intervención:

• Objetivos:

Establecer las problemáticas y/o aspectos a trabajar conjuntamente con el usuario. Profundizar en la investigación a fin de verificar la hipótesis (plan de trabajo). Establecer la estrategia a seguir.

• Actividades:

Entrevista informativa.
Establecimiento del compromiso (contrato terapéutico).

• Metodología:

Comprobación de la hipótesis.

- Evaluación:

Una vez cumplidos los plazos previstos en el plan de trabajo, se realizará una evaluación a dos bandas:

- Por una parte se evalúa el caso en el equipo interdisciplinar.

Trabajo social con personas mayores. Teoría y práctica del Trabajo Social Gerontológico

- Por otra se evalúa conjuntamente con el usuario y/o familia (co-evaluación):

1. Cuáles han sido los efectos de la intervención.
2. Qué objetivos se han conseguido totalmente.
3. Qué otros objetivos no funcionan bien, y si conviene cambiar de estrategia

Es el momento de establecer un nuevo acuerdo que lleve a una fase de seguimiento. En este acuerdo han de quedar bien claras las estrategias a asumir por cada una de las partes y por cuanto tiempo.

• Metodología:

- Método evaluativo.

- Seguimiento:

Esta fase de seguimiento se caracteriza por un trabajo menos intenso del profesional y de más autonomía por parte del usuario. La función profesional será reforzar durante algún tiempo lo que se ha conseguido. Es un trabajo de consolidación de las nuevas situaciones para tratar de evitar retrocesos o desviaciones de manera que no se haga necesaria una nueva intervención.

f.- Intervención social.

f.1.- Trabajo directo con la persona mayor:

- Información, orientación, asesoramiento y apoyo directo ante las demandas de necesidades, aplicando los recursos adecuados.
- Entrevistas socioterapéuticas con personas mayores y/o familiares.

- Entrevistas socioeducativas para potenciar la autonomía en las actividades cotidianas.

- Trabajo dirigido a orientar sobre actividades socioculturales, de ocio y tiempo libre.

- Seguimiento de la evolución de la situación socio-familiar.

- Seguimiento de la intervención global.

- Visitas domiciliarias para valorar, proponer e intervenir en las distintas situaciones socio-familiares.

- Promover la autonomía y la capacitación del mayor, fomentando los recursos internos y externos que posee.

- Actuar sobre los factores de riesgo.

- Promover la reinserción del mayor.

- Estructurar el plan de trabajo con el mayor y/o su familia en función de las necesidades socio-familiares detectadas.

- Ayudar al mayor a asimilar los cambios producidos y a favorecer los procesos de socialización.

- Otras.

f.2.- Trabajo directo con la familia del mayor:

- Información, orientación, asesoramiento y apoyo directo ante las demandas de necesidades sociofamiliares, aplicando los recursos adecuados.

- Intervención dirigida a crear, reforzar u organizar las funciones familiares.

- Intervenciones dirigidas a la mediación en crisis familiares.
- Trabajo dirigido a la organización de la economía doméstica.
- Apoyo en situaciones de crisis.
- Apoyo y asesoramiento a las familias para que se impliquen en los procesos de cambio.
- Asesorar y orientar en casos de incapacitación y tutela.
- Favorecer el mantenimiento o la recuperación de los vínculos familiares.
- Asesoramiento a la familia extensa.

f.3.- Trabajo dirigido a utilizar los recursos:

- Conocer los recursos sociales existentes, ubicación, funcionamiento, requisitos, evaluación, etc.
- Informar del acceso a los recursos comunitarios e institucionales.
- Orientar al mayor a su familia hacia los recursos externos más adecuados en base a su problemática socio-familiar.
- Valorar los recursos para la persona mayor, posible adaptación, idoneidad, etc.
- Entrevistas para motivar la aceptación del recurso.
- Derivación de la persona mayor a otros recursos: gestiones telefónicas, elaboración de informes sociales, establecimiento de acuerdos de coordinación, seguimientos, etc.

- Dar a conocer los recursos y servicios existentes, asesorando sobre su mejor utilización.

B) Trabajo en grupo

En el campo de la vejez, el Trabajo Social en su intervención profesional utiliza con bastante frecuencia métodos de grupo para hacer frente a las problemáticas socio-familiares.

A través del trabajo de regulación del equipo técnico, el trabajador social detecta las necesidades sociales que pueden y deben ser tratadas en grupo:

- Las organiza.
- Selecciona a los/las usuarios/as y familias que pueden ser susceptibles de intervención.
- Entrevista a los/las usuarios/as seleccionados para informarles sobre el proyecto, a la vez que conoce y recoge el grado de motivación que tienen para participar en el grupo.
- Diseña el perfil del grupo, definiendo sus objetivos, los indicadores de evaluación, las técnicas a utilizar, el número de participantes, la temporalidad, los materiales a utilizar, etc.
- Dirige el grupo.
- Lo evalúa.

El trabajador social participa como coterapeuta de otros grupos creados por los distintos profesionales del equipo interdisciplinar. A modo orientativo, a continuación se relacionan los diferentes grupos que el trabajador social puede organizar:

- Grupos de sensibilización o acción social:

La intervención del trabajador social se dirige a la comunidad y se orienta hacia aquellos aspectos que pueden dificultar la inserción social del/ de los usuario/as en la vida cotidiana.

- Grupos de autoayuda o ayuda mutua:

El trabajador social interviene para ponerlo en marcha. Son grupos autónomos, donde los propios usuarios son los responsables de su dinámica y funcionamiento.

- Grupos socioterapéuticos:

La intervención del trabajador social se dirige a aumentar la funcionalidad social del usuario/s o tratar aspectos que generan conflicto y provocan sufrimiento en las personas. Se puede dirigir a profesionales u otros colectivos específicos.

- Grupos socioeducativos:

La intervención del trabajador social se dirige a mejorar el nivel de información sobre un trastorno y facilitar la adquisición de hábitos, conductas y estrategias para afrontar situaciones que por diversas razones no forman parte de la conducta de los miembros del grupo. El objetivo es evitar un proceso de deterioro o marginación social, o conseguir un progreso personal.

2.3.2.- Atención indirecta

El alcance de las funciones del Trabajo Social en la atención indirecta, al igual que en la directa, puede ser preventivo, promocional, asistencial o rehabilitador. El con-

tenido de estas funciones ha sido descrito con anterioridad.

2.a.- Coordinación:

El objetivo de la coordinación, es optimizar recursos, revisar necesidades y planificar alternativas de intervención, logrando una atención integral al usuario y a su familia. Se trata de ponerse de acuerdo en la acción común para conseguir con eficacia los objetivos propuestos.

- Coordinación interna.

Son los procedimientos que se realizan regularmente con los miembros del equipo para coordinar casos, replantear intervenciones y evaluar éstas últimas. Consultas a nivel interno y como canal informal de informaciones.

- Coordinación externa.

Dentro de la coordinación externa, cabe distinguir tres niveles de coordinación:

- Coordinación intersectorial con los profesionales de otros sectores en el mismo ámbito comunitario.

- Coordinación con los servicios especializados.

- Coordinación con la iniciativa social.

La coordinación del trabajo, parte ante todo de dar una respuesta conjunta a los problemas y necesidades del mayor, pasando por un proceso escalonado que implica el reconocimiento de la necesidad de intervención con otros sectores profesionales.



Título: piel de sabiduría. Foto: Nana Solana Contreras (2011)

La forma de conseguir una metodología de trabajo entre los diferentes niveles, pasa principalmente por una información y sensibilización de los profesionales.

Por último, se hace necesario reseñar la importancia de promover la cooperación y coordinación con las organizaciones no gubernamentales y la iniciativa social, a través del apoyo, asesoramiento, capacitación y mediación para la promoción y desarrollo de estas organizaciones y de las redes de apoyo social.

2.b.- Trabajo Comunitario:

El Trabajo comunitario se apoya principalmente en el abordaje integral basado en una concepción ecológica y en la uti-

lización y potenciación de los recursos de la comunidad. El Trabajo Social con personas mayores requiere una dimensión comunitaria, que incorpore los recursos naturales de las personas, grupos y comunidad en los procesos de resolución y prevención de los problemas sociales. Se trata de realizar una atención colectiva a las necesidades sociales de las personas mayores, a través de la atención grupal y comunitaria, siendo conscientes de que cada uno de estos ámbitos de la intervención tiene sus características.

2.c.- Gestiones.

Las gestiones profesionales son los diferentes tipos de actividad que genera la tramitación de recursos para la atención e intervención social.

2.d.- Documentación.

Diseño, elaboración y cumplimentación de los diferentes instrumentos propios del Trabajo Social, como pueden ser, entre otros: Historia social, ficha social, informe social, escala de valoración social, proyecto de intervención social, registro de entrevista, hojas de seguimiento técnico, fichero de recursos sociales, etc.

2.e.- Planificación y evaluación.

Es la acción del Trabajo Social encaminada a ordenar y conducir las diferentes actuaciones en el desarrollo de las funciones, diseñando intervenciones sociales, planes, programas, proyectos, servicios y políticas sociales a través de un proceso continuo de análisis de la realidad social.

Esta función profesional, en Trabajo Social se realiza a dos niveles:

- Nivel microsocioal. Que comprende el diseño de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales.

- Nivel macrosocioal. Que comprende el diseño de planes, programas, servicios y políticas sociales.

La evaluación es la acción llevada a cabo para constatar los resultados obtenidos a través de las diferentes actuaciones; sería como aprobar o desaprobar los progresos alcanzados en relación a los objetivos y metas propuestas, indicando los factores que han influido, realizando sugerencias y recomendaciones a tener en cuenta para mejorar, determinando las modificaciones y acciones a poner en marcha.

2.f.- Asesoramiento y apoyo a los miembros del equipo y a otros servicios.

Es la función profesional encaminada a apoyar y asesorar a profesionales en su intervención social con el colectivo de personas mayores.

La supervisión en Trabajo Social es la relación que se establece entre profesionales a través de un proceso de reflexión y análisis común en el que el supervisor y supervisado aportan su experiencia profesional y su formación técnica, extrayendo unos resultados y propuestas de intervención útiles para el desarrollo del trabajo. El objetivo es mejorar la calidad de las intervenciones de los profesionales que trabajan con y para las personas mayores.

2.3.3.- Formación, docencia e investigación.

3.a.- Formación y docencia.

A través de la impartición de enseñanzas teóricas y prácticas de Trabajo Social y Servicios Sociales, tanto en la Universidad como en otros ámbitos académicos.

Contribución a la formación gerontológica de profesionales y alumnos de pregrado y postgrado.

3.b.- Investigación.

La investigación es un procedimiento metodológico realizado de forma sistemática para conocer la realidad.

Investigación de las causas y extensión de los problemas y fenómenos sociales relacionados con la vejez, el envejecimiento y las personas mayores, para que sean abordados a través de una visión

global de la realidad social en la que se producen.

Esta función profesional se realiza con técnicas e instrumentos de investigación social, cualitativas y cuantitativas, que contribuyen al desarrollo de conocimientos.

El objetivo principal de la investigación es estudiar los diversos factores personales, materiales y sociales que permiten conocer la realidad y las múltiples variables que intervienen en las personas mayores, para responder a las necesidades planteadas y profundizar en el campo de la acción a través de cada una de las áreas investigadas.

2.3.4.- Dirección, gestión, planificación y organización de centros de mayores.

4.a.- Dirección de Recursos Humanos.

Supervisión, apoyo y soporte técnico: consiste en diseñar las líneas de programación e intervención, asegurando los elementos intervinientes en todo el proceso, desde la programación hasta la evaluación. Para ello será necesario realizar una labor de supervisión periódica del trabajo y una tarea de formación y crecimiento profesional que tiene por finalidad complementar y asesorar a los profesionales que lo requieran.

Dirección de equipo: Se trata de generar procesos empáticos y de coordinación y complementación entre los profesionales como forma de prevención de conflictos relacionales, de eficacia, etc.

Supervisión del cumplimiento de la normativa laboral de la organización en cuanto a horarios, vacaciones, permisos, etc.

Organización y distribución de tareas y funciones de los profesionales del equipo intervención interdisciplinar.

4.b.- Formación de los profesionales.

El director habrá de identificar las necesidades de formación, para lo cual utilizará tres criterios fundamentales: competencia de los profesionales para realizar la actividad, importancia de cada actividad y deseo del profesional de emprender la actividad.

4.c.- Dirección administrativa.

Control contable y económico: la elaboración de presupuestos es función imprescindible en la dirección, para ello habrá de identificar las necesidades presupuestarias del centro, revisar y evaluar las propuestas económicas, realizar el seguimiento del presupuesto, elaborar criterios de distribución económica, etc.

- Control de documentos y correspondencia.
- Control y evaluación de las necesidades del centro en cuanto a infraestructura, materiales, etc.
- Mantenimiento del centro.
- Control de la utilización de las instalaciones del centro.

4.d.- Representación institucional.

- Representación del centro.
- Articular todas las relaciones del centro con el exterior.
- Relaciones con otras instituciones.

4.e.- Coordinación institucional.

Con las instituciones que intervienen para evitar la ineficacia y duplicación de tareas.

3. Compromiso del Trabajo Social con la Gerontología

En el documento *Política Internacional sobre personas mayores*, aprobado en la reunión del Comité Ejecutivo de la IFSW (Federación Internacional de Trabajadores Sociales), celebrada en Nueva York del 18 al 20 de enero de 1999, se define el compromiso del Trabajo Social con la gerontología. La FITS se fundó en 1956, y sus orígenes se remontan a 1928, fecha en la que se creó el Secretariado Internacional Permanente de Trabajadores Sociales, en la que se integró la Federación Española de Asistentes Sociales (FEDAASS) en el año 1970.

La FITS tiene concedido el status consultivo en el Consejo Económico y Social de la ONU, teniendo representantes en Nueva York, Ginebra y Viena, también en el Consejo de Europa, en la OIT, en la UNICEF y en el Consejo Mundial de Bienestar Social. Actualmente la FITS está integrada por organizaciones que representan 79 países, representando a más de 500.000 trabajadores sociales. Estructurada en cinco regiones, Africa, Asia y Pacífico, Norteamérica, América Latina y Caribe y Europa, región a la que pertenece el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales como representante máximo de la organización colegial española.

El compromiso del Trabajo Social con la gerontología, a nivel mundial, se puede resumir en el documento aprobado por la FITS: "La FITS está llamada a reconsiderar las aportaciones del Trabajo Social a las personas mayores dadas las proyecciones demográficas que prevén un incremento de la población de este grupo de edad, los avances tecnológicos, y las investigaciones médicas, que pronostican, en general, una mayor longevidad y una vida más saludable en el siglo XXI". La FITS reconoce que es necesario el desarrollo de políticas sociales y económicas, la implementación de programas y servicios, y las iniciativas sociales e investigaciones para intensificar la participación de las personas mayores en la comunidad y para asegurar el respeto de sus derechos humanos y su dignidad hasta el final de sus vidas. Las personas mayores tienen el potencial de contribuir significativamente a la sociedad y a sus respectivas comunidades. Su sabiduría y experiencia pueden ser utilizadas productivamente.

Una reciente investigación sugiere que la actual cohorte de personas de esta edad vive su envejecimiento de forma más saludable y que, con el incremento de la longevidad, y los avances médicos, el periodo de incapacidad y enfermedades debilitantes se acorta a las últimas etapas de la vida. Conocer las necesidades de esta población es esencial para su bienestar social y emocional. Uno de estos elementos preponderantes es la contribución a este Estado de Bienestar es la presencia de un grupo de profesionales que valoren y respete el principio de autodeterminación.

Consecuentemente, la FITS se compromete a fomentar el desarrollo y provisión de servicios sociales para conocer las distintas necesidades de este significativo grupo de población, que abarque tanto a los más vulnerables, débiles y enfermos como a los que gozan de una sana y buena vejez.

• Principios

Para la FITS, las declaraciones de política social deberían recalcar los siguientes principios:

Debería estar en vigor una declaración política social global para las personas mayores que tuviese en cuenta las distintas necesidades de este grupo de edad y su propia vivencia del proceso de envejecimiento.

Este proceso de envejecimiento es universal y semejante; envejecer es, por ello, una cuestión social una inquietud global. En la mayoría de los países se suele definir a las personas mayores como aquellos/as que han alcanzado la edad de jubilación que es aceptada por su propio país y cultura.

Toda política debería reflejar el derecho de las personas mayores a continuar trabajando si lo desea. Esta oportunidad es necesaria tanto para el trabajo profesional como par el voluntario, para incrementar el sentimiento de bienestar en los individuos y para promover una mayor contribución a la sociedad.

Cualquier política social debería proteger el derecho de las personas mayores de vivir libremente a su manera, en su ambiente y con diferentes estilos de vida.

Debería facilitarse distintas alternativas y opciones a as personas físicamente dependientes, respetando el derecho de los individuos a aceptar o modificar los servicios que se le ofrecen.

Declaración política:

A través de los miembros de las asociaciones nacionales de los países miembros, la FITS participa en promoción de políticas,

en al ejecución de programas, en el desarrollo de servicios y en la iniciativa de acciones e investigaciones sociales relacionadas con las personas mayores.

La FITS apoya las políticas sociales y económicas que:

- Garantizan la entrega de servicios coordinados e integrales para mantener e intensificar el bienestar y la calidad de vida e las personas mayores en la comunidad y su marco residencial.

- Responden a las necesidades específicas de alojamiento para las personas mayores en la comunidad, en residencias y en marcos institucionales.

La FITS apoya el principio básico de las personas mayores de disponer de un nivel de renta que le permita satisfacer sus propias necesidades y mantener un nivel de vida acorde a la sociedad en la que viven para:

- Facilitar el acceso al transporte, servicios sanitarios, educación de adultos, actividades culturales y de tiempo libre.

- Paliar las desventajas que padecen las mujeres, en particular, aquellas que están viudas o viven solas, que sufren una minusvalía o que padecen los efectos de la pobreza.

La FITS apoya:

- La promoción de los derechos de las personas mayores al acceso a la asistencia sanitaria preventiva e integral, incluyendo cuidados hospitalarios y a largo plazo, y otros servicios recibidos en la comunidad y en casa.

- Políticas que ratifiquen el derecho de las personas mayores a permanecer en

sus hogares y a tener acceso a otro tipo de alojamientos adaptados a sus específicas condiciones y necesidades.

- Políticas que aseguren que las personas mayores en alojamientos de larga estancia son tratados en todo momento con respeto y, en la medida de lo posible, apoyados a ejercer su derecho de autodeterminación y cambio. Además, las personas con Alzheimer u otras demencias deberían recibir todos los cuidados y servicios especiales que requieran.

- La defensa de los derechos; los principios de protección, refuerzo, iniciativa y apoyo de la legislación social que promueva la defensa de los derechos de las personas mayores y su protección frente a abusos, explotación y negligencia.

- La FITS apoya los programas educativos para trabajadores sociales en el campo de la gerontología. Los planes de estudios de Trabajo Social deberían integrar un mayor conocimiento de las cuestiones relacionadas con el envejecimiento y el estilo de vida y necesidades de las personas mayores.

Los servicios desarrollados para las personas mayores deberían responder tanto a las necesidades de los más vulnerables como a las de aquellos que poseen todas sus capacidades. Deberían ponerse en marcha toda

una variedad de servicios y sistemas de apoyo, incluidos programas comunitarios.

La FITS recomienda encarecidamente que los organismos de servicios sociales y sanitarios aseguren una adecuada prioridad a los asuntos particulares de las personas mayores y a la asignación de recursos de formación para incrementar la calidad de los servicios que se les ofrecen.

Bibliografía

- MARTIN GARCÍA, Manuel: (2003): *Trabajo Social en Gerontología*; Síntesis. Madrid.

- MORAGAS MORAGAS, Ricardo: (1991): *Gerontología social: envejecimiento y calidad de vida*; Herder. Barcelona.

- ROBERTIS, Cristina. De: (2000): *Conferencias y Ponencias del IX Congreso de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales*. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social. Santiago de Compostela.

- RICHMOND, Mary Elizabeth: (1981): *Caso social individual (What is Social case work)*; Humanitas. Buenos Aires.

- ZAMANILLO, Teresa y GAITÁN, Lourdes: (1991): *Para comprender el Trabajo Social*. Verbo divino. Estella (Navarra).

La perspectiva social de sexualidad en las persona mayores

Silberio Sáez Sesma
Santiago Frago Valls
Ana María Ponce

Resumen

Este artículo trata de acercarse a entender la realidad sobre la sexualidad en las personas mayores, que tradicionalmente viene sufriendo cierto desinterés científico. En el artículo se describen conceptos clave, tratando de dar rigor y claridad a los términos empleados. Por último se trata el ámbito afectivo de la pareja y algunos aspectos fisiológicos que afectan a la realidad erótica de las personas mayores.

Palabras clave

Personas mayores, sexología, erótica, cambios fisiológicos, pareja.

Abstract

This article tries to approach to understand the reality on the sexuality in the elderly people, that traditionally it comes suffering certain scientific disinterest. In the article key concepts are described, trying to give rigor and clarity to the used terms. Finally one treats the affective area of the pair and some physiological aspects that concern the erotic reality of the elderly people.

Key words

Elderly people, sexology, erotic, physiological changes, pair.

Autores



Silberio Sáez Sesma

Sexólogo. Doctor en Psicología.
Director del IUNIVES (Instituto Universitario de Sexología de la Universidad Camilo José Cela) y Co-director de AMALTEA. Instituto de Sexología.
silberio@amaltea.org



Santiago Frago Valls

Licenciado en Medicina y Cirugía.
Director médico Instituto AMALTEA.
santiago@amaltea.org



Ana María Ponce

Trabajadora Social.
Jefa de Sección Área de Gestión Social y Vivienda.
Ayuntamiento de Zaragoza.
amponce@zaragozavivienda.es

La perspectiva social de sexualidad en las personas mayores

1. Introducción

La nueva “realidad” de la vejez

El desarrollo de la medicina y los cambios de las condiciones de vida han aumentado la longevidad del ser humano.

La brusquedad de este cambio (apenas un siglo) no ha permitido que existan estudios rigurosos y longitudinales. La realidad como “grupo”, “concepto” o “núcleo de reflexión” de la propia tercera edad es absolutamente reciente (juvenil, paradójicamente hablando). Hasta este siglo los ancianos, al margen de su mejor o peor integración, eran algo escaso y raro (en el sentido estadístico) y la carencia de estudios y datos científicos, irían más allá de la fácil excusa de la marginación o el ostracismo social.

Así pues, contamos con un doble “hándicap”, la carencia de estudios consustancial a la etapa de la vejez, y la habitual marginación de la sexualidad en los ámbitos del interés científico.

Es relevante considerar esta circunstancia, para comprender este escaso volumen de publicaciones.

El concepto “edad” puede tener un triple enfoque (ARBERS, 1996): edad cronológica, edad social y edad fisiológica.

1. La edad cronológica es la edad en años. Utilizando sólo el criterio edad, los estudios demográficos nos revelan algunos datos contundentes: por un lado el aumento de las personas mayores de forma rotunda en el último siglo. Por otro lado, la mayoría de mujeres dentro de

este gran bloque de personas por encima de 60 años. Se podría decir que estamos ante un doble dimensionamiento.

2. La edad social. Se trataría de actitudes y conductas “adecuadas” socialmente a una cierta edad. Esta construcción social determinaría las percepciones subjetivas (lo mayor que uno se siente) y a la edad atribuida (la edad que los demás atribuyen al sujeto).

Se está empezando a hablar de dos “bloques” en lo que hasta ahora se suponía un solo “bloque de edad”. Por un lado la “vejez joven” que tendría ya una representación social más favorable; y una “vejez vieja” que seguiría anclada a una imagen más negativa de lo que la vejez supone (Laslet, 1989). De ahí la importancia del concepto de “edad social”, más cualitativo, frente al más frío y cuantitativo concepto de “edad cronológica”.

Si no es lo mismo un adolescente de 12 que otro de 18; tampoco es lo mismo una persona de 65 que otra de 80. Hay circunstancias asociadas a cada uno de esos momentos que nos obligan a entender esta etapa de forma segmentada. En la primera vejez: salida del mundo laboral, reestructuración vital, final de la crianza familiar y vuelta a la pareja...resumiendo mucho. En la vejez avanzada: posibilidad de pérdida de la pareja y por tanto una fuente de apego primordial (viudedad), reestructuración de la red social, estado general de salud... resumiendo, otra vez, mucho.

La definición de esta etapa y su delimitación, debe ser revisada, para acceder a ella de forma menos global y genérica de lo que se hacía hasta ahora.

3. La edad fisiológica. Se relaciona con las capacidades funcionales y con la gra-

dual reducción de la densidad ósea, del tono muscular y de la fuerza que se produce con el paso de los años.

2. Revisión bibliográfica y estado de la cuestión

El desinterés científico en lo referido a la sexualidad en las personas mayores, es una evidencia, si nos atenemos al volumen de bibliografía especializada sobre este tema.

Las razones de esta escasa producción, hay que buscarlas, no sólo en el desinterés de los investigadores; también en las actitudes y vivencias que la sexualidad acarrea en las personas mayores.

Apenas hay estudios donde se entre de forma pormenorizada en las expresiones y vivencias de la sexualidad en esta etapa de la vida; con planteamientos similares a los que encontramos en estudios e investigaciones dedicados a etapas anteriores.

El “nuevo” bienestar social, entendido en el sentido amplio de la palabra, junto con los avances biomédicos, y el mayor acceso de la población general a los servicios de salud, constituyen dos grandes pilares sobre los que se asienta el logro de la prolongación de la vida humana, en el sentido cuantitativo y cualitativo.

La sexualidad es un elemento relacionado con la calidad de vida; particularmente contribuye al bienestar subjetivo, aspecto al que no permanecen ajenas las personas mayores. Master y Johnson, autores fundamentales en la sexología de la segunda mitad del s. XX, ya reflexionaron de forma abierta sobre esta cuestión: “...la actividad sexual contribuye al bienestar subjetivo de las

personas cuyo efecto al mantener una actividad sexual regular contribuye a retardar el declive relacionado con la edad y que algunas pérdidas fisiológicas supuestamente inevitables del envejecimiento sean más reversibles de lo que imaginamos” (Masters y Johnson, 1988).

La felicidad en pareja contribuye a la felicidad personal global, más que cualquier otro tipo de satisfacción, incluyendo la laboral. Investigaciones recientes han dejado claro que existe una relación definitiva entre sexualidad y calidad de vida (una persona sexualmente satisfecha se siente más atractiva, competente y es mucho más proclive a seguirse desarrollando intelectualmente).

Una buena actividad sexual gratificante, contribuye a una mejor calidad de vida, la sexualidad está presente en todas las dimensiones del ser humano, y por lo tanto no se puede desconocer su importancia como tampoco ignorarla.

Sin embargo, razones, no siempre relacionadas con la salud fisiológica, cercenan la posibilidad de hacer compatible una sexualidad gratificante en las personas mayores:

- El entorno social no acompaña y llena de desaprobación, censura y vergüenza al anciano...(existencia de un sistema muy rígido de tabúes).
- Las condiciones de pobreza o escasez de ingresos o vivir en malas condiciones...
- El ajuste a patrones de conducta sociales y morales también es vivida como una manera de darle un sentido de pertenencia a un grupo social.

Son más, las creencias y los valores sociales los que explican la pérdida de la actividad sexual.

La perspectiva social de sexualidad en las personas mayores

No disponemos de estudios de corte empírico, que analicen de forma profusa la sexualidad en los mayores. Los estudios que encontramos, tratan multitud de temas: ejercicio físico, hábitos alimentarios, salud, nivel de dependencia, si tienen vivienda en propiedad o alquiler, si residen en centros geriátricos, la cuantía de las pensiones, etc. Pero rara vez se habla de sexualidad.

Por otro lado, los estudios de corte sociológico sobre la sexualidad, rara vez incluyen a las personas mayores.

El primer estudio sobre las relaciones sexuales en los mayores, fue realizado por Kinsey en 1948, documentando la existencia de un declive gradual con la edad, en la actividad e interés sexual tanto de varones como de mujeres.

El informe Hite, de 1981, sobre la sexualidad masculina, nos informaba que el 57% de los hombres de entre 61 y 75 años, afirmaban que su deseo sexual había aumentado con la edad o permanecía igual. Los resultados obtenidos sobre la sexualidad femenina, ya habían arrojado datos similares en 1976. Para muchas personas, el deseo y el disfrute sexuales aparecen de forma constante a lo largo de la vida, aunque la frecuencia de las relaciones sexuales puede disminuir.

Sin embargo, aunque la frecuencia del coito se reduce con la edad, el mejor pronóstico para una vida sexual activa después de los sesenta, son el propio cultivo durante la juventud (cuál ha sido el nivel de deseo y actividad en esa época) en sentido más positivo o más negativo lo forman los niveles elevados de deseo y actividad durante la juventud.

Muchos mayores se mantienen activos sexualmente, y la actividad sexual más fre-

cuente son las caricias y tocamientos, seguidos del coito (Káiser, 1996). En este mismo estudio, se muestra la existencia de un alto porcentaje de ancianos (74% hombres y 42% mujeres) que practicaban la masturbación. Como ejemplo, la autoestimulación puede ser de gran importancia en la vejez, tanto por liberar tensión sexual como para disipar los miedos en el varón sobre disfunciones eréctiles o impotencia.

En nuestro país también contamos con algún estudio aislado, que detecta la estrecha relación entre actividad sexual mantenida en la vejez y la ejercida durante la juventud (Nieto, 1995). Existe concordancia con los resultados obtenidos en otros países, que no indican la correlación positivamente entre tener una vida de pareja activa y tener un buen funcionamiento social (Dello, 1998).

Siguiendo con estudios españoles, investigaciones con ancianos institucionalizados en residencias geriátricas, concluyen que la sexualidad dura toda la vida y que es beneficioso para la salud; aunque existe disminución en la frecuencia de los actos sexuales conforme avanza la edad, sobre todo en las mujeres (Moioli, 2005).

Son numerosos los aspectos que influyen en la sexualidad del anciano: la pareja, el deterioro de la relación y la convivencia, la salud, el sexo, la privacidad para las relaciones, así como qué opinan los propios ancianos sobre la sexualidad y el nivel de educación sexual que tienen. En general los ancianos tienen poca privacidad para mantener relaciones, ya que muchos están institucionalizados o viven con familiares (comparten habitación y espacios con otras personas). Otro motivo es la asunción de las necesidades sexuales de los mayores, por parte de los trabajadores de las instituciones que los atienden (Cibeles Lorenzo, 2004).

La sexualidad es una de las áreas del comportamiento humano más desconocida por los profesionales sanitarios y sociales. Las creencias y conceptos erróneos se manifiestan incluso en las historias clínicas y sociales, donde no se recogen datos sobre la actividad sexual.

Son numerosas las aportaciones sexológicas que evidencian, la relevancia de las posibilidades sexuales, más allá del estado de los genitales y su posible deterioro. El mayor órgano erótico es el cerebro, tener vida sexual no significa tener erección y penetración vaginal, sino que es mucho más que todo eso, en relación con otras formas de expresión sexual.

En la sexualidad participa todo el cuerpo, y su respuesta es diferente en calidad y cantidad. Se puede aprender a disfrutar del camino y no sólo del final del acto; con esta idea se destierra el concepto genitalista y coitocentrista de la sexualidad. En el ser humano, los órganos que no se utilizan se atrofian. Cuanto más y mejor se usen, más duran.

El placer y la satisfacción tiene más que ver con el cómo se viven las cosas, con lo subjetivo, que con lo que se hace, con lo objetivo.

Aunque lo veremos de forma más detenido a lo largo del presente texto, es evidente que ya hay autores que nos indican la existencia de hitos que favorecen que la sexualidad en la vejez se haga más tierna, táctil y sensual: la excitación requiere más tiempo, menos precipitación, es un paseo largo, prolongado y complaciente que una carrera rápida y corta y demanda más contacto corporal, porque la excitación depende más del contacto que en la juventud.

Desde el punto de vista emocional, todas las emociones, sentimientos y afectos pueden

seguir activos en la vejez: los afectos sexuales (el deseo, la atracción y el enamoramiento) se pueden mantener o aparecer de nuevo, en la vejez y pueden enlazarse cada vez más con los afectos sociales (el apego, la amistad, los cuidados, el amor), enriqueciendo la vida sexual y amorosa de las personas.

3. Conceptos previos

De forma sencilla y breve, exponemos tres conceptos básicos, intentando dar rigor y claridad a los términos empleados (Sáez, 2010).

Sexo

Este sexo, está constituido por una sucesión compleja de acontecimientos biológicos, psicológicos y sociales que hace que seamos –y no podamos no ser– seres sexuados: hombres o mujeres. Hablamos pues de acontecimientos sexuales que finalizan con resultados sexuales.

Aquí tendríamos que hablar de los procesos de sexuación. Es decir, de los mecanismos que nos construyen en tanto hombre o mujer, de forma diferencial. Aquellos elementos estructurales y estructurantes del sexo. Aquellos que hacen que seamos hombre o mujer.

Sexualidad

El concepto de sexualidad hace referencia al modo de sentirse esta condición sexual (sexo) y a la vivencia subjetiva de esta condición. Mi manera peculiar de ser el hombre o la mujer que soy; a nivel personal y en la medida en que vivo rodeado de otros hombres y mujeres.

La perspectiva social de sexualidad en las personas mayores

Sería como vivo mi realidad de hombre y mujer; y también como me siento orientado hacia los hombres o las mujeres que me rodean.

Erótica

Hace referencia a la expresión gestual (conducta que dirían los psicólogos) de la sexualidad. Aquellas producciones, hechos, realizaciones e interacciones a través de las cuales vivenciamos y expresamos que somos sexuados y sexuales.

Esta erótica puede ser virtual (una fantasía) o real (un beso, un coito, una caricia), individual (masturbación) o relacional. A estas expresiones eróticas se suele reducir el significado de sexo; pero como vemos, esto sólo es un elemento dentro de un conjunto más amplio y extenso.

4. Ámbito afectivo y de pareja

A partir de lo expuesto hasta ahora, no será difícil deducir algunas cuestiones evidentes:

- Las mujeres tienen mayor probabilidad de enviudar. En este sentido tienen especial relevancia los estudios que demuestran una relación positiva entre vida más larga y matrimonio; y que la muerte del cónyuge tiene efectos negativos en la salud y el equilibrio económico (Help Age International, 1999).

- Y en el plano sexuado, la viudedad no sólo tiene sentido diferente para mujeres y para hombres, por ser mucho más corriente entre las primeras; sino porque el modelo de relaciones sociales, inclui-

da la amistad, difiere entre los sexos. La conducta “adecuada a la edad” de mujer y hombre viudos se ha constituido de forma muy distinta; y según dicen algunos estudios en gran parte en perjuicio para las mujeres.

Una de las relaciones básicas que mantienen la mayoría de las personas, tras perder la fundamental del empleo, es la del matrimonio. A nivel sociológico, además, el matrimonio tiene asociados normas y valores cambiantes de forma continua. Del matrimonio como institución se ha pasado al matrimonio como relación, en la cual los individuos construyen y mantienen su sentido de identidad y de seguridad.

Los estudios se centran sobre todo en “satisfacción conyugal” por un lado y “responsabilidades domésticas” por el otro (en parejas heterosexuales con muchos años de matrimonio).

Centrándonos en resultados con diferencia sexuada, y partiendo de que la mayoría de las personas expresan ser felices en su matrimonio; los ancianos se muestran más satisfechos que las ancianas (QUIROUETTE, 1992). La satisfacción con el matrimonio correlaciona con el avance de la edad; es decir, tras la mediana edad, si se sigue con la relación matrimonial se expresa un grado de satisfacción mayor.

Apuntábamos más arriba la diferencia que puede haber entre la primera fase de la vejez y la segunda, como dos bloques diferenciales. Esta satisfacción marital puede disminuir en la vejez muy avanzada al incrementarse los problemas de salud de la pareja.

En líneas generales se puede hablar de factores adversos y positivos que mediatizan el nivel de satisfacción. En el sentido nega-

tivo estarían la enfermedad mental de uno de los cónyuges¹ y en el sentido positivo una actividad erótica continuada con el otro cónyuge (LEE, 1988); algo que retomaremos en el apartado de la erótica.

Pero al margen de reflexiones más o menos subjetivas, hay una clara correlación (olvidémonos por un momento de la “causalidad”) entre el hecho de estar casados y tener más satisfacción vital o ánimo, mejor salud mental y física, mayores recursos económicos, más apoyo social y tasas más bajas de ingreso en instituciones.

4.1 La posibilidad de pérdida de la pareja

Los cambios en la pareja sexual, por la muerte de un miembro, son algo muy importante. Cuando se es niño la fuente que asegura el afecto son los padres; pero cuando se es adulto la fuente que asegura el afecto es la pareja. Si se pierde uno de los miembros, se pierde una fuente de afecto, y esto es muy importante para el posterior desarrollo. Recordamos que el matrimonio era un factor que correlacionaba con una mayor calidad de vida.

Los viudos y solteros en estas edades, difícilmente pueden disponer de compañero sexual aunque lo deseen.

Existe mayor proporción de ancianas que de ancianos; pero los convencionalismos sociales respecto a la edad van en contra de éstas: La mujer debe casarse con hombres mayores o de igual edad, mientras que los varones tienden a casarse con mujeres más jóvenes.

El divorcio, aunque proporcionalmente es muy escaso, comparado este mismo fenó-

meno en otras etapas vitales, suele tener un impacto mucho más negativo en las relaciones familiares de los ancianos que en las de las ancianas.

Así mismo, la viudedad se experimenta en general en fases diferentes de la vejez entre hombres y mujeres. Para ellas la viudedad suele llegar en la primera etapa de la vejez (llamémosle la más juvenil) y por lo común, con una edad fisiológica mejor que en los varones de su misma edad; mientras que para ellos, debido a su edad fisiológica, forma parte habitualmente de lo que entendemos por vejez avanzada.

Las viudas tienen una red social más rica que los viudos; y en general las mujeres salen mejor paradas en su integración social en relación a los varones de la misma edad. Pero esta afirmación se puede hacer más allá del hecho de ser o no viudos o solteros; dado que la relevancia más significativa se halla en el hecho de ser hombre y mujer, sexo por tanto (más que en el estado civil).

Sirva un botón de muestra: *“Las mujeres solteras y viudas tenían redes de apoyo de tamaño similar al de las mujeres casadas, pero los hombres solteros solían tenerlas más pequeñas y las de los hombres casados solían reducirse cuando enviudaban. ... Lo más probable es que los hombres casados desarrollen relaciones por medio de sus esposas o dependan de las relaciones de ellas, y no al revés, pero si enviudan esas redes se contraen. Las mujeres solteras suelen tener redes de apoyo mayores que los hombres solteros...”* (SCOTT, 1996: 223).

notas

1. Estos datos se extraen sobre todo de enfermedades asociadas a la edad como el Alzheimer.

5. Algunos aspectos biofisiológicos

Aunque no es el objetivo central de este artículo, repararemos brevemente en la evolución biofisiológica en lo referido a la sexualidad de los mayores.

Los sexólogos americanos más relevantes del siglo XX (Kinsey o Masters y Jonhson, a modo de ejemplo), ya repararon en los aspectos biomédicos de la sexualidad en los mayores. De forma resumida, daban cuenta de la menor actividad sexual de la mujer mayor, así como su capacidad orgásmica, se debían, sobre todo al declive erótico del varón.

Los períodos de tránsito vital, y su vivencia; son factores determinantes. Hay quien considera que, a partir de los 60 años o mejora la vida sexual de la mujer o entra en declive bruscamente y ello obedece a la dinámica de relación como factor clave.

Otros autores, sin desmerecer los factores sociales, consideran que también son factores biológicos los que explican una menor actividad sexual en la mujer, así como una menor capacidad orgásmica.

En lo referido a los varones, su capacidad eréctil y su vivencia son el eje central sobre el que pivotan sus posibilidades eróticas.

5.1 Principales “cambios” biológicos en la erótica de la mujer mayor:

- Fisiología vaginal y déficit estrogénico:
 - Efectos de la deprivación estrogénica en la salud vaginal:

1. Discreta atrofia de la mucosa urogenital con pérdida de la elasticidad vaginal que puede causar: dispareunia, prurito vaginal, flujo vaginal y dolor coital. La fragilidad vaginal no tiene por qué ir unida a un déficit de lubricación vaginal; y la pérdida de elasticidad puede minimizarse con una frecuente y regular vida erótica.

2. Menor lubricación vaginal.

3. Disminución del tamaño del clítoris.

4. Adelgazamiento labios vaginales.

5. Disminución de grasa de los labios mayores genitales y tejido graso que recubre el clítoris.

- Efectos de la deprivación estrogénica en la respuesta sexual:

1. Menor rapidez de la excitación sexual.

2. Respuesta orgásmica más tardía, menos intensa y raramente múltiple.

3. Menor erección del clítoris.

4. Disminución de la tensión muscular.

5. Menor rubor sexual.

6. Menor aumento de la tensión mamaria.

7. Menor congestión de la zona vaginal y perivaginal.

8. El deseo sexual se mantiene si el nivel de salud acompaña.

- Cambios endocrinológicos y síntomas climatéricos

- Desde un punto punto de vista endocrinológico lo único que cesa es la capacidad reproductiva.

- Disminución de los esteroides sexuales por parte de los ovarios; todo ello en el marco y complejidad representada por el hipotálamo/hipófisis, ovarios, glándulas suprarrenales.

- No parece suficiente este descenso hormonal para afectar a la estructura sexual de la mujer.

- El ovario en la postmenopausia no es una glándula inactiva porque sigue fabricando andrógenos.

- La producción androgénica en la postmenopausia es responsable del mantenimiento de la estructura sexual.

- El desequilibrio estrógeno/andrógeno es responsable en ocasiones de algún síntoma clínico de androgenización: discreta aparición de vello.

• Cambios neurológicos: (relación con el déficit estrogénico)

- Disminución de los niveles de serotonina, dopamina, opioides hipotalámicos y un aumento de la nor-epinefrina, que dan lugar al Síndrome Climatérico: disforia, ansiedad, depresión,...

- Suelen ser reajustes neuroendocrinos transitorios que se minimizan con: dieta mediterránea, ejercicio regular y regularidad erótica individual o compartida.

5.2. Principales “cambios” biológicos en la erótica del varón mayor:

• Cambios endocrinológicos:

- Descenso de la testosterona plasmática

en un 1% anual a partir de los 50 años, de origen probablemente vascular.

- La conexión entre salud del varón y niveles de testosterona es una evidencia científica.

- Hipogonadismo de inicio tardío (HIT), también mal nombrado “andropausia” o “climaterio masculino” es una entidad clínica vinculada al hecho de la mejora de la calidad de vida y al consiguiente aumento del número de años que vivimos: “síndrome clínico y bioquímico asociado con la edad avanzada que se caracteriza con síntomas típicos y disminución de los niveles de testosterona sérica”. El HIT suele presentar algunos de estos síntomas: cansancio, fatiga, pérdida de masa muscular, aumento de peso, depresión, alteraciones de la esfera erótica, insomnio, osteoporosis o fracturas óseas, cambios de humor...(Puigvert y Martín 2009).

• Cambios en la respuesta sexual:

- El deseo, las fantasías eróticas, las erecciones nocturnas, la frecuencia eyaculatoria y orgasmo son “andrógeno-dependientes”; no así la capacidad de tener erecciones, que depende mucho menos del nivel de andrógenos.

- Los déficits eréctiles no hay que asociarlos a la edad sino al envejecimiento del sistema vascular (aterosclerosis periférica). En este sentido las erecciones son más lentas, requieren de mayores inductores internos (fantasías) o externos (visuales o de pareja), y son erecciones de menor rigidez.

- Las sensaciones orgásmicas y eyaculatorias suelen percibirse de modo menos intenso y la fase de tensión sexual es menos llamativa.

La perspectiva social de sexualidad en las personas mayores

- El periodo de relajación o refractario se alarga y la secuencia de respuesta sexual global necesita más tiempos.

- La masculinidad, que ya de por sí pierde vigor con el paso de la edad, recibe su puntilla definitiva ante la, en ocasiones, irreversibilidad de una disfunción eréctil, por ejemplo.

6. La vertiente erótica en la sexualidad de los mayores

No hay que ser muy sagaz, para imaginar, por donde circulan las principales inquietudes y demandas de los varones.

6.1. La sexualidad de los mayores y “su” sexualidad

Y si hablamos de amor... para ellos, esto es una dimensión “aparte” o claramente diferenciada de la sexualidad. Que si bien se pueden enriquecer mutuamente, la erótica es un fin, en si misma, que se puede ver facilitada o enriquecida por el amor como medio o llave que abre la puerta de la erótica. Resumiendo pues, la erótica es un fin; y el amor, es un medio.

Reflexionar sobre la etimología de los términos, para definir de forma correcta qué es (y qué no es) sexualidad, es una obligación. Pero tan importante es esto, como no perder de vista cuál es la representación social de sexualidad, que los sujetos de un determinado grupo humano tienen. Sea o no correcta, coherente, etimológica, polisémica, metonímica, escasa, difusa, incompleta, empobrecida, peligrosa o inocua... (y todos los términos que queramos añadir). Desconocer esta realidad, y lo que es peor, no saber adaptarnos a ella, es mucho más grave, dado que nos convierte exclusivamente en teóricos aislados de la realidad.

Para ellas:

No estará de más recabar en el concepto de amor y sexualidad, que hemos encontrado entre las personas mayores². ¿Qué es la sexualidad para las personas mayores? Y esta pregunta, además carece de sentido, si no la incardinamos en la dialéctica de que es para ellos... y que es para ellas.

- La sexualidad es algo que atañe sobre todo a los varones. El deterioro genital de él cuando se produce, le quita el sueño bastante menos. Lo que le interesa es sentirse querida e importante en el “universo de él”.

Para ellos:

- La sexualidad es una dimensión principalmente genital. Si dicha función entra en declive, las posibilidades de la misma dejan de ser significativas o válidas.

- Su feminidad, asaeteada por el modelo de la eterna juventud, se ve arrastrada ahora por el desinterés absoluto de él, en el posible atractivo de ella. Ciertamente que además perderá algún que otro disfrute corporal (esto para algunas es tolerable, para otras un alivio...), pero, a la postre, esto no suele ser tan relevante para ella.

Las mujeres mayores son hijas de su tiempo, y de allí vienen, no de dónde creemos que deberían venir.

En ellas, la erótica es un medio, para el amor que es un fin. La revolución sexual de los sesenta, situó a la mujer en un re-

lativo (que nunca total) cuestionamiento de este modelo. Pero las mujeres mayores no están ahí. No ven en la erótica un fin en sí mismo, y sobre todo no perciben en ello algo que genere un beneficio propio, sino sobre todo, un beneficio para otro... y este otro es él. La autopercepción de mujer "eróticamente sexuada" no ha llegado aún a ser interiorizada por las mujeres mayores (en tanto colectivo y salvando siempre las excepciones individuales).

La mujer no está excesivamente preocupada por la erótica, y esto no implica que no le interese lo que nosotros denominamos erótica; sino que no le interesa la erótica en sí misma, sino como medio, para ese otro fin: el amor y la pareja.

Así pues, podemos proponer revolucionar actitudinalmente a las mujeres mayores, y poner en cuestión el significado que dan al concepto sexualidad... o entenderlo y adaptarnos a él. El rigor científico no puede ser incompatible con la obligación de adaptarnos a las nomenclaturas y representaciones sociales de nuestros usuarios.

En esta etapa, al menos teniendo en cuenta a las personas mayores actuales, el amor es más relevante que en otras etapas, a pesar de que nuestros intereses estén más centrados en la erótica.

Con los jóvenes nuestro trabajo radica en "re-introducir" el amor, en el universo erótico, ante una crisis evidente de popularidad. Con los mayores, no podremos acceder a su erótica (al menos en el sentido relacional hombre-mujer) si no tenemos en cuenta la dimensión afectiva como fin.

Estamos en la obligación de adaptar las ofertas asistenciales a los usuarios potenciales; y no tanto adaptar a los usuarios a las nomenclaturas científicas correctas.

6.2. La realidad presente de la erótica en los mayores

De entrada partimos de una representación de esta etapa como período de deterioro e involución. Algo que los propios ancianos creen, al tener interiorizado el modelo juvenil como "deseable".

La actividad erótica del individuo, no sólo se mantiene, sino que va transformándose a lo largo de la vida. La conducta erótica, se prolonga durante la tercera edad y sólo desaparece con la muerte. Tengamos en cuenta que la expresión de la sexualidad no se reduce sólo a la actividad genital o coital, sino que engloba a toda la persona y su expresividad.

Es innegable que con la edad se producen unos cambios involutivos en los órganos genitales, pero esto no significa que no sean aptos para responder al placer. La capacidad y el disfrute sexual no tienen por qué estar limitadas por la edad. El cese de la fertilidad no conlleva automáticamente la disminución del interés erótico (LOPEZ F, 1996).

A pesar de estos cambios, la persona no está incapacitada para la conducta erótica, a no ser por condicionantes psicosociales. Existe una marginación a la sexualidad en la tercera edad que la considera denigrante ("¡A tu edad!", "¡Viejo verde!"). Numerosos estudios revelan que hay actividad, incluso coital, hasta edades muy avanzadas.

notas
2. Estas reflexiones se sustentan en la gestión y puesta en marcha del Servicio de Asesoría Sexológica para Mayores, que iniciamos allá por el 2006 y que estuvo en activo hasta 2011.

La perspectiva social de sexualidad en las personas mayores

Existe una gran diversidad en cuanto a intereses, capacidad y conductas entre las personas mayores. Además, las condiciones son cambiantes de una generación de ancianos a otra, por lo que los estudios deben ser revisados. Recordemos de nuevo los conceptos de edad cronológica y edad social para poder analizar de forma adecuada la vejez. Estudios de hace 20 o 30 años, tal vez ya no sean representativos ni útiles en la actualidad.

Aparte de los factores psico-sociales que marginan y limitan la expresión de la erótica en la tercera edad, ésta dependerá también de dos factores individuales:

- La abstención prolongada favorece el deterioro. La sexualidad se alimenta de sexualidad, de ahí la importancia de la evolución y la historia sexual de cada uno.
- Que la salud física permita (o no) que se lleven a cabo estas relaciones eróticas.

Cuando los ancianos no tienen actividad erótica, las razones expuestas por hombres y mujeres varían.

Ellas dicen que las razones de su inactividad son: muerte o enfermedad del marido, separación o divorcio, impotencia o pérdida de interés del marido. Las mujeres atribuyen la falta de relaciones a la no-disponibilidad del esposo. Con esto ponen de manifiesto implícitamente que la actividad erótica es una decisión del hombre. Por otro lado, su inactividad se debe más a cuestiones sociales que a limitaciones fisiológicas.

Los hombres, en cambio, atribuyen su inactividad erótica a: impotencia, enfermedad y falta de interés o posibilidades. Se autoatribuyen la inactividad erótica, a

diferencia de las mujeres; pero coinciden implícitamente con ellas en que esa actividad erótica es responsabilidad masculina.

6.3. El modelo social actual de sexualidad

Si hacemos caso a las referencias que los medios de comunicación ofrecen acerca de la sexualidad, nos encontramos con un mensaje muy concreto: *la Sexualidad es eminentemente juvenil, genital-coital y reservada a cuerpos esculturales*. Con este criterio, la sexualidad de los mayores está en las antípodas del *modelo deseable*. ¿Pero eso quiere decir que no existe? ¿Los medios de comunicación reflejan la realidad o también la crean? ¿Qué hacemos si a alguien no le coincide *su realidad* con la *realidad creada*?

Estamos un poco cansados de escuchar cómo la gente dice que la Sexualidad es en ocasiones un tema tabú. Tabú es lo indecible, lo intocable, lo intratable e invisible pero existente (SÁEZ, 2007). ¿Alguien se atrevería a decir que no ha visto en los medios de comunicación, publicidad, revistas... referencias y escenas sexuales?

Lo que probablemente no hayan visto, y ahí está el tabú, sea escenas o referencias sexuales de personas por encima de 60 años ¿Recordamos con facilidad alguna escena sexual de alguna película? ¿Hemos visto en la TV muchos cuerpos desnudos de personas mayores? La estética no existe, pero se crea; y los mayores han sido desterrados de este reino.

6.4. El cultivo

La erótica, como casi todo, es una cuestión de cultivo. Cada uno cosecha y recoge lo

que ha cultivado. Quien mime su sexualidad y sus expresiones, quien tenga recursos más allá de los coitales, quien sepa extraer y disfrutar de la ternura que la totalidad del cuerpo puede comunicar... seguirá disfrutando de su sexualidad aunque la capacidad coital se vea reducida.

Quien entienda que su sexualidad se limita o reduce a la genitalidad, que pierda interés más allá de lo reproductivo, quien considere como única alternativa el coito... cuando encuentre la más mínima dificultad se sentirá frustrado, sin recursos y abandonará su propia sexualidad.

Y es en este punto donde la autopercepción es significativa a la hora de vivir la masculinidad y la femineidad de un modo u otro, para que la erótica en la vejez suponga una posibilidad o una faceta a aparcar.

6.5. Algunos datos de experiencias directas

En la actualidad se han puesto en marcha, algunos servicios específicos, de asesoramiento sexológico para mayores³, de los que podemos extraer algunos datos y líneas de reflexión de cara al futuro (SÁEZ, 2008).

Los mayores son abrumadoramente mujeres, pero los usuarios de la asesoría son "abrumadoramente" hombres. Algo que no sucede, en servicios de similares características, dirigidos a otras edades; como por ejemplo, en las asesorías juvenil y universitaria. Y que tampoco concuerda, con la abrumadora presencia femenina, en todo el resto de actividades y servicios ofrecidos a este colectivo de edad.

Con datos recientes de servicios de Asesoría "específica", nos encontramos un porcentaje de usuarios hombres del 76%, frente a un 24% de mujeres. Pero si matizamos "cómo" vinieron unos y otros, nos encontramos con que ellos acuden solos o en pareja; pero ellas casi exclusivamente en pareja. De cada 10 hombres, 7 venían solos y 3 en pareja; en cambio las mujeres, 9 de cada 10 venían en pareja, y solo 1 de cada 10 venía sola.

Constatamos en lo referido a las demandas, que el deseo sexual es lo que mejor se conserva de la Respuesta Sexual Humana (RSH), siempre que la salud acompañe.

Destaca como área de intervención más solicitada: las dificultades eréctiles del hombre y las dificultades sexuales derivadas del uso de fármacos. Igualmente es alta la demanda por conflictos de pareja, familiares y algún trastorno urológico. La principal demanda de los varones gira en torno a su erección y la principal demanda de las mujeres se centra en temas o conflictos de pareja.

Los conflictos actitudinales, la biografía sexual, una educación sexual restrictiva, el modelo cultural coital de sexualidad y en ocasiones un abandono de la vida íntima, ha generado una cierta inseguridad sexual y por tanto ansiedad de ejecución, que unida a factores fisiológicos deja al varón mayor en una situación delicada.

notas

3. Este servicio de Asesoría Sexológica para Mayores funciona desde Octubre de 2006. Este servicio se presta desde el Área de Mayores del Ayuntamiento de Zaragoza; y se ha complementado con talleres (de seis sesiones cada uno de ellos) en seis centros de convivencia para Mayores del Ayuntamiento de Zaragoza y la D.G.A. respectivamente.

6.6. La situación actitudinal de cada generación

Como indicábamos anteriormente, el salto de los 70, no fue vivido por todos en lo personal, a pesar del “consenso” en lo social. Esto que puede parecer una obviedad, no lo es tanto. Las circunstancias sociales (por muy novedosas y contundentes que sean) no suponen el mismo impacto en personas de distintas edades.

Podremos hacer un discurso “políticamente correcto” tendente a limitar la importancia de lo genital en la sexualidad global. Pero una cosa es el discurso social y otra distinta la vivencia más personal e íntima.

Cada generación está en un punto de su viaje, aún cuando hayamos vivido la ilusión de creer que “toda la sociedad” evolucionaba al unísono. Probablemente así ha sido en un plano más “público”; pero no tanto en la realidad vivencial e íntima de los mayores.

- ¿Les hemos ofrecido educación sexual? Las actitudes parecen un tema pasado de moda... pero ¿Hemos trabajado con ellos, sobre ellas? O nos hemos dedicado a hacer un discurso estético sobre “cuáles deberían ser sus actitudes” (información), sin ofrecer recursos educativos para ayudar a modificarlas (auténtica educación sexual).

- ¿Hemos reparado en sus demandas y necesidades? Y sobre todo ¿les habíamos escuchado, o nos hemos limitado a “considerar y atender sus necesidades”, interpretadas desde nuestros ojos?

- Ellos siguen en el amor, y el amor es su entrada y amparo para dar sentido a lo que los sexólogos denominamos erótica. Al menos en el plano de pareja.

Hemos dado tan por supuesto el avance, que ni siquiera habíamos reparado en la obviedad de “comprobarlo” en algunas etapas vitales.

6.7. La terapia sexual

Y un ejemplo práctico a la hora de atender asistencialmente a los mayores, es la inadecuación de la terapia sexual habitual, a la hora de atender las especificidades concretas de la sexualidad de los mayores.

La terapia sexual actual es heredera directa de la “revolución sexual de los 60-70 (70-80 en España). Es un modelo de terapia que ya cuenta con una evolución “actitudinal concreta”, pero que está absolutamente desadaptada para concepciones actitudinales diferentes.

Sólo como ejemplo, el formato terapéutico que se emplea para trabajar la disfunción eréctil, es inadmisibles para muchas mujeres, dado que propone tomar la iniciativa (algo que no han hecho nunca), asumir la desnudez y las caricias genitales con soltura... Todo esto es inviable, si partimos de determinadas actitudes; que más allá de su puesta en juicio, estamos obligados a entender y respetar.

Constatamos un fracaso de los protocolos centrados en el problema, por la situación actitudinal de las personas mayores. Habrá que valorar cada intervención en función de los usuarios; con las limitaciones de no poder aplicar siempre la terapia más habitual.

Todo lo que no sea heterosexual, pareja estable y modelo actitudinal post 60, (con todas estas condiciones juntas) hace inviable la aplicación de la terapia sexual al uso. En este caso de los mayores, la situación

actitudinal en la que muchos de ellos se encuentran, hace inviable el uso de los protocolos terapéuticos habituales.

Como venimos reiterando, considerar la erótica como “dimensión” separada y cultivable en si misma, no es una premisa realista entre muchas mujeres mayores. Es un logro muy reciente, que si no se asume en lo personal, impide el trabajo terapéutico al uso.

6.8. Nuevas “CLAVES” y “PROPUESTAS” en Terapia Sexual

Pero el hecho de que los protocolos habituales de Terapia Sexual no sean aplicables de forma automática, no significa que no tengamos nada que hacer. Habrá que mejorar y adaptar las intervenciones y servicios (como profesionales que somos, estamos obligados a ello).

Los usuarios hombres, vienen con sus “desavenencias genitales”. Algunos tratamientos farmacológicos son “modificables”, con menos consecuencias para la respuesta sexual. En ocasiones (sólo como ejemplo) habrá que valorar la felicidad, como el equilibrio entre una “tensión arterial” menos controlada, pero con una vida genital satisfactoria. O mantener un estricto control de la hipertensión, al precio de hundir el pene a los abismos.

Otras veces el límite es evidente. Y a partir de ahí, siempre y cuando hayamos agotado todos los recursos, tendremos que “enterrar el pene” ante su muerte erótica.

Y como toda muerte, supone un duelo; y como todo duelo requiere de su elaboración... que como el lector sabrá, tiene más

que ver con lo emocional que con lo racional.

Además de ayudar a elaborar el duelo: “la vida después del pene...” estamos ante una oportunidad única, complicada pero única, para dejar de “cacarear” y llevar a la praxis el hecho de que la sexualidad y la erótica, están más allá de lo genital.

De esto apenas nos hablan los protocolos tradicionales de la terapia sexual de Kaplan o Master y Johnson; que viven obsesionados con la respuesta orgásmica.

Los varones renuncian al contacto físico, dado que ya no sirven para nada; las mujeres observan como él ya no le busca... Él piensa en su pene (y poco en el amor): “*para qué me voy a poner, ya no sirvo para nada, para dejarla a medias...*”). Y no se trata de falta de empatía. Cuando alguien está de duelo, está atenazado por su propio dolor; y por más que se lo proponga, hasta que el dolor no escampa, es iluso esperar cualquier movimiento.

Por su parte; ella piensa en el amor (y poco en su pene): “ya no me abraza ni me besa, ya no me quiere...”. Y su dolor puede que se vea acrecentado sobre lo que ha sido una “molestia permanente” en su vida de pareja histórica; pero que ahora ha pasado de ser leve a convertirse en grave y significativa.

Cada uno atrapado en sus propios fantasmas sexuales... Él puede aprender a entenderle a ella; y ella puede aprender a entenderle a él. El amor masculino y femenino se expresan de distinto modo. La expresión de afecto es sexual, y cuando fallan los canales, entender el otro idioma es vital, para reparar esa conexión perdida. Las mujeres son usuarias en tanto pareja, y esto es determinante e innegociable, más

allá, de sus desavenencias genitales. Tanto esfuerzo tendremos que hacer en “darles permiso para venir”... como a muchas otras para jubilarse... sobre todo en función del cultivo anterior.

7. Hacia el futuro

Queremos concluir de forma deliberada, con un espíritu positivo hacia el futuro de las personas mayores. Existen una serie de factores que podrían enriquecer la erótica de los ancianos: liberados de las preocupaciones y esfuerzos de la profesión; del cuidado de los hijos; sin miedo al embarazo; con tiempo para uno mismo... se podría adoptar un estilo de vida mucho más cómodo y placentero. Todo ello puede contribuir a que las relaciones eróticas se vean también favorecidas.

No olvidemos como, en líneas generales, se puede hablar de factores adversos y positivos que mediatizan el nivel de satisfac-

ción general (no solamente en lo referido a la erótica).

Es lo que podríamos denominar como “nuevos objetivos en educación sexual” a fin de trabajar de forma más efectiva en cada una de las edades de la vida de los sujetos. Si por ejemplo, sabemos que los varones en la vejez avanzada tendrán más dificultades de relación que ellas, y además sabemos la trascendencia que esto tiene de cara a una adecuada calidad de vida, sabremos por donde habrá de intervenir.

Si, por ejemplo, sabemos que mantener relaciones eróticas hasta edad avanzada, correlaciona con un mayor nivel de satisfacción vital, ahí tendremos otro objetivo; con el matiz sexuado de que las mujeres y los hombres “puntúan” de forma diferente la importancia de la erótica dentro de su escala de valores.

Finalizaremos con una sola reflexión. Aunque sólo sea por egoísmo, pensemos: los adultos de hoy somos los mayores del mañana.

Bibliografía:

ARBERS, S. y. (1996): *Relación entre género y envejecimiento. Un enfoque sociológico*. Narcea. Madrid.

BOROBIO, D (1996): *Los mayores y la familia*. Revista Familia. Universidad Pontificia, N° 13. Salamanca.

DELLO M, ZAGHI P, PADOANI W, Et al (1998) *Sexual Feelings and Sexual Life an Italian Sample of 335 Elderly 65 to 106 years old*. Archives of Georontology and Geriatrics. 26, 155-162.

HELP AGE INTERNATIONAL (1999): *El género y la esperanza de vida*. Tercera edad y desarrollo (3), 7.

KAISER, F. (1996): *Sexuality in the elderly*. E. U. Urology Clinical. North America.

LEE, G. (1988): *Marital satisfaction in later life: The effects of non.marital roles*. Journal of Marriage and the Family (50).

LOPEZ, F. (1996): *Reajuste sexual y de género en la vejez*. En J. FERNÁNDEZ, Varones y Mujeres. Pirámide. Madrid.

LORENZO C. (2004). *La sexualidad en la tercera edad*. Centro Universitario José Martí Pérez. Santi-Spiritus. Cuba. Obtenido el 7 de agosto de 2007 de www.psicocentro.com (fecha consulta: 11.07.12)

MASTERS WH, JONSON VE. (1988): *La sexualidad en el adulto*. En Masters WH Johnson VE, Kolodny Rc. "La Sexualidad humana". Tomo II. Grijalbo. Barcelona.

MOIOLI B (2005). *Aspectos conductuales, actitudinales y experienciales de la sexualidad en la vejez*. Sexología Integral, 2, 1, 26-27.

NIETO J.A. (1995): *Los ancianos españoles y su sexualidad*. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid.

PETER LASLLET A. (1989): *A fresh map of life: The emergence of the Tird Age*. Weidenfeld an Nicholson. London.

PUIGVERT A. y MARTÍN MORALES A. (2007): *Manual de actuación en HIT*. OMC. Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid.

QUIROUETTE, C. y. (1992): *Spousal characteristics as predictors of well-being in older couples*. International Journal of Aging and Human Development (34).

SÁEZ SESMA, S.(2010): *Sexo Básico*, Universidad Camilo José Cela, Madrid.

-- y FRAGO VALLS, S.. (2008): *Demandas en asesoramiento sexológico en mayores de 65 años*. La revolución pendiente. X Congreso Español de Sexología. FESS. León.

-- y FRAGO VALLS, S.. (2007): *La revolución pendiente*. Boletín de Información Sexológica (51), 1-3.

SCOTT, A. y. S. y. ARBERS (1996) *Género y redes de apoyo social en la vejez*. En, *Relación entre género y envejecimiento. Un enfoque sociológico*. Narcea. Madrid

VÁSQUEZ A. y BRONFMAN (2006): *Amor y Sexualidad en las personas mayores*. Transgresiones y Secretos. Gedisa Editorial. Madrid.

Conectad@s. Envejecimiento activo

Gustavo García Herrero

Resumen

Cuatro trabajadores/as sociales de con diferentes perspectivas y experiencias de intervención con personas mayores, analizan en este artículo la situación de este colectivo, los cambios más importantes que se han producido en sus necesidades, expectativas y demandas; su nuevo papel en la sociedad y en el entorno familiar, con especial atención a los efectos de la crisis sobre su calidad de vida. Y, por último, analizan el papel de los servicios sociales y de la intervención social con personas mayores, y los cambios que son necesarios para adaptarse a la nueva situación, necesidades y demandas del colectivo.

Palabras clave

Personas mayores, intervención social, trabajo social, servicios sociales, crisis.

Abstract

Four social workers of with different perspectives and experiences of intervention with major persons, analyze in this article the situation of this group, the most important changes that one has produced in his needs, expectations and demands; His new paper in the society and in the familiar environment, with special attention to the effects of the crisis on his quality of life. And, finally, they analyze the paper of the social services and of the social intervention with major persons, and the changes that are necessary to adapt to the new situation, needs and demands of the group.

Key words

Elderly people, social intervention, social work, social services, crisis.

Autor



Gustavo García Herrero

Coordinador del artículo.
Trabajador Social.

Miembro del Comité Científico Asesor de la Revista.
aitavo.gg@gmail.com

Conectad@s. Envejecimiento activo



María Teresa Ruiz Lavid (M.T.R)
Jefa de la sección de SAD, TAD y mayores del Ayuntamiento de Santander.

truiz@ayto-santander.es

12 años de trabajo en atención directa en servicios sociales comunitarios, 10 de ellos en cuatro municipios rurales y 2 en el Ayuntamiento de Santander.

En los últimos 12 años ha realizado trabajo como coordinadora de varias áreas en los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Santander, los 7 últimos en la sección de SAD, TAD y mayores.



Piedad Mateu Bellés (P.M.)
Directora del Centro de Día para Mayores Dependientes y Centro Integral de Mayores del Ayuntamiento de Onda (Castellón), pmateu@onda.es

Inició su trayectoria profesional durante 12 años en los Servicios Sociales Generales y con posterioridad he dirigido la Residencia Municipal de Almassora (Castellón) de 60 plazas gestionada como una Sociedad Anónima Municipal y el Centro de Mayores El Saler de Valencia de 120 residentes de gestión privada.



Minerva Tirado Mena (M.T.)
Trabajadora Social en la Asociación de familiares de personas diagnosticadas con la enfermedad Alzheimer u otras demencias de Castellón (AFA-CS) trabajadorasocial@afacastellon.org

Trabaja en la Asociación desde 2006, y su actividad se dirige a las familias (asesoramiento de la enfermedad, planificación de cuidado, información y ayuda en tramites burocráticos, tramitación de la incapacitación, dependencia etc., derivación recursos

socio sanitarios). Ha trabajado también en residencias de personas dependientes, así como en una clínica privada de interrupción voluntaria del embarazo.



Carlos de Vicente Amenábar (C.dV.) Trabajador Social del Servicio Cántabro de Salud. carlos.devicente@scsalud.es

Comenzó su trayectoria profesional en la Oficina Autonómica de Cruz Roja en Cantabria. Actualmente es Trabajador Social de Atención Primaria de Salud desde el 2005, llegando a iniciar el servicio y gestionar simultáneamente hasta tres zonas básicas (en la actualidad dos). Miembro del Consejo Técnico del Grupo de Mejora de Trabajo Social en el Servicio Cántabro de Salud.

Entre los profundos cambios que se han producido en nuestra sociedad en las últimas décadas, destaca el significado que las personas mayores han adquirido. La prolongación de las expectativas de vida hace aumentar el porcentaje de personas mayores, y con intervalos de edad más avanzados; tener hoy 65, 70 o más años es una edad en la que las personas se encuentran en plenas capacidades no sólo para disfrutar de todos los aspectos de la vida, sino también para participar activamente en la vida social.

Estos cambios tienen grandes efectos en la economía, por el incremento de las pensiones, que suponen importantes retos para la sociedad, pero también la oportunidad de desarrollar lo que a juicio de muchos analistas económicos puede ser uno de los pilares, junto al sector de I+D+I, para el futuro: el sector de cuidados y servicios para las personas mayores.

Pero lo que aquí nos interesa es analizar la situación de las personas mayores desde una perspectiva más vivencial. Porque la prolongación de las expectativas de vida va acompañada de un nuevo papel de las personas mayores en la sociedad; un papel que ya no se limita a ser “clases pasivas” o jubilados, y que demandan un rol activo en todos los aspectos de la vida personal y social; las oportunidades de disfrutar del ocio y tiempo libre, desarrollando la creatividad y las aficiones; la oportunidad de establecer y disfrutar relaciones personales; la necesidad de vivir de forma autónoma sin tuteladas ni paternalismos y, sobre todo, la demanda de participación social, son rasgos que caracterizan cada vez más a las personas mayores.

También en la esfera de la vida familiar, el papel de las personas mayores adquiere dimensiones y significados muy diferentes a los que conocíamos unas décadas atrás. Mucho se ha hablado y se habla de los cuidados que los/as abuelos/as proporcionan para hacer posible la compatibilidad entre el trabajo y la vida familiar de las familias jóvenes con hijos/as. Pero la crisis está enfrentando a las personas mayores a nuevas situaciones, en ocasiones dramáticas, con el retorno de sus hijos ya emancipados al hogar, arruinados por la crisis. Situaciones que están frustrando muchos proyectos vitales y desestabilizando la vida familiar, haciendo aflorar multitud de conflictos y situaciones angustiosas: cambios de humor, discusiones, agresividad, tristeza, maltrato psicológico, trastornos ansioso depresivos... que conllevan pérdidas de relaciones y de vida social, y un retroceso generalizado en su calidad de vida.

Pero, a pesar de todo, ahí están las familias, los padres ya mayores, los jubilados, supliendo la responsabilidad de un Estado con unos servicios sociales paupérrimos. Un Estado en el que cada vez que alguien

ha hablado de apoyar a la familia, lo que ha hecho realmente es trasladarle toda la carga y toda la responsabilidad de atender a las personas vulnerables, dependientes y, ahora, a sus miembros empobrecidos.

La intervención social constituye un escenario privilegiado para observar muy de cerca estos cambios en el escenario de la vida cotidiana. Vamos a aprovechar esta perspectiva para analizar la realidad de las personas mayores desde la experiencia de cuatro trabajadoras/es sociales que, cada una de ellas/os desde un aspecto diferente, dedican su actividad profesional a este colectivo: en un centro de salud, en gestión de servicios domiciliarios en un ayuntamiento, en un centro de día y en una Asociación de afectados por Alzheimer.

¿Estamos preparados los servicios sociales para asumir estos cambios? ¿Somos capaces de responder, al ritmo que los cambios sociales nos exigen, a las nuevas necesidades, expectativas y potencialidades de las personas mayores? ¿Estamos adaptando la intervención profesional a las características actuales de estas personas, o seguimos reproduciendo viejos modelos de intervención, ya fuera de contexto?. Son algunas de las cuestiones que, a lo largo de esta conversación, vamos a ir desgranando.

(G.G.) Decidnos, en primer lugar, qué cambios más destacados habéis podido apreciar en la personas mayores, desde que comenzasteis a trabajar con este sector.

(M.T.R.) Lo más llamativo para mi es el incremento del porcentaje de personas mayores y sobre todo su longevidad. Es importante destacar también la adaptación a los cambios que tienen ciertas personas mayores. Aunque, por otro lado, algunas de ellas han venido teniendo la idea, porque así se les ha hecho creer, de que tenían derecho

a muchos servicios o recursos de forma gratuita, solo por el hecho de ser mayores.

(P.M.) Yo destacaría, para empezar, que hace 25 años los recursos a nivel social para la tercera edad eran a nivel rural inexistentes, y en las urbes los que había tenían un largo camino que recorrer en relación a la calidad.

Respecto a las propias personas mayores, es indudable que se ha dignificado un período de la vida que, entre otras cuestiones, y sólo teniendo en cuenta las demográficas, para sus padres ya no era posible vivir. Se ha alargado de forma espectacular la esperanza de vida.

La mejora en la atención sanitaria ha sido vital para que todo este proceso haya sido posible, aunque nos queda mucho camino, en concreto tenemos mucho recorrido para que la presencia de médicos geriatras sea una realidad la red sanitaria española.

Por otra parte, las personas mayores, como grupo importante dentro de la sociedad han ido tomando conciencia de la nueva realidad que les acontecía, la posibilidad de disfrutar de viajes, grupos, actividades.

En definitiva se ha creado un nuevo espacio y se ha dignificado una parte de la vida dándole espacio a nivel social.

Lo que también está claro es que, a partir de ahora, el enorme cambio demográfico en el que estamos inmersos nos traerá dificultades importantes. Habrá más abuelos que nietos, el envejecimiento tan importante, nos llevará a reconsiderar como mantener los sistemas de asistencia pública...

(C.dV) Desde mi experiencia aprecio cómo las personas mayores en la actualidad son más proclives a realizar actividades, excursiones y talleres de ocio y tiempo libre, así

cómo a participar en los servicios de su comunidad, incluso en la vida asociativa. A modo de ejemplo, un 20% de las integrantes de la "Asociación Cultural Mujeres de Piélagos", uno de los municipios en los que trabajo, son mayores de 65 años.

De igual manera se percibe menor resistencia a los cambios y servicios, los cuales hasta hace algunos años todavía les generaban ciertas reticencias; es el caso por ejemplo de la eliminación de barreras arquitectónicas en la vivienda y adaptaciones funcionales, rotaciones familiares entre hijos ante situaciones de dependencia, acceso a recursos como catering social, servicio de ayuda a domicilio, centros de día e incluso, aunque en menor medida, ingresar en un centro residencial.

Otro aspecto relevante es el del acceso al recurso del propio Trabajador Social, en el que cada vez más es la propia persona mayor la que accede al Servicio y no a través de un familiar. Sin duda, a día de hoy, el colectivo se encuentra mucho más informado y conoce mejor los recursos cercanos.

(M.T.) Desde mi experiencia en una asociación de afectados por Alzheimer, lo que más destacaría sería la edad de las personas afectadas, puesto que cada vez es más común valorar a usuarios o usuarias a partir de 50 años. La enfermedad se diagnostica de manera precoz en muchos casos y por esto que acuden a la Asociación antes.

Normalmente quien solicita la información es la familia de la persona afectada y la concienciación de las familias (tanto cónyuges como hijos e hijas) esta más normalizada, por lo tanto otro cambio sería la información y concienciación de la enfermedad.

En cuanto a las personas atendidas también destacaría la aceptación cada vez más de una cultura de ocio y por lo tanto la necesidad de tener que acudir a un centro durante la jornada laboral de los hijos o simplemente para “distraerse”.

El hecho de normalizar la enfermedad y darla a conocer para saber como planificarla y acompañar a los familiares en el proceso es básico ya que también la persona afectada puede participar más en el mismo.

(G.G.) Por vuestras respuestas entiendo que consideraréis, en términos generales, que las personas mayores están actualmente muy adaptados a los cambios sociales, receptivos a servicios que hace tiempo no se asumían con naturalidad, con capacidad y con ganas de disfrutar del ocio y tiempo libre y de participar en su comunidad. Pero también habéis señalado que todavía muchas personas mayores tienen una percepción pasiva ante la sociedad, esperando que se les de todo sin dar nada a cambio ¿Es ese el retrato que podríamos hacer de las personas mayores actualmente?

(M.T.R.) Creo que podría ser una buena descripción general, es decir hay personas mayores muy dinámicas que viven su vida con independencia de su edad o condiciones de salud, y otras más pasivas, con una actitud de más pesimismo o de brazos caídos ante la última etapa vital, igualmente con independencia de sus condiciones de salud.

En general, opino que las personas envejecemos de la misma forma en la que hemos vivido hasta ese momento, es una cuestión de actitud ante la vida. Lo que no cabe duda es que precisamente eso, la actitud, es lo que marca la diferencia entre un envejecimiento más o menos agradable y positivo.

(M.T.) Yo también estoy de acuerdo, en líneas generales, en lo que se concluye y también en el tema de la pasividad y lo de la falsa creencia de entender los recursos públicos como gratuitos; porque ser conscientes de tener derechos es muy bueno, ya que de esta forma la caridad queda obsoleta, pero también es interesante conocer el coste de los mismos, realizar copagos, etc.

(P.M.) Si, pero tenemos que tener en cuenta la historia de vida de las personas mayores, porque son unos “supervivientes natos” la mayoría. Se han tenido que adaptar a situaciones muchos más precarias en otros momentos de su vida. Recuerdo a mi abuelo que decía: dónde trabajaran estos jóvenes... todos estudiando, llegará un momento que ya no harán falta más médicos o profesores, esto no podrá ser...

Ellos ya tuvieron que emigrar para trabajar y pagar a los médicos y los medicamentos, etc. todo esto ya lo han vivido, aunque matizado y sin ánimo de comparar las situaciones que no son comparables. Los que tienen una visión pasiva, que también los hay, a mi modo de ver, lo hacen como una forma de protegerse de etapas anteriores que han vivido de mucha precariedad y a las que no quieren volver.

Creo que todos son muy conscientes del momento a nivel global, social, familiar y, por supuesto, personal.

(CdV) Lo importante es que el cuadro en el que se retratan las personas mayores debe ser percibido por ellas mismas y por los propios profesionales como un marco en el que nos encontramos ante un miembro activo, participativo y totalmente integrado en una sociedad, en la que no debemos olvidar que representan al 34'8% de la población (según “Perfil de las personas mayores en España 2012. Indicadores esta-

dísticos básicos”). Se trata por tanto de un colectivo muy fructuoso que ha aportado, aporta y sin duda alguna seguirá aportando al desarrollo social de la comunidad.

(G.G.) *Cómo son actualmente las necesidades de las personas mayores ¿son muy diferentes a lo que eran hace algunos años?*

(M.T.R.) Mi opinión es que no han cambiado excesivamente. La primera necesidad que creo que tienen sigue siendo la del cariño y atención por parte de los hijos o familiares. La soledad, el aislamiento y la falta de autonomía son los problemas que más detectamos.

Por otra parte, dado que cada vez son más y con mejores condiciones de salud, necesitan independencia y que no les tratemos como niños o incapaces.

(P.M.) En los últimos 25 años, a mi modo de ver se ha pasado por distintas fases, fruto de la evolución propia de la sociedad. En un primer momento las necesidades eran mínimas y en la mayoría de los casos eran no molestar a los hijos; posteriormente, y fruto de la labor que llevaron a cabo diversas organizaciones, se empezó a cambiar la visión y las posibilidades de las personas mayores como grupo. Poco a poco, y también como consecuencia del cambio a nivel económico, la figura del mayor en la familia ha sido vital tanto para el cuidado de los nietos como aporte económico familiar.

Esta visión se ha ampliado enormemente en los últimos años con todo el tejido social y cultural alrededor de los mayores.

(C.dV) Coincidiendo con mis compañeras, unas de las principales necesidades que aprecio desde la consulta de Atención Primaria de Salud, y que en otro tiempo no era tan patente, es la relacionada con la

carencia afectiva, aspecto que constituye un importante elemento preventivo de situaciones de enfermedad. Y es que con los nuevos modelos familiares se evidencia una mayor separación entre la generación de mayores y todos sus sucesores, lo cual repercute en el estado anímico. Los estilos y ritmos de vida actuales, la paulatina incorporación de todos los miembros de la familia al mundo laboral, sobre todo de las mujeres que ejercían y siguen ejerciendo de cuidadoras, a pesar de la dificultad actual para encontrar empleo (según las estadísticas del Sistema de Atención a la Dependencia, en junio de 2012 el 92'55% de cuidadoras de personas con dependencia reconocida son mujeres), junto a la necesidad de generar espacio propio, hacen que los vínculos afectivos sean más débiles y tenues, por una lejanía que además de espacial es fundamentalmente emocional.

(M.T.) Yo opino como Teresa, creo que las necesidades son las mismas que siempre: la necesidad de estimulación, de atención y supervisión, cuidado, afecto etc.

Lo que creo que varía son los recursos físicos y económicos actuales y las formas de cuidado. Ya que, como he dicho antes, en el caso de quienes sufren Alzheimer es importantísimo la concienciación de la enfermedad, la información de la misma hace que seamos conscientes de las necesidades de nuestro familiar según la fase de la misma y por lo tanto el recurso de atención dirigido a cada fase.

(G.G.) *¿Y cómo está afectando la crisis a las personas mayores? ¿Realmente se está produciendo a gran escala ese retorno de hijos ya emancipados a casa de sus padres jubilados, o la demanda de ayuda a estos para poder seguir viviendo de forma autónoma?*

(M.T.R.) Sí, nosotros venimos observando desde hace tiempo el retorno de hijos, varones mayoritariamente, al domicilio de sus padres (madres viudas en la mayoría de los casos) tras un divorcio o ruptura de pareja. Pero respecto a la demanda de ayuda a los padres, siempre ha existido, aunque ahora en mayor medida llegando en algunos casos a la extorsión.

(P.M.) A mi modo de ver, estas situaciones no se están produciendo aun a gran escala, aunque sí que es muy importante la figura de los abuelos en el apoyo puntual de cuidado de nietos, preparación comidas, apoyo económico. Están siendo de nuevo, en muchos casos un pilar importante en la organización familiar.

Como consecuencia, en muchos casos se ven disminuidas sus posibilidades y por ende sus expectativas a nivel personal en pos del bien familiar. La importancia de las pensiones en la economía familiar ha aumentado enormemente. Se están produciendo éxodos de mayores desde las residencias de nuevo a los hogares familiares y de nuevo es la familia la que asume los cuidados.

En otros casos de mayores dependientes es la figura de un cuidador no cualificado, generalmente mujeres inmigrantes, las que asumen los cuidados del mayor y las tareas domésticas a precios muy bajos y como consecuencia, el mayor recibe unos cuidados menos óptimos en pos de la economía familiar.

Por tanto, las personas mayores son uno de los colectivos a los que afecta de pleno la crisis.

(C.dV) Considero que sí, la crisis económica está afectando en gran medida y de lleno a las personas mayores, tanto de manera

directa como de otras formas que pudieran ser catalogadas como indirectas:

Directa: Muchas unidades familiares recurren a la persona mayor como resorte económico para permitir la sostenibilidad de una mermada economía golpeada por el desempleo y la precariedad, siendo lo más común las ayudas económicas puntuales y la domiciliación de determinados recibos. De igual manera, estamos percibiendo el regreso obligado a casa por parte de hijos que ya no pueden permitirse mantener un modo de vida independiente y no les queda otro remedio que volver al núcleo familiar originario, sobre todo tras casos de separación, como bien refiere Maite. Todo ello deriva en un empobrecimiento de la persona mayor, así como en una dificultad para gestionar su propio ocio y tiempo libre por falta de medios.

Indirecta: La persona mayor, cuando requiere ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria y se convierte en dependiente, con derecho a recibir servicios o prestaciones por la Ley 39 / 2006 de Autonomía Personal, principalmente en los casos en que pudiera beneficiarse de un "Servicio de Ayuda a Domicilio" o "Centro de Día", y a pesar de que los profesionales vemos estos como los recursos más adecuados, la unidad familiar decide optar por la "Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar". Dicho aspecto repercute en la salud de los pacientes ya que están dejando de percibir una atención preventiva, educativa, sociocultural y rehabilitadora que beneficiaría en gran medida a su calidad de vida y bienestar integral.

(M.T.) Cuando empecé a trabajar en la Asociación, en el año 2006, la situación económica era diferente, por lo que las familias normalmente trabajaban todo el día y necesitaban recursos de atención diurna

en un amplio abanico horario; actualmente muchas personas cuidadoras se encuentran en situación desempleo o con graves problemas económicos, por lo que la atención del mayor a cargo de servicios profesionalizados se ve reducida, por disponer de mas horas para poder atenderlo en la familia y de menores ingresos económicos.

Es conocido ya el fenómeno de rechazar las plazas públicas o reducir la atención al mayor de su centro de atención, ya sea centro de día como residencia, para poder utilizar la pensión de éste para subsistir la familia.

Creo que se está produciendo un retroceso o cambio de la situación que se venía trabajando desde hace tiempo y que ya estaba dando resultado, de concienciar a las familias sobre la importancia de los recursos sociosanitarios tanto específicos, enfocados a la estimulación, como no específicos, enfocados a la descarga del cuidador o cuidadora o atención del o de la mayor, eliminando el sentimiento de culpa por parte de la familia para utilizarlos. La situación económica actual hace que se esté retrocediendo en este sentido, y empuja a que se vuelva a la anterior forma de cuidado donde era la familia la principal fuente de cuidado, normalmente realizado por mujeres sin empleo remunerado o amas de casa.

(G.G.) Si las personas mayores han cambiado en los últimos años, y su situación y sus necesidades son diferentes, ¿también los servicios sociales nos hemos adaptado a esta nueva situación o seguimos ofreciendo servicios de antaño?

(M.T.R.) Me gustaría pensar que nos vamos adaptando, pero de manera informal porque la administración y las políticas van siempre por detrás de las necesidades.

El derecho a la atención en situaciones de dependencia era un clamor en los últimos años, que comenzó a materializarse con la entrada en vigor de la Ley 39/2006 (*de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*). Desgraciadamente motivado por la crisis que padecemos, parece que está habiendo una involución en el ejercicio de ese derecho.

(P.M.) Yo creo que si; los servicios sociales, tanto los generales como los especializados, nos hemos adaptado a los cambios durante los últimos 25 años, si bien es verdad que en ocasiones la elaboración de expedientes se eterniza. Efectivamente, ocurre que cuando todas la tramitaciones que por parte de los servicios sociales realizamos para dar salida a las necesidades de los usuarios, la situación se ha degradado tanto que, de nuevo habría que plantearse una nueva solución. Por eso es necesario dar respuestas con mayor rapidez.

Aunque también es verdad que tenemos una red amplia de recursos tanto a nivel público como privado, y en la que están implicados muchos estamentos de la sociedad como ayuntamientos, asociaciones, universidades, etc.

(C.dV.) Sobre esta cuestión, en el ámbito sociosanitario es obligado subrayar la "*Ley 39/2006*, la cual aunque no es una normativa específica del colectivo, resulta un importante avance para la cobertura de las necesidades de los mayores que necesitan algún tipo de ayuda para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. No podemos obviar que un 77'7% de las personas que solicitan dependencia cuentan con más de 65 años (según las estadísticas que ofrece el IMSERSO sobre la aplicación de dicha normativa). Por tanto, los pasos que se venían dando son adecua-

dos. No obstante, y como ya se había comentado con anterioridad, las necesidades de las personas mayores van mucho más allá que el “mero” aspecto asistencial.

(M.T.) Sería injusto decir que los servicios sociales no se han adaptado en nada, aunque sí que considero que la adaptación es muy lenta, y actualmente mas. La aprobación de Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia es un logro social importantísimo, pero la forma de aplicación de la misma es dónde habría que trabajar.

Los servicios sociales ofrecen servicios de antaño en muchas ocasiones, ya que en mi opinión no valoran y se ofrece el mismo cuidado que hace años; normativas que no evolucionan desde 2005, por ejemplo; eso me parece ridículo, ya que si bien es cierto que las necesidades de las personas pueden ser las mismas, lo que cambia es la forma de demandarlas, la conciencia de derecho social, cuándo se demandan, el tiempo de utilización de las misma, etc.

(G.G.) *¿Os parece necesario resetear los actuales servicios sociales para las personas mayores? ¿Qué sobra, qué falta, que habría que modificar...?*

(M.T.R.) Yo incidiría en la mejora de relación entre generaciones que es bastante deficiente (ya se que es un objetivo muy ambicioso).

Habría que modificar también las actuaciones dirigidas al ocio de los mayores para que ellos participaran más en su diseño y organización.

Y ser capaces de ver el envejecimiento como un proceso vital absolutamente normal y que no tiene porque ser negativo o triste.

Con respecto a los profesionales, me gustaría que se desechase la idea latente entre nosotros de que trabajar con personas mayores es aburrido, en contraposición con el trabajo con menores, que resulta más interesante. Es un hecho indiscutible que los mayores cada día son más y van a ser nuestros principales usuarios así que cuanto antes nos hagamos a la idea, mejor podremos prepararnos para el reto.

(P.M.) Para mí, el principal cambio que se necesitan los servicios sociales dirigidos a las personas mayores, es unificar las aplicaciones de las leyes y proyectos por igual en todas las comunidades autónomas; el caso de la Ley de Dependencia es el más claro ejemplo.

En relación con casos concretos, como por ejemplo los Centros de Día, son ejemplo de desconocimiento en general; todavía hay una gran parte de la sociedad que prefiere cuidar al mayor en su casa con el apoyo de mujeres emigrantes y tienen el convencimiento que es la mejor solución y que su familiar está muy bien cuidado. Convergen en esta forma de pensar dos cuestiones, una cultural y otra económica. Hace falta a mi modo de ver más información a todos los niveles, tanto de prescriptores como a familias y a la sociedad en general, del los aspectos en los que se profundiza en los centros, la coordinación multidisciplinar y las valoraciones a nivel individual, de manera que conseguimos verdaderos avances en todos los aspectos tanto cognitivo como funcional, de relación y de autoestima personal. Retejemos y damos vida.

(C.dV.) Mas que de resetear, en Cantabria se puede hablar de implementación, y en este aspecto se ha dado un paso muy importante, ya que respecto a la Atención Primaria de Salud, la figura del Trabajador

Social desde hace 6 años se ha extendido a todos los Centros de Salud de la Comunidad Autónoma, lo cual ha significado un importante avance para la atención integral de este colectivo, ya que anteriormente en donde no existía nuestra figura profesional se abordaba la atención desde un enfoque únicamente biológico, siendo ahora los tratamientos realmente completos al incluir la perspectiva psicosocial. Partiendo de esta base sería conveniente un mayor desarrollo por parte de los Equipos de Atención Primaria de programas comunitarios de Educación y Promoción para la Salud, así como de Envejecimiento Activo y Saludable. De igual manera también sería adecuado favorecer las Líneas de Investigación y Estudios de Campo, ya que opino que es la gran huérfana de nuestra profesión.

(M.T.) Si, habría que revisar los ratios de personal que se exigen en las Residencias de atención a personas dependientes. Dentro de las mismas, también hay que hacer planes de cuidado que cubran las necesidades de las personas afectadas por problemas específicos, como el Alzheimer, de una forma real, no como hasta ahora se esta haciendo.

Hace falta apoyar más a los recursos específicos, o por lo menos no hacerlos desaparecer con las políticas de recortes que actualmente estamos sufriendo.

Hay que personalizar más la atención haciendo hincapié en la calidad y problemática de las personas, y no en números para estadísticas; considerar a los usuarios y usuarias como personas y no como meros números que una institución atiende.

Por último, considero que hace falta una concienciación plena y consecuente para exigir y reclamar los servicios sociales como derechos y no como caridad.

(G.G.) Yo creo que en los últimos años, si que se ha realizado un importante esfuerzo para innovar y adecuar los servicios sociales dirigidos a las personas mayores a sus nuevas circunstancias y necesidades. Sin embargo, algunos de estos cambios no han tenido la aceptación que cabría esperar de ellos. Se me ocurre pensar, por ejemplo, en los Centros de Día, un recurso que los/as profesionales valoramos como muy necesario para esta nueva situación de las personas mayores y de sus familias, pero que, sin embargo, no han tenido la aceptación y el alcance que se preveía ¿Porqué creéis que ha ocurrido esto? Piedad ya nos ha dicho algo al respecto, pero me gustaría también conocer la opinión del resto.

(C.dV.) En el contexto de Cantabria la respuesta a esta pregunta resulta muy evidente, y ya he hecho mención a ella cuando hice referencia a las afectaciones indirectas padecidas por las personas mayores debido al escenario de crisis: en las unidades familiares que cuentan con una persona en situación de dependencia (sea esta mayor o no), por norma general prefieren escoger la *Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar* antes que por los servicios ofertados, en este caso *Centro de día*. Mención aparte tienen aquellas que poseen un grado y nivel insuficiente para generar derecho (a día de hoy Dependencia Moderada en sus dos niveles), o no son consideradas dependientes, en estos casos las familias no están dispuestas a asumir el coste completo del servicio, que asciende a 33'94 € / día en jornada normal y 42'46 € / día en su jornada doble.

(M.T.R.) Si, lo que se ve en Cantabria con respecto a los Centros de día, es que existe un superavit de plazas, existiendo personas que no los están utilizando y a las que les vendría muy bien. Mi opinión, basada en los comentarios de los usuarios, es que tal vez sea porque puede resultar engorroso

para ciertas familias tener que estar pendiente de prepararles, acercarlos a la parada del transporte o incluso trasladarles personalmente hasta el centro en algunos casos. También he oído comentarios de familias que no aceptan que el cuidado de la persona mayor la realicen otros, *que nadie les cuida como ellos, que es como institucionalizarles* etc., desconociendo el beneficio que supone la atención especializada que les proporcionan en estos centros.

Por lo que yo conozco, y coincido en esto con lo que decía Piedad, una vez que empiezan a ir al centro de día, la demanda de las familias es que se amplíe la atención más horas y días. En definitiva, creo que hay romper ese recelo inicial, fruto del desconocimiento, y animarles a que conozcan los beneficios de un Centro de Día para personas en situación de dependencia.

(M.T.) Yo creo que los Centros de Día si han tenido la acogida que necesitan, lo que pasa que se han creado muchos; en mi opinión cada municipio quería tener su propio centro de día, en lugar de potenciar una red de transporte efectiva y fuerte; con los Planes E por parte del gobierno muchos fueron los municipios que utilizaron ese dinero para crear centros de día, muchos de ellos a fecha de hoy todavía están cerrados.

En algunos casos, la tardanza en la aplicación en la Ley de la Dependencia cuando se solicita el centro de día, hace que cuando se resuelva ya no lo necesiten y cambien a Residencia por deterioro del usuario.

El coste de los servicios a nivel privado también creo que es otro aspecto que puede hacer que haya plazas libres debido a la situación económica que estamos viviendo.

(G.G.) ¿Cómo debe ser la intervención con las personas mayores?

(M.T.R.) Creo que la intervención debe ir orientada, en primer lugar a garantizarles una vida digna en su entorno con sus necesidades básicas cubiertas con servicios de proximidad.

Por otra parte pienso que deberían tener una participación más activa en la sociedad porque una amplia mayoría mantiene una actitud pasiva, esperando a que les ofrezcan actividades.

(P.M.) A mi modo de ver la intervención con personas mayores tiene que ser aplicando las mismas técnicas que para cualquier otro colectivo. Los mayores y sus familias tienen una historia de vida y en muchos casos tendrán la oportunidad de reorientarla, retejerla desde otra óptica, el hacerlo o no; en ese punto dependerá de su decisión y nuestra intervención les servirá de guía y apoyo.

(C.dV.) La intervención con las personas mayores debe partir de la aceptación real y completa del usuario y del total respeto a la autodeterminación, dejando la puerta cerrada a cualquier resquicio de edadismo. Ya que si en otros grupos de edad tenemos dichos principios totalmente asimilados, con este colectivo es bastante frecuente el predominio de la toma de decisiones por parte de familiares e incluso de los propios profesionales en sustitución y sin tener en cuenta al paciente interesado. Por ello debemos informar, orientar, asesorar y acompañar, pero siempre favoreciendo la autonomía en la toma de decisiones para que puedan decidir libremente sobre la planificación de sus propios Proyectos Vitales Personales.

Sobre esta base, la intervención debería asentarse en 7 pilares: 1. Promoción de la Salud, 2. Promoción de la Autonomía Personal, 3. Prevención de la Enfermedad, 4.

Prevención de Situaciones de Dependencia, 5. Higiene, Alimentación y Control de la Medicación, 6. Educación Sexual y Afectiva y 7. Ocio y Tiempo Libre.

(M.T.) La intervención con mayores debe ser ante todo personalizada y multidisciplinar, de calidad. Debe estar enfocada tanto a la problemática que padece y al momento de la misma, como a su situación física, económica y social para poder ofrecer un plan de cuidado y atención específico.

Creo que actualmente, y sobre todo a nivel público, prima el número de personas atendidas sin valorar mucho la calidad de la misma; esto lo digo por la normativa que la administración tiene, por lo menos en la Comunidad Valenciana donde, por ejemplo, el número de ratio de personal que marca es tan ridículo que nunca podría ofrecerse una atención de calidad; con esas ratios si que se cubre la demanda, la atención, pero no la calidad.

Considero que se trabaja mucho en la política del parcheo del problema y no en la erradicación del mismo. Se necesita aumentar la ratio para atender a las personas dependientes, ya que no se puede así ofrecer calidad ni mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

(G.G.) *¿Conocéis algún proyecto novedoso en intervención con personas mayores y que merezca ser conocido?*

(M.T.R.) Desde el Ayuntamiento de Santander hemos implementado una “buena práctica” con mayores en situación de vulnerabilidad, es decir aquellos que viven solos o con escasos o nulos apoyos familiares. Consiste en la detección y un seguimiento más exhaustivo para conocer sus necesidades y servirles de apoyo ante cualquier incidencia.

(G.G.) *¿Disponéis de algunos datos o de alguna evaluación de esa buena práctica?*

(M.T.R.) Hemos empezado con esta práctica en noviembre de 2011, con la implicación activa de las empresas prestadoras de los servicios de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia que realizan un protocolo de seguimiento consistente en visitas y llamadas telefónicas con una frecuencia mayor que al resto de los usuarios. Actualmente se aplica este protocolo a 111 personas beneficiarias de estos servicios. Colaboran en este proyecto, detectando y derivando casos, 14 parroquias de la ciudad y los centros de salud, además de las propias Unidades de trabajo social municipales y otras entidades sociales.

(P.M.) Los proyectos más novedosos que yo conozco son los apartamentos y viviendas con servicios compartidos. Es un recurso poco extendido, aunque ya hace muchos años que funcionan de forma puntual.

(C.dV.) En el entorno correspondiente a las zonas básicas de salud en la que desempeño mi labor profesional, no se desarrolla ningún proyecto de intervención social con el colectivo de personas mayores que resulte innovador. Lo que si me gustaría reseñar es que en cualquier proyecto del cual pudieran resultar destinatarios, deberían encontrarse inmersos e incluidos tanto en su elaboración, como en el desarrollo y posterior evaluación. Me parece fundamental su implicación para conseguir un impacto efectivo, real y positivo.

(M.T.) No sé si la palabra sería novedoso, pero si que como esta poco apoyado y cada vez se quiere y se busca atender de manera mas global destacaría los programas de atención específica a las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer u otras demencias, que cada vez son más

necesarios. Estos programas tienen como objetivo intentar mantener las capacidades cognitivas de las personas afectadas, manteniendo su autonomía y de esta forma mejorar la calidad de vida de éstas y, por lo tanto, de sus familias.

El proceso consiste en una primera cita con el familiar (T. Social – familia cuidadora) en la que se realiza un intercambio de información sobre la persona afectada, información de la enfermedad y recursos y trámites a solicitar en función de la misma. A partir de ahí se hace una valoración neuropsicológica de la persona afectada para ver en que momento de la enfermedad se encuentra a nivel cognitivo, es decir, que capacidades conserva para intentar mantenerlas y cuales ya ha perdido y hay que obviar a la hora de trabajarlas, y la vez una valoración social a la familia para ver que grado de sobrecarga tiene la misma. Con esa información se elabora un diagnóstico social y un genograma para conocer y orientar, en caso necesario, sobre planificación del cuidado. La familia hace entrega de una valoración sanitaria y con todos los datos tanto neuropsicológicos, como sociales y sanitarios el equipo se reúne (Psicóloga, T. Social, Personal sanitario) y se orienta a la familia sobre el recurso idóneo para su familiar, en función del momento de la enfermedad y concretamente de su valoración.

En la Asociación se trabaja la estimulación mientras pueda trabajarse, con planes de atención específica e individualizada a la hora de programación de actividad cognitivas; por ejemplo todos los usuarios o usuarias trabajan el área del lenguaje pero cada uno su actividad en función de la valoración. Esta forma de atención tiene un periodo concreto en el tiempo ya que el avance de la enfermedad hace que llegue el momento en el que se deje de poder tra-

bajar, la estimulación, la rutina de vida y la medicación son los tres pilares básicos que se trabajan con el fin de enlentecer el proceso.

En la provincia de Castellón la Asociación es el único recurso de atención específica enfocado a primeras fases que se trabaja la estimulación con un fin terapéutico.

(G.G.) Podéis añadir cualquier otro comentario que os parezca oportuno respecto a las personas mayores, al envejecimiento activo, a los servicios sociales para las personas mayores, a nuestra labor profesional con ellas...

(MT.R.) Por mi parte me gustaría terminar diciendo que el envejecimiento activo es nuestro desafío profesional y personal.

(P.M.) Tenemos una visión un tanto parcial por el hecho de nuestra formación y visión un tanto pesimista de la vida. Y quiero romper una lanza en pos de una visión muy positiva de un gran grupo de personas mayores. Muchas de estas personas atesoran una gran ilusión por vivir y dan gracias diariamente, son felices con cualquier refuerzo positivo.

Tenemos que potenciar todos el concepto de resiliencia y así se potenciaran habilidades para que el tengamos un envejecimiento con éxito. Si se mantiene la salud física, cognitiva y social y se han hecho adaptaciones para conservar la calidad de vida y bienestar, podrán afrontar las personas mayores el proceso de envejecimiento saludable en el que están caminado.

(C.dV.) En la actual situación económica estructural que están dirigiendo al detrimento de valor de los Servicios Públicos y a la pérdida de poder adquisitivo de las familias, resulta fundamental optimizar los recursos existentes por parte de los pro-

fesionales, y no debemos olvidar que el propio paciente es su más valioso recurso humano. La persona mayor se encuentra colmada de potencialidades y experiencia vital que pueden y deben aprovecharse en gran medida durante la intervención profesional.

(M.T.) Siempre me ha gustado mucho la frase: “No hay que dar años a la vida si no vida a los años”; considero este principio básico y añadiría vida y calidad de vida a los años.

El potenciar y concienciar sobre el envejecimiento activo y la necesidad del mismo es básica para toda la sociedad, todos y todas envejeceremos y son programas en beneficio de la misma. Muchas veces caemos en el error que porque sea el último tramo de nuestras vidas es menos importante que otros; simplemente es un momento más de la vida, y el contar con población mayor en nuestra sociedad es un síntoma de evolución hoy en día utilizado. Pero la esperanza de vida debe ir acompañado de calidad en esos años.

Sin caer en sentimentalismos, quiero decir que me siento muy orgullosa de trabajar con personas mayores, que cada día me enseñan cosas nuevas; además me aporta mucha satisfacción, porque son personas con alto nivel de agradecimiento y experiencia de vida que me aportan en mí día a día.

Por eso quiero lanzar una lanza en favor de las personas mayores con respecto a su validez para poder formar parte activa de la sociedad en la que vivimos, y no considerarlos como un gasto de la misma.

(G.G.) Muchas gracias a los/as cuatro; nos quedamos con esa idea que todos/as habéis destacado, que es el potencial de las personas mayores, y no sólo sus necesidades y carencias. Y el reto que ello supone para los/as trabajadores/as sociales. Espero que vuestras opiniones nos ayuden a meditar sobre ello y a asumir de manera eficaz estos retos.

Avanzando hacia una cultura del cuidado "no sujeciones"

Hannah Ávila Blanco, Ana M^a Urrutia Beaskoa
Irene Erdoiza Inunciaga, Marta Idiaquez Miramon

Resumen

El uso de sujeciones físicas y químicas en los cuidados es una práctica frecuente en España. La prevalencia de uso de estos dispositivos en nuestro país puede considerarse elevada en comparación con otros países desarrollados que se encuentran en una situación socioeconómica similar a la nuestra. A pesar de los numerosos perjuicios que causan, las sujeciones se suelen percibir como seguras y útiles para evitar que las personas mayores o personas dependientes cuidadas sufran otros posibles daños, como pueden ser caídas, lo que nos conduce a prevalecer su seguridad frente a sus derechos de libertad, autonomía y dignidad. Para cambiar esta realidad sería necesario transformar toda la cultura de los cuidados y avanzar hacia una Atención Individualizada y Centrada en la Persona cuidada. Por ello, el presente artículo pretende realizar un análisis de los aspectos comentados, con el objetivo de incitar a la reflexión sobre cómo podemos mejorar nuestra forma de cuidar.

Palabras clave

Sujeciones físicas y químicas, enfoque del cuidado, cultura, atención individualizada, derechos.

Abstract

The use of physical and chemical restraints is a common practice in Spain. The prevalence of use of these devices in our country is very high compared to other developed countries that are in a similar socioeconomic situation to ours. In spite of the numerous injuries that those cause, the restraints are considered safe and useful to prevent other damages in elderly or dependent people, such as falls, which leads to prevail safety from their rights of freedom, autonomy and dignity. To change this reality it is necessary to transform the entire culture of care and move towards individual attention and person centered care. Therefore, this article tries to make an analysis of the issues discussed, in order to encourage a reflection on how we can improve our way of caring.

Key words

Physical and chemical restraints, care approach, culture, individual attention, rights.

Autoras



Hannah Ávila Blanco

Educadora Social Gerontóloga.
Área de Formación e
Investigación Grupo Torrezuri.
h.avila@grupotorrezuri.com



Irene Erdoiza Inunciaga

Psicóloga Gerontóloga.
Responsable Área de Consultoría e
Investigación de Grupo Torrezuri.
Directora de la Fundación
Cuidados Dignos.
i.erdoiza@cuidadosdignos.org



Ana M^a Urrutia Beaskoa

Médico. Geriatria-Gerontología.
Socia Directora Gerente del Grupo
Torrezuri (Servicios de Atención
Integral Sociosanitaria). Presidenta
de la Fundación Cuidados Dignos.
anaurrutia@cuidadosdignos.org



Marta Idiaquez Miramon

Trabajadora Social.
Técnico Auxiliar de Clínica.
Centro Gerontológico Julián
Rezola. Fundación MATIA.
rezoasocial@matiaf.net

Avanzando hacia una cultura del cuidado “no sujeciones”

Introducción

En el modelo de cuidados que poseemos en España, el uso de sujeciones físicas y químicas es una práctica bastante frecuente.

Los estudios realizados sobre este tema son escasos, no obstante, todos coinciden en la alta tasa de prevalencia de uso de estos dispositivos en España en comparación con otros países.

Uno de esos estudios, realizado por LJUNGGREN, PHILLIPS Y SGADARI, publicado en 1997 por la revista *Age and Ageing*, muestra que el porcentaje de uso de sujeciones diario y continuado en ese año era de un 39,6% respecto al total de la población institucionalizada, dato que resulta alarmante si lo comparamos con otros países desarrollados como Dinamarca (2,2%), Japón (4,5%) o Islandia (8,5%).

Existen investigaciones más recientes, como la publicada en la *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, realizada por GALÁN, TRINIDAD, RAMOS, GÓMEZ et al. (2008) en 25 residencias públicas de la Comunidad de Madrid, que habla de un 8,4% de prevalencia de uso de sujeciones, y un 20,8% si se añade el uso de barandillas. La Confederación Española de Organizaciones de Mayores – CEOMA, también presenta un estudio, financiado por la Fundación Iberdrola y editado en el 2008, en el cual se utilizó una muestra de 63 residencias, que revela que el porcentaje de uso diario de sujeciones era del 17,61%, y que aproximadamente un 70% de las residencias estudiadas presentaban una prevalencia de uso del 0 al 20%. Sin embargo, la propia CEOMA acaba de completar otra investigación con 263 residencias públicas y privadas que acogen a 9000 personas, demostrando que actualmente la tasa de utilización de estas

técnicas en España es del 23%; las mismas fuentes llegan incluso a hablar de que un “25% de personas dependientes que viven en residencias son sometidas a sujeciones físicas (como correas y ataduras), cifra que se sitúa en un 60% cuando se trata de personas mayores con enfermedad mental”. (BURGUEÑO, IBORRA, MARTÍNEZ Y PÉREZ, 2008).

1. El estado de la cuestión

Desde la Fundación Cuidados Dignos, con el ánimo de concretar el estado en que nos encontramos con respecto al uso de sujeciones, se realizó el pasado año un estudio piloto en la provincia donde ésta tiene su sede (Bizkaia). El pilotaje contó con una muestra de cinco residencias escogidas a través de una selección aleatoria estratificada, teniendo en cuenta los criterios de variabilidad de tamaño, ubicación, y tipo de gestión y titularidad.

Esas cinco residencias y centros de día acogían un total de 280 personas mayores, de las cuales un 68,93% (193 personas) eran dependientes.

El estudio dio a conocer que se usaban sujeciones físicas con el 43% (121 personas) de los 280 usuarios que residían en las cinco residencias que formaban la muestra, y se utilizaban psicofármacos con un 55% (154 personas). Estas cifras se pueden considerar muy elevadas, y más aún teniendo en cuenta los porcentajes de prevalencia de uso de sujeciones que presentan otros países, mostrados anteriormente. Esto coincide con la conclusión de los estudios ya mencionados, la cual afirma que en España el uso de sujeciones es una práctica frecuente.

Como se ha podido ver, “existen países que históricamente han venido haciendo

un uso muy limitado de estas prácticas (Finlandia y Dinamarca especialmente), sin necesidad de leyes o iniciativas profesionales especiales” (BURGUENO, 2008: 20). Estos países disponen de una tasa de prevalencia de uso de sujeciones baja gracias a la cultura que poseen, en la cual prevalecen los valores de dignidad, autonomía y respeto a los derechos de la persona cuidada sobre cualquier otro aspecto.

No obstante, podemos encontrar otros países que también han logrado deshacerse de las sujeciones a través de la modificación de la legislación, como son Japón y Estados Unidos.

En el caso de Japón, se comenzaron a dar iniciativas profesionales para lograr cuidados libres de sujeciones, basados en el mantenimiento de la dignidad, independencia y libertad (“Proclamación Fukuoka de Cuidados libres de Sujeciones”), que empujaron al Ministerio de Sanidad y Bienestar y al Gobierno de Japón a legislar al respecto, prohibiendo así el uso de sujeciones en los cuidados prolongados (AKAMINE YORIKO, 2000).

Estados Unidos, por otra parte, era un país en el que también se utilizaban sujeciones frecuentemente, hasta que entró en vigor en 1987 la ley OBRA (Nursing Home Reform Amendments of the Omnibus Budget Reconciliation Act) que mejoró la regulación de los hogares de ancianos e incluyó nuevos requisitos sobre la calidad de la atención, la evaluación del residente, la planificación del cuidado, y el uso de fármacos neurolépticos y restricciones físicas (HAWES et al., 1997).

La ley OBRA, además:

a) Introdujo el derecho a estar libre de restricciones físicas y químicas innecesarias e inapropiadas.

b) Puso énfasis tanto en la Calidad de Vida de los residentes como en la Calidad de los Cuidados.

c) Consideró el “no uso de Sujeciones” como un Indicador de Calidad de Vida (de residentes y cuidadores).

En España, en la que, como se ha podido ver anteriormente, se utilizan sujeciones en los cuidados regularmente, los motivos por los que se usan suelen ser la prevención de caídas, o la reducción de riesgos, tanto para el propio mayor (evitar, por ejemplo, que se arranque la sonda) como para los que le rodean (evitar que moleste a otros residentes).

Sin embargo, la realidad nos muestra que las consecuencias de estas técnicas pueden resultar más dañinas que las propias causas que llevan a utilizarlas.

Atendiendo a los perjuicios causados por el uso de sujeciones, afirma CLAVIJO (2008), presidenta de “AFAL contigo”, que estos dispositivos:

- Producen en la persona que las sufre indebidamente una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima.
- Pueden llegar a vulnerar derechos fundamentales inherentes a la persona como la libertad, la dignidad y la integridad.
- El uso inadecuado de sujeciones puede ser considerado un maltrato o un eventual delito de coacciones.

En la misma línea, MOYA y BARBERO (2003: 25) afirman que la utilización de la sujeción mecánica de pacientes con trastornos de conducta puede tener una dimensión de trato vejatorio e inhumano, además de efectos secundarios indeseables.

Avanzando hacia una cultura del cuidado “no sujeciones”

El Dr. BURGUEÑO (2008: 11) enumera dichos efectos secundarios en los siguientes:

Perjuicios documentados de las sujeciones físicas

Efectos físicos	Efectos Psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> Úlceras por Presión Infecciones Incontinencias (urinaria y fecal) Disminución del Apetito Estreñimiento Pérdida del tono muscular Atrofia muscular y debilidad 	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento Social Miedo / Pánico Ira Retiro / Apatía Depresión Agresividad

Tabla 1.1: Perjuicios documentados de las sujeciones físicas (Burgueño, 2008).

Efectos potenciales documentados del uso de fármacos psicotrópicos

Efectos físicos	Efectos Psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> Movimientos físicos de repetición Problemas de equilibrio Hipotensión Mareo / Vértigo / Síncope Marcha inestable Caídas - Fractura de cadera Problema de deglución Deshidratación Estreñimiento –impactación fecal Retención de orina 	<ul style="list-style-type: none"> Delirium/ alteración del pensamiento Deterioro del estado cognitivo Deterioro de la comunicación Deterioro del estado de ánimo Deterioro de los síntomas conductuales Depresión Alucinaciones Deterioro funcional físico Uso de sujeciones físicas

Tabla 1.2: Efectos potenciales documentados del uso de fármacos psicotrópicos (Burgueño, 2008).

2. La sensibilidad respecto al tema de las sujeciones

Aún contemplando estos perjuicios, no existe una sensibilidad especial hacia este tema, pues la consideración de la sujeción física como un mal menor, el desconocimiento de alternativas y el vacío legal, lleva a los profesionales y, en general a la sociedad, a una normalización de este tipo de práctica con el mayor (SEEG, 2003).

Se trata de un problema complejo, que se ha producido por varias causas.

Una de ellas es el proteccionismo que predomina en la cultura del cuidado de nuestro país. Este proteccionismo desde el que cuidamos a las personas mayores y/o personas dependientes nos ha conducido a sobrevalorar su seguridad sobre otros aspectos de igual o mayor importancia, como puede ser su derecho a la libertad, autonomía o dignidad.

Este balance sobre lo que ha de prevalecer (seguridad o derechos), en el cuidado que se ofrece, lo han realizado los profesionales y/o familiares, que, con su buena intención, han buscado y buscan lo mejor para la persona que cuidan. No obstante, desde nuestra Fundación creemos que en esa elección la persona que más debería participar es la propia persona cuidada, y sin embargo, la realidad nos muestra que no es así.

Hemos llegado a la conclusión de que esto se debe a que en España el enfoque del cuidado está centrado en la organización y no en la persona cuidada y en sus necesidades, deseos y preferencias, lo cual nos ha derivado al excesivo proteccionismo que se comentaba en líneas anteriores, a la infravaloración de los derechos de las personas frente a la seguridad, y a la concesión de un papel preponderante a los trabajadores y a las familias frente al papel del propio enfermo cuidado, que finalmente se percibe como un objeto de cuidado sin voz.

Otro de los aspectos que creemos nos ha conducido a la situación actual en que nos encontramos con respecto al uso de sujeciones en España, es la falta de legislación específica a nivel estatal que regule el uso de estos dispositivos, y la falta de concreción en la genérica legislación existente a nivel autonómico.

3. La legislación sobre sujeciones en España

Los decretos que podemos encontrar en las comunidades autónomas de España, que hacen referencia a las sujeciones, son los siguientes:

- En Cataluña, el Decreto 284/1996 modificado por el Decreto 176/2000 de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales, que establece el derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas.

- En Valencia, el Decreto 91/2002, de 30 de mayo, que afirma que a los usuarios solamente les podrán ser aplicadas medidas de sujeción, por prescripción facultativa motivada y expresa, con indicación de las horas que ha de llevarse a efecto, el tipo de sujeción y duración del tratamiento.

- En la Comunidad Autónoma de Navarra, la ley foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, que expone en su artículo 8-k el derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros. En este último caso las actuaciones efectuadas se justificarán documentalmente y costarán en el expediente del sumario, en la forma que se establezca reglamentariamente. Asimismo se comunicarán al Ministerio Fiscal.

Además, en Navarra se ha introducido una nueva Ley Foral 17/2010 de derechos y deberes en materia de salud, que obliga a los profesionales a informar a los usuarios “de forma clara y sencilla” sobre las ventajas e inconvenientes de las sujeciones con anterioridad a su aplicación, y los destinatarios podrán rechazar estas medidas físicas y farmacológicas “sin temor al abandono del cuidado debido”.

- Por último, en Cantabria, la Ley 2/2007, de 27 de marzo, instaura el derecho a no ser sujeto a ningún tipo de restricción física o intelectual, por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas.

Más recientemente la consejera de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Cantabria, anunció el pasado 31 de Enero que se va a regular el uso de sujeciones físicas y farmacológicas de la región a través del desarrollo de la Ley de Derechos y Servicios Sociales.

Aun con esta legislación se han seguido utilizado sujeciones porque éstas se contemplan como medida terapéutica y de seguridad, aspectos que hemos hecho prevalecer sobre cualquier otro, como los riesgos y efectos secundarios que entrañan las sujeciones, o los propios derechos de las personas cuidadas: libertad, dignidad, autonomía...

4. La cultura generalizada sobre sujeciones

Hemos generado, sin quererlo, una cultura nacional bajo la percepción de que las sujeciones son seguras y, sobre todo, necesarias para garantizar la seguridad de la persona cuidada.

Se podría decir que todos hemos contribuido, en parte, a crear esta cultura de la que venimos hablando: los médicos de los centros, por su importante papel como únicos tomadores de decisiones, especialmente con respecto a la indicación de su-

jeciones, quienes han aconsejado su uso para evitar riesgos, muchas veces debido a la presión legal que se ejerce sobre ellos; las familias de las personas cuidadas, porque han aceptado, comprensiblemente, la palabra del médico referente a que es necesario sujetar a su ser querido para poder garantizar su seguridad, y, ahora, son ellas las que las piden y exigen porque no conocen ningún otro modo de cuidar; estas mismas familias, a su vez, han transmitido a su entorno y de ahí al resto de la sociedad el pensamiento de que las sujeciones son necesarias, de manera que en este momento muchas personas demandan a los centros que utilicen sujeciones con su familiar para evitar posibles daños... De este modo, las sujeciones han vuelto de manera masiva a los centros, quienes se ven presionados por el exterior y encuentran más difícil aún evitar utilizar estos dispositivos en los cuidados.

Esta cultura y forma de pensar también ha propiciado que, desde el punto de vista gerontológico y del envejecimiento, la persona mayor se estigmatice, y no tenga el valor que debería de tener en la sociedad.

En general, no se contempla a las personas mayores, especialmente a aquellas que presentan algún tipo de demencia, como sujetos de derechos, entre otras razones porque las propias personas mayores en muchas ocasiones no conocen estos derechos, razón por la que no los defienden.

Se podría decir, por tanto, que se ha creado una dinámica que tendríamos que romper modificando totalmente el mensaje que transmitimos a la sociedad, no solo en cuanto a la eliminación del uso de sujeciones, sino también en lo referente al cambio de la cultura del cuidado que ha propiciado ese uso elevado.

5. Una propuesta sobre el cambio del modelo de cuidado

El camino que nos queda por delante es largo y duro, ya que sería necesario modificar todo el modelo de cuidado, en el cual habría que tener en cuenta las sujeciones como una práctica integrada en esa forma de cuidar que queremos transformar.

El cambio del modelo de cuidado incluye multitud de aspectos: desde la gestión de los centros sociosanitarios, hasta la redistribución de sus espacios físicos y estructurales; desde los servicios que ofrecen, hasta el perfil formativo de los profesionales que contratan; desde las actitudes de los cuidadores, hasta sus protocolos y maneras de trabajar... se trata de un cambio global y sistémico.

Para lograr esa transformación en los centros sociosanitarios, la Fundación Cuidados Dignos creó toda una metodología que propicia el cambio en el enfoque del cuidado, de manera que en el centro de la atención se sitúa a la persona mayor y no a la organización. Es decir, se pasa de un Modelo Centrado en la Organización a un Modelo Centrado en la Persona, y en sus necesidades, deseos y preferencias, a un Modelo de Cuidado Individualizado.

Teniendo en cuenta este nuevo enfoque, las sujeciones se consideran una necesidad del centro o de la organización, que no conoce otra manera de cuidar, y no una necesidad, ni mucho menos preferencia, de la persona mayor cuidada. Por tanto, se busca eliminar su uso y sustituirlo por otra forma de trabajar que respete los deseos de la persona y además no le cause perjuicio alguno.

Con este nuevo paradigma del cuidado se favorece el respeto, la libertad y la autonomía de la persona mayor cuidada, por lo que contribuye a cambiar, también, la percepción que se tiene actualmente a cerca del colectivo de la tercera edad y de las personas dependientes, llevándonos a contemplar primero sus capacidades y su potencial, en vez de su discapacidad o deficiencia. Se logra transformar, por tanto, toda la cultura de cuidado.

Esta metodología recibe el nombre de Modelo Vida y Persona.

6. El “Modelo Vida y Persona” y la “Norma Libera-Ger” de la Fundación Cuidados Dignos

El Modelo Vida y Persona representa un “modo de hacer” que la Fundación Cuidados Dignos quiere ofrecer al sector sociosanitario. Pretende externalizar el conocimiento de la Fundación para la consecución del objetivo de cuidar a las personas dependientes de manera más personalizada.

El lema del Modelo es: “No sometamos a nuestras personas mayores y sus familias a las reglas del centro, sometámonos nosotros, las personas que trabajamos en los centros, a las reglas de nuestras personas mayores y sus familias, de manera que abandonemos nuestro enfoque institucional y, sin perder la profesionalidad y más bien gracias ella, convirtamos cada uno de nuestros centros en un auténtico HOGAR”. Se trata de un conjunto de claves, ideas fuerza y despliegue de diversas capacidades, que se muestran como un

Avanzando hacia una cultura del cuidado “no sujeciones”

modelo, para que una organización a través de la **Autoorganización basada en el Desarrollo de las Personas que trabajan en ella y en su Empoderamiento**, vaya generando una nueva manera de trabajar orientada hacia la **Calidad de Vida y los Cuidados Individualizados, Personalizados e Integradores de los derechos de las personas mayores y sus familias**, lo que a su vez conducirá al **Empoderamiento de cada una de las Personas Mayores que viven en el centro residencial** haciéndolas Dueñas de su propio Proyecto de Vida con independencia de su competencia.

Basándose en este Modelo, y con el ánimo de reducir y eliminar el uso de sujeciones en los cuidados, se creó la **Norma Libera-Ger**, un conjunto de principios generales que permiten implantar y evaluar el **Sistema de Gestión y Control de Sujeciones** propuesto por la Fundación Cuidados Dignos, en centros de atención sociosanitaria. La norma proporciona las reglas que han de seguirse para garantizar una rigurosa gestión de las sujeciones restrictivas y la posibilidad de su eliminación (sin abandonar la seguridad de la persona dependiente) en el centro o módulo en el que se desee implantar.

Esta **Norma** representa el **primer Sistema de Gestión y Control de Sujeciones en Centros de Atención Sociosanitaria**, que permite, trabajar la eliminación de sujeciones a través de cuatro áreas:

- Cambio Cultural “NO SUJECIONES”.
- Motivación de las personas de la organización (liderazgo y gestión por valores).
- Concienciación y colaboración de las familias y residentes.
- Protocolo de Caídas Libera-Ger.

Muchas organizaciones ya se han unido a la “Cultura No Sujeciones” y han logrado cambiar su forma de cuidar.

Aun así, todavía queda mucho trabajo por hacer hasta conseguir cambiar la realidad de los cuidados de nuestro país. Por ello, desde la Fundación Cuidados Dignos, ansiamos promover un cambio hacia una cultura de cuidados más empática, más generosa, que nos lleve a situar en primer lugar a la persona cuidada, y no a nosotros mismos. Una cultura que inculque valores como el respeto, la dignidad y la autonomía desde la más tierna infancia. Una cultura que transforme toda la sociedad y haga de ella un lugar más respetuoso y agradable para las personas mayores y las personas dependientes.

7. A modo de conclusión: un testimonio profesional

Opinión de la trabajadora social Marta Idiaquez Miramon tras un proceso de eliminación de sujeciones mediante la Norma Libera-Ger.

En primer lugar, he de decir que el proceso de gestión y eliminación de sujeciones que hemos llevado a cabo ha sido largo e intenso, el cual ha supuesto mucho trabajo a todos los profesionales, pero también muchas satisfacciones.

Hemos tenido que formarnos, pero, sobre todo, hemos tenido que interiorizar un modelo de trabajo y filosofía diferente al que, hasta comenzar con este proyecto, habíamos aplicado.

En este proceso se ha trabajado por llegar a un equilibrio entre riesgo y beneficio, en-

tendiendo que la calidad de vida está en este equilibrio y no en la sobreprotección de las personas mayores.

Al principio nos resultó duro asimilar que en nuestro centro teníamos puestas sujeciones a usuarios que podrían estar perfectamente sin ellas si buscábamos otras alternativas. Siempre habíamos pensado que el uso de las restricciones en nuestro Centro estaba más que justificada. Por eso, tuvimos que reflexionar sobre esta cuestión, y ponernos enseguida a trabajar para eliminar el mayor número de restricciones posibles, entendiendo que así mejoraríamos la calidad de vida de nuestros usuarios/as.

Yo, como trabajadora social y parte del equipo, al igual que los demás profesionales que lo constituyen, he trabajado para que entre todos los/las trabajadores/as se entendiese e interiorizase que, eliminando sujeciones de una manera racional, mejoraríamos la calidad de vida de nuestros usuarios/as y, cómo no, nuestra satisfacción como profesionales.

He tenido que trabajar mucho con las familias, para que entendiesen nuestra nueva manera de cuidar, y hacerles ver que, una vez más, buscábamos el bienestar de sus familiares. He mantenido muchas entrevistas con ellas para trabajar la elimina-

ción de las restricciones y acompañarles en la eliminación de la sujeción de su familiar, realizando así un refuerzo al mensaje transmitido desde enfermería, y aportándoles tranquilidad haciéndoles ver que se estaba llevando a cabo un seguimiento exhaustivo de lo que la eliminación de la sujeción podía suponer a su familiar.

Además, en las entrevistas he tenido que explicar que estábamos trabajando en la eliminación de restricciones porque, aunque habían sido utilizadas durante muchos años para evitar caídas y prevenir accidentes, colisionan con los valores de autonomía y libertad, valores que afectan a la calidad de vida de la persona cuidada. Como conclusión, me gustaría resaltar que todo el personal estamos más contentos con esta nueva manera de trabajar, porque actualmente vemos que repercute de manera muy favorable en los/las usuarios/as y en sus familiares, quienes se manifiestan más satisfechos.

Todos los profesionales del Centro entendemos que se debe intentar trabajar sin sujeciones, buscando aquellas alternativas que nos permitan ofrecer un cuidado de mayor calidad que se adapte, respete y satisfaga las necesidades individuales de cada persona cuidada.

Bibliografía

- AKAMINE, yoriko (2000): "The movement of physical restraint-free care for the elderly in Japan and Japanese culture". *Nursing & Health Sciences*. Vol. 2 (2), 79–81.
- BURGUEÑO TORIJANO, A.A. (2008): *Atar para Cuidar. Uso de Sujeciones Físicas y Químicas en Personas Mayores dependientes que reciben cuidados prolongados*.
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5E315864-34F9-4236-9319-931E610416DB/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf>
(fecha de consulta 11.07.12).
- BURGUEÑO, A.A., IBORRA, I., MARTÍNEZ, P., PÉREZ, V (2008): "Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas del Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer". *Agathos: Revista de Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 1, 4-11. Institut de Serveis Sanitaris i Socials, S.L.; Barcelona, España.
- CLAVIJO, Blanca (2008): *Sujeciones: Aspectos legales en materia de sujeciones: Legislación aplicable*.
http://www.slidefinder.net/P/Pamplona_mayo_2008/3560482
(fecha de consulta 11.07.12).
- GALÁN CABELLO, C.M., TRINIDAD TRINIDAD, D, RAMOS CORDERO, D, GÓMEZ FERNÁNDEZ, J. P. et al., (2008): "Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43, 208-213. Elsevier; España.
- HAWES C, MOR V, PHILLIPS CD, FRIES BE, MORRIS JN, STEELE-FRIEDLOB E, GREENE AM, NENNSTIEL M, (1997): "The OBRA-87 nursing home regulations and implementation of the Resident Assessment Instrument: effects on process quality". *J Am Geriatr Soc.*, 45(8), 977-985.
- LJUNGGREN, Gunnar, PHILLIPS, Charles D, SGADARI, Antonio. (1997): "Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries". *Age and Ageing*, 26 (2), 43-47. RAI Unit, Karolinska Institute; Stockholm, Sweden.
- MOYA A, BARBERO J. (2003): "Malos tratos en personas mayores: marco ético". *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 38 (3), 177-185. Elsevier; España.
- SANZ SESMA, M. (2006): *Ley Foral 15/2006 de 14 de diciembre, de Servicios Sociales*.
http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/na-15-2006.html
(fecha de consulta 11.07.12).
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA (SEEGG), (2003): *Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados*. Documento técnico SEEGG N° 3.

Las Universidades de Mayores y su influencia en el envejecimiento activo. El caso de la Universidad de Vigo en el Campus de Ourense

Josefina Pato Lorenzo
José Antonio Tarrío Fernández

Resumen

Este artículo trata sobre el incremento del número de personas que alcancen edades situadas en la franja de los 90 a los 100 años, lo que se viene denominando como envejecimiento global. Nos centraremos en aquellas facultades de carácter formativo-intelectual, al considerar, que someten a la actividad cerebral, a un rendimiento más exigente y por tanto a una eficaz manera de “darle vida de calidad a los años”. Por ello muchos alumnos/as mayores en las aulas universitarias, los programas educativos son una oportunidad para la estimulación cognitiva y para la realización de nuevas relaciones interpersonales.

Palabras clave

Universidad, estudios, mayores, envejecimiento activo.

Abstract

This article treats on the increase of the number of persons that they reach ages placed in the band from 90 to 100 years, which one comes naming as global aging. We will centre on those powers of formative - intellectual character, on having thought, that they submit to the cerebral activity, to a more demanding performance and therefore to an effective way of “giving him quality life a years”. For it many major pupils/aces in the university classrooms, the educational programs are an opportunity for the cognitive stimulation and for the accomplishment of new interpersonal relations.

Key words

University, studies, elderly people, active aging.

Autores

Josefina Pato Lorenzo

Licenciada en Geografía e Historia. Licenciada en Derecho.
Profesora titular de Geografía. Directora de la Universidad para Mayores.
Universidad de Vigo. Campus Ourense.

José Antonio Tarrío Fernández

Doctor en Pedagogía.
Profesor titulado jubilado de Teoría e Historia de la Educación.

Las Universidades de Mayores y su influencia en el envejecimiento activo. El caso de la Universidad de Vigo en el Campus de Ourense

Introducción

Los avances de la ciencia médica, aunque no han conseguido alargar la vida, si que han logrado, que se incremente el número de personas que alcancen edades situadas en la franja de los 90 a los 100 años, o incluso en algún caso aislado se llegue a superar, lo que nos hace pensar, que se ha logrado una mayor expectativa y calidad de vida, o lo que es lo mismo, y que se viene denominando: envejecimiento global. Los citados avances de la ciencia en gerontología, se centran fundamentalmente en el estudio y modificación de las funciones del cerebro a causa del envejecimiento celular debido a la edad.

Sin entrar en la descripción de estos estudios, podemos afirmar, que todos ellos, concluyen en la necesidad de potenciar la vitalidad cognitiva, para evitar o retrasar la atrofia cerebral y por tanto, alargar la ya citada calidad de vida, basándose en una mayor autonomía personal.

Para evitar o paliar esta atrofia cerebral en la medida de lo posible, nada mejor que aprovechar la reserva cognitiva y la plasticidad cerebral que aún persista y que a través de factores externos, esta reserva cognitiva, no solo posibilite, que el individuo se sienta mejor y más útil, sino también, que se autoproteja contra los cambios patológicos que puedan producirse en su cerebro.

Aunque sabemos, que de una parte los factores genéticos con los que nacemos, y de otra, el como hemos vivido, determina la forma de envejecer, también conocemos, la importancia de una vida activa como elemento importante para la estimulación del sistema de cognición.

Dicho esto, y admitiendo la importancia, que para un envejecimiento activo tienen otras actividades de carácter físico y también las sociales, nos centraremos en aquellas de carácter formativo-intelectual, al considerar, que por su mayor nivel de exigencia de las facultades de orden superior, someten a la actividad cerebral, a un rendimiento más exigente y por tanto a una eficaz manera de “darle vida de calidad a los años” y para ello, nada más importante, que aprovechar la realidad social que nos ha tocado vivir y, desde hace varias décadas, en la que nos encontramos en un contexto, en el que las personas mayores adquieren cada vez mayor peso demográfico en nuestras sociedades, y que muestran un perfil cada vez más activo y con ganas de ocupar su tiempo libre, en actividades de carácter formativo y también tendentes a una mayor implicación en la vida social, asumiendo nuevos retos y rompiendo los estereotipos al uso, desde los que de alguna manera, se les excluía de toda participación, relegándoles a una vida totalmente pasiva y en la mayoría de los casos, se les abocaba sin medios a luchar contra la soledad.

Es por ello, que para muchos participantes en las aulas universitarias, los programas educativos son una forma de escapar de la soledad y el aislamiento, ya que les facilitan la posibilidad de nuevas relaciones interpersonales y nuevas oportunidades para hacer nuevas amistades, participando en actividades de interés común, que conlleven la estimulación cognitiva y también, para dar y recibir apoyo emocional e instrumental (Mehrota, 2003; Rowe y Kahn, 1998).

Ya ha sido demostrado por numerosos especialistas en gerontología, que las relaciones con otras personas, y también aquellas, que generen conductas de apoyo,

tiene efectos positivos en la salud, y considerando además un perfil muy generalizado en el que se percibe una marcada actividad en las personas mayores, es por ello, que se facilita y posibilita una oferta educativa basada fundamentalmente en la promoción de la cultura, del conocimiento y del desarrollo de las capacidades del individuo, que una sociedad educativa como la actual requiere.

Actualmente, el número de personas mayores de 50 años, que ha demostrado interés por cursar estudios universitarios, ha crecido de manera notoria y de ahí, que las Instituciones y más específicamente las Universidades tanto públicas como privadas, hayan puesto en marcha programas de estudio, diseñados específicamente para este colectivo, que en su día, o no tuvieron la posibilidad de cursar estudios en unos casos y en otros, si lo hicieron, pero ahora, que se encuentran liberados de sus obligaciones profesionales y con tiempo libre, desean continuar estudiando, con el fin de ampliar y actualizar sus conocimientos y mitigar de algún modo su soledad.

Esta iniciativa, por parte de las Instituciones, puede ser considerada como una acción social y solidaria, para con este sector poblacional cada vez más numeroso, que solicita una formación permanente y apertura a nuevas experiencias, ya que la capacidad de aprendizaje no desaparece nunca, ya que, para las personas mayores, el acto de aprender, parece estar muy vinculado al disfrute y al incremento de la autoestima y a la optimización del desarrollo personal, y al propio proceso de 'aprender por el placer de aprender'.

Recientes investigaciones, indican que las personas mayores pueden aprender nuevas cosas, y además aprenderlas muy bien (Mehrota, 2003). Sin embargo, no debe-

mos ignorar, que el aprendizaje y la evocación de hechos, se realiza más lentamente, aunque a su favor, podemos afirmar, que poseen bastante facilidad a la hora de utilizar sus recuerdos vitales, desde el valor del inmenso caudal de información, hasta experiencias atesoradas a lo largo de la vida.

Esas experiencias vitales, les posibilitan, que con cierta facilidad, puedan extraer conclusiones generales, porque ya han vivido esas u otras experiencias similares. Sería como evocar aquella conocida frase "la experiencia es la madre de la ciencia". Se trata pues, de reconocerles a este colectivo de personas mayores, no solo ese amplio bagaje de experiencias, sino también la enorme capacidad que poseen a la hora de detectar ciertas intencionalidades o motivaciones que otros les proponen.

Orígenes y evolución de la universidad de mayores

De las Aulas de la Tercera Edad a la Universidad de Mayores : Las Aulas de la tercera edad en España

En el año 1978, el Ministerio de Cultura, a través de la Dirección General de Desarrollo Comunitario, pone en marcha las Aulas de la Tercera Edad, pensando ya, que pronto llegarían a convertirse en las actuales Universidades de la tercera Edad o Universidades de Mayores, conscientes de la necesidad de promocionar y acercar la cultura a las personas mayores, como elemento imprescindible de cara a la transformación

Las Universidades de Mayores y su influencia en el envejecimiento activo. El caso de la Universidad de Vigo en el Campus de Ourense

social, que ello originaría al mejorar la calidad de vida y la dignificación de nuestros mayores. Esta iniciativa, se enmarcó en el ámbito de lo Sociocultural para atender a personas mayores de 55 años, asumiendo la intergeneracionalidad, como elemento vertebrador del proceso.

Las ATE, nacieron como lugares de encuentro en los que las personas mayores tuviesen la oportunidad de enriquecerse cultural y socialmente y participar también en la gestión de programas de formación permanente a través de una amplia gama de posibilidades educativas, facilitadoras del principio de igualdad de oportunidades contemplado en la Ley General de Educación de 1970.

Consideradas las ATE, como centros socioculturales, su actuación se centraría en esos dos aspectos que le dan contenido el ámbito social y el cultural.

El ámbito social y cultural

Desde el ámbito social, se facilita y posibilita la integración del mayor en grupos de participación social y por tanto, en la integración de la sociedad, con la posibilidad de participación en actividades de colaboración comunitaria y sobre todo a través de los centros e instituciones, cuya finalidad prioritaria sea la investigación sobre la problemática de las personas mayores, cuya adaptación a un nuevo status social, acarrea problemas de salud y también problemas psicológicos, motivados por esa nueva situación en la que se desconecta de la actividad diaria, del mundo del trabajo y de la relación con sus compañeros, además del deterioro de otras relaciones sociales en general, lo que les hace sentir

una sensación de vacío al no saber en qué ocupar su tiempo libre.

“Desde el punto de vista sociológico, el estudiante mayor encuentra en la Universidad un lugar de inserción cultural que le valora y donde, sin tensión se siente aceptado por no representar ningún peligro para los estudiantes jóvenes en el plan profesional. La persona mayor que alcance esta posición se encuentra capacitada para asegurarse una mejor relación con la población activa y con la población de los jóvenes.

Al mismo tiempo, desde la perspectiva psicológica, la persona mayor se inserta en un proceso curricular que le permite mantener en buenas condiciones su actividad cerebral y aprendiendo a mantener su vida aprende a luchar contra la muerte. En conclusión, los estudios universitarios serán, para el público que se inscriba en estos programas, un medio de integración en la vida activa, una acción para mantener una actividad cerebral significativa y, por último, una inserción en un lugar privilegiado de relación, la Universidad”. (Levet-Gautrat, 1982).

Desde el ámbito cultural, se facilita el acceso a los bienes culturales, a aquellas personas, que por una u otra razón, no habían podido disfrutar plenamente del patrimonio cultural y esto, se lleva a cabo, a través del desarrollo de actividades tendentes a potenciar las capacidades individuales y con ello lograr un ocio más creativo y gratificante.

Las Aulas de Extensión Universitaria para personas mayores se inician en Cataluña a principios de los años 80, y fueron creadas y puestas en marcha por la sociedad civil, por personas mayores, que se reúnen voluntariamente y fundan un aula, a la que dotan de personalidad jurídica propia y con independencia total no solo en la dirección y gestión, sino también en la

programación y la administración, siendo su objetivo principal, la formación y el reciclaje cultural de las personas mayores.

En cuanto a los programas de estas aulas de extensión universitaria, decir, que son propuestos por las mismas personas que integran estas aulas y para impartirlos, cuentan con Catedráticos, Profesores universitarios, de Instituto, Maestros y también profesionales de reconocido prestigio y por especialistas en materias determinadas.

Estos programas, aunque no creados por ellas, si que son vigilados por las Universidades, con el fin de garantizar, que mantengan un elevado nivel cultural como la denominación universitaria requiere.

Como se viene observando, los Programas Universitarios para Mayores han ido tomando diferentes formas en unos y otros lugares, lo que es fiel reflejo, de que no hay un criterio único sobre el tipo de organización que es más adecuado a las demandas de las personas y, en general de la sociedad.

Muchos de los contenidos de los programas tienen una clara orientación preventiva y potenciadora de los hábitos y estilos de vida saludables, y como ya se dijo, contribuyen al proceso de adaptación continua del adulto mayor a los cambios tan acelerados que caracterizan la época actual.

Las ATE, después de dos años de período experimental, se consolidaron como Centros coordinados por el Ministerio de Cultura por Orden ministerial de 21 de Junio de 1980, e intentaron cumplir los mismos objetivos que las Universidades para Mayores, ya en funcionamiento en el resto de Europa, como centros abiertos a toda la comunidad y como lugar de encuentro intergeneracional.

En 1983, se constituye La Confederación Española de Aulas de Tercera Edad, y entre otros, se fijan como objetivos, la promoción, coordinación desarrollo, funcionamiento y autonomía, así como la promoción sociocultural y la mejora y bienestar social y cultural de los mayores y también se promueve su representación en lo Organismos Oficiales tanto públicos como privados y a nivel, tanto nacionales como internacionales.

La Confederación Española de Aulas de Tercera Edad (CEATE) desde el inicio de su existencia ha estado integrada en la Asociación Internacional de Universidades de la Tercera Edad (AIUTA) perteneciendo durante muchos años a su Consejo de Administración.

Se promueve el estudio y la investigación sobre aspectos relacionados con las Personas Mayores y la jubilación activa y también la organización de Congresos, Jornadas, Seminarios, Cursos de Formación y otras actividades relacionadas con la Tercera Edad.

Los inicios de la universidad de mayores

La primera iniciativa de formación universitaria para personas mayores tuvo lugar en Toulouse (Francia) en 1973 y fue Pierre Vellas, quien con el fin de analizar los problemas de salud y los sociales, derivados de la soledad y del cambio de status al dejar la vida laboral activa, así como las relaciones sociales derivadas de la misma, además de los trastornos psicológicos propios de la vejez, organizó un Gabinete en el que colaboraron activamente jóvenes investi-

Las Universidades de Mayores y su influencia en el envejecimiento activo. El caso de la Universidad de Vigo en el Campus de Ourense

gadores en Gerontología y estudiantes jubilados. Se comenzó por organizar cursos, conferencias y actividades con el fin de dar respuesta a las demandas de las personas mayores.

Se puede afirmar pues, que las Universidades de la Tercera Edad fueron creadas con la finalidad de contribuir a la mejora de las condiciones de vida de las personas mayores, y para ello, se dotaron con los recursos necesarios. A saber: aulas, profesorado, personal de administración, ciclos de formación, etc. (Lemieux, 1997).

Los estudios universitarios para mayores en algunos países están integrados dentro de los estudios establecidos por cada universidad, y en otros son autónomos o funcionan de forma cooperativa con las universidades.

A partir de la creación de esta primera Universidad para la Tercera Edad en Toulouse, la proliferación de otros programas similares en Europa, fue en aumento y también en los EEUU.

Así podemos citar entre otras y por orden cronológico de creación: la UTE de Niza, en 1973; la UTE de Paris, X-Nanterre, y la UTE de Ginebra, en 1975; la UTE de Neuchatel, y la UTE de Friburgo, en 1977; la UTE de Basilea, en 1978.

En 1975, tiene lugar en Toulouse la fundación de La Asociación Internacional de Universidades de la Tercera Edad (AIUTA), se funda en Toulouse y aglutina más de 3.000 programas diferentes en las distintas Universidades para mayores en todo el mundo.

Con seguridad podemos afirmar, que es en los EE.UU. motivado por su potencial económico, es donde se han instaurado

los programas más ambiciosos, comenzando por el llamado Elderhostel, que se oferta a partir de los 50 años de edad, y en el que se contempla la posibilidad de que los alumnos, puedan formarse en distintos centros de todo el país y también en el extranjero, participando en dicho programa alrededor de 300.000 alumnos. (Manheimer). Se ofrecen también en este país, y como respuesta al gran interés de los mayores por su formación, otras oportunidades de aprendizaje en al menos cinco contextos o marcos, a saber: los *Learning in Retirement* (LIR), creados en 1962, se han establecido en más de 200 universidades de los EE.UU. y Canadá y en los que se proporciona formación a los mayores de 50 años, con Programas de estudios diseñados y dirigidos por miembros de la organización, lo que favorece y estimula la participación activa de sus miembros. En Universidades de ámbito estatal, los *Community College*; en las Universidades de ámbito local, los *Senior Centres*, en los centros de jubilados, los *Older Adult* (OASIS) y también, los *Shepherd's Centres*.

Tanto los programas como los distintos modelos de funcionamiento son distintos para todas ellas, lo que indica, que no existe un criterio único sobre el tipo de organización y lo que se pretende, es una mayor adecuación a las demandas y al momento de cada sociedad incluso en sus denominaciones, entre las que podríamos citar:

Citamos algunas denominaciones como: Universidad Tiempo Libre, Universidad Abierta, Universidad Para Todos, Universidad de Todas las Edades, Universidad de la Edad de Oro, Senior Studies, University of the Third Age (U3A) -que actualmente se denomina University of All Ages-, Scientific Continuing education for Older Adults, Ongoing Studies for the Elderly.

La universidad de mayores al servicio del envejecimiento activo

Se conmemora este año 2012, como el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional y es el momento adecuado para reflexionar sobre el hecho de que los europeos viven ahora más años y con más salud que nunca, y de asumir las oportunidades que eso representa.

Como por encima de cualquier decisión, incluso de la más acertada y conveniente, está siempre la decisión política, en buena lógica, debe ser la clase política, el lugar desde donde se deben afrontar los retos, para conseguir mejorar las oportunidades de envejecer activamente en general y de vivir independientemente, y para ello, se hace indispensable la actuación sobre ámbitos tan distintos como el empleo, la sanidad, los servicios sociales, la formación de adultos, el voluntariado, la vivienda, los servicios informáticos y el transporte entre otros.

El 2012, como Año Europeo, quiere concienciar sobre la problemática actual, y para ello, animar a los responsables políticos de todo el mundo, a establecer los objetivos adecuados y actuar para alcanzarlos, y poder ver y disfrutar de resultados tangibles y que las iniciativas no queden en meras declaraciones de intenciones.

Estos objetivos, vendrían marcados desde la consideración de que el envejecimiento activo, posibilita la solidaridad intergeneracional y que las personas mayores tengan la oportunidad de entre otras cuestiones:

- a) permanecer en el mercado laboral y compartir su experiencia
- b) seguir ejerciendo un papel activo en la sociedad
- c) vivir una vida lo más saludable y satisfactoria posible.

Desde el ámbito de la gerontología, se está trabajando muy seriamente en la búsqueda y estudio de todas las variables que contribuyan a la mayor eficacia en cuanto a la integración social en la vida de las personas mayores, desde la consideración de que es necesario considerar la vejez como una condición positiva de la vida y el proceso de envejecimiento individual y poblacional como un desafío para avanzar en el logro de sociedades incluyentes: para mujeres y hombres de todas las edades y condiciones.

Los programas educativos para mayores constituyen un elemento muy importante a la hora de intentar conseguir un envejecimiento productivo pues posibilitan al adulto mayor la integración y participación social (Mehrota, 2003; Rowe y Kahn, 1998).

Son varios los autores que han escrito en los últimos años, acerca del envejecimiento activo para unos, envejecimiento satisfactorio o envejecimiento productivo para otros y entre ellos citaremos Fernández-Ballesteros, (2002), Rowe y Kahn (1998), Stadelhofer (2002), Lehr (1999).

Envejecer muchas veces conlleva perder algunos de estos ámbitos (como consecuencia, por ejemplo, de la jubilación o la muerte de amigos o del propio cónyuge), y la implicación en programas formativos, puede ser un nuevo contexto que los sustituya hasta cierto punto y evite el peligro de aislamiento mediante el establecimiento

Las Universidades de Mayores y su influencia en el envejecimiento activo. El caso de la Universidad de Vigo en el Campus de Ourense

to de nuevos lazos sociales satisfactorios, hecho que ha sido enfatizado como una de las claves para afrontar ciertas consecuencias negativas del envejecimiento. Villar (2003) encontró que uno de los aspectos más valorados era precisamente la relación con los compañeros.

Considerando, que el colectivo de mayores es muy heterogéneo es evidente que las motivaciones que mueven a cada persona que decide inscribirse en los Programas Universitarios para Mayores son muy diferentes aunque todas ellas contribuyan al envejecimiento activo. Según Lemieux (1997), se concretarían en:

- La voluntad de adquirir nuevos conocimientos y habilidades o completar conocimientos ya que muchos de ellos han sufrido los efectos de una ruptura, interrupción o abandono en el proceso educativo por las circunstancias vitales que les tocaron vivir y la incorporación precoz al trabajo, entre otros motivos.

Según el Informe Delors (1996), la educación ocupa un lugar cada vez más importante en la vida de los individuos:

- Evita la soledad y el asilamiento y busca la creación de nuevos lazos sociales ya que en una sociedad en continuo cambio como la nuestra, denominada como la 'sociedad del conocimiento', encontramos dificultades de adaptación para todos los grupos, pero más para aquellos de mayor edad. Por supuesto, no todos los mayores comparten los mismos problemas ni la misma situación.

- El intento de evitar algunos efectos negativos del envejecimiento, la premovilización de las facultades intelectuales y la comprensión del mundo contemporáneo.

El enriquecimiento y la estimulación del pensamiento con vistas a potenciar el cambio personal y la voluntad de seguir activo y de aportar algo a la sociedad por compromiso individual o un trabajo de grupo, mediante el acercamiento de la cultura a los mayores se trata de establecer un proceso que genere una mayor conciencia participativa, que despierte en el sujeto potencialidades y capacidades y la posibilidad de sentirse creador al desarrollar las facultades intelectuales y psicológicas, mejorando su autoestima y su auto-confianza a través de la expresión y la creatividad.

El envejecimiento activo del propio profesorado jubilado

En nuestra Universidad (Universidad de Vigo), los profesores/as hemos vivido y por tanto comprobado, como a la hora de jubilarnos, casi todos hemos solicitado a la Institución, que nos facilitase un espacio para seguir trabajando y vinculados de alguna manera a la actividad universitaria, que durante tantos años, hemos estado desarrollando, y que nos motivaba para afrontar cada día y con ilusión, aquellas funciones, que durante tantos años habíamos estado desarrollando, y que realmente se habían convertido en el punto en torno al cual gravitaba ya no solo, nuestro sustento o medio de vida sino nuestra forma de vivir.

Se echa de menos la actividad puramente académica y formal de las aulas y del día a día con los alumnos, y también la relación con los compañeros y con los alumnos en aspectos que tienen su origen en otro tipo de relación más informal, pero no por ello, menos interesante y enriquecedora.

La vivencia personal en el día a día al principio se percibe como una bocanada de aire fresco y uno se dice a si mismo “ que alivio, ya no tener que levantarse a una hora determinada para impartir clases, hacer tutorías, reuniones, preparar las clases y demás argumentos, que uno se monta por sentirse liberado de esa obligación diaria, pero cuando van pasando los días, ya se comienza a ver las cosas de distinta manera y parece que nos falta algo y de cuando en vez, al pasar por cerca de la Facultad (en mi caso), de manera instintiva, me dirijo hacia lo que antes era como mi casa y en la que pasaba muchas horas cada día. Esa es la realidad a la que hemos de enfrentarnos los jubilados, sea cual fuere nuestra profesión.

Gracias a la gestión del Equipo Directivo de este Campus de Ourense, disponemos de espacios, en los que podemos trabajar y relacionarnos, lo que nos permite, que nos sintamos más útiles y vinculados a la Institución, que durante tantos años nos ha acogido.

Esta actividad que seguimos manteniendo, genera un envejecimiento más satisfactorio conlleva disponer de una capacidad funcional alta tanto desde el plano físico como cognitivo y como consecuencia, tener menos riesgo de padecer enfermedades y discapacidades asociadas a enfermedades. Esta mayor implicación con la vida supone, como ya se dijo, no solo el mantenimiento de unas relaciones sociales satisfactorias, sino también el mantenimiento de la actividad productiva y un continuo esfuerzo por perfeccionarse y fijarse metas a alcanzar, que contribuyan a darle significado a la vida.

Las personas mayores necesitan de una mejor valoración y reconocimiento por parte de la sociedad, a la vez que la socie-

dad les necesita, como factor de equilibrio y como puente entre el pasado y el futuro.

El caso de la universidad de vigo en el campus de ourense

Los trámites de puesta en marcha

Como cualquier proceso a poner en marcha y sobre todo, cuando se trata de una iniciativa tan importante como la que nos ocupa, son multitud los trámites a realizar y por tanto las entrevistas, las solicitudes, las respuestas a dichas solicitudes, los informes recabados, las respuestas a dichos informes y un montón de reuniones, las cuales sería muy prolijo enumerar, pero que fueron necesarias hasta conseguir la puesta en funcionamiento de la Universidad de Mayores en Ourense.

Todo ello, ha sido posible, gracias a la iniciativa de un grupo de profesores de la Universidad de Vigo, Campus de Ourense, y por la disponibilidad y colaboración del Rectorado de esta Universidad, que logró, que tanto a nivel del Colectivo de profesores, como de otras Instituciones, se entendiese este proyecto, como algo interesante para esta Universidad.

Cuando hacemos referencia a los apoyos prestados para que se hiciera realidad este proyecto, es de justicia nombrar a los siguientes profesores ya que tuvieron una función más activa en el proyecto: La coautora de este artículo, Profesora Josefina Pato Lorenzo, Profesores Pedro Membiela Iglesias, Ramón Ángel Fernández Sobrino,

Las Universidades de Mayores y su influencia en el envejecimiento activo. El caso de la Universidad de Vigo en el Campus de Ourense

y la colaboración extraordinaria de Manuel Piñeiro y Camilo Brandín, que como Directores de la Escuela Universitaria de Formación del Profesorado de Enseñanza General Básica, facilitaron y dieron curso a las diligencias administrativas necesarias. También deseamos nombrar a nuestro fallecido y bienquerido compañero Don José Antonio Fidalgo Santamariña, por su activa y entusiasta colaboración.

Una vez convencidos de que este proyecto era necesario se puso en marcha el mismo, que como es obvio ha requerido de múltiples gestiones y de trámites, que comenzaron a finales de verano de 1998 y culminaron felizmente con la puesta en marcha del primer curso en 2003-2004.

Fueron necesarias las oportunas autorizaciones por parte del Rectorado de la Universidad, pero para ello, se tuvo que contar con la aquiescencia de todos los Departamentos de las distintas Facultades y Escuelas adscritas a la Universidad de Vigo que emitieron todas ellas, los oportunos informes de aprobación, así como la oferta de profesorado, que de manera desinteresada, se ofreció a participar como docentes en la Universidad para Mayores.

También se contactó y solicitó adhesión a otros Organismos Oficiales de la Xunta de Galicia y de la ciudad de Ourense:

Citamos entre otros el:

- Servicio Galego de Saude
- CONSELLERÍA DE SANIDADE E SERVICIOS SOCIAIS
- CONCELLO DE OURENSE
- UNIVERSIDAD DE SANTIAGO
- TODAS LAS FACULTADES DEL CAMPUS DE OURENSE
- OTRAS

La propuesta inicial presentada al Rectorado fue la siguiente:

El programa, va dirigido a personas mayores de 50 años.

Formación previa:

No se pide ninguna titulación; únicamente inquietud por aprender y formación suficiente para conseguirlo con facilidad.

Objetivos:

1. Incorporar a las personas a quien van dirigidos estos estudios a un nivel universitario no conseguido con anterioridad, o bien, en el caso de tener algún título universitario, a una formación diferente y atractiva que responda a sus expectativas y necesidades.
2. Vincular la oferta de estudios universitarios con criterios de interdisciplinariedad -en consonancia con los principios que inspiran la educación permanente- para integrar a este colectivo en la vida cultural, económica y social, impulsando este ciclo vital como una etapa positiva y dinámica, mediante los siguientes procedimientos.
3. Transmisión a los alumnos de una mayor curiosidad intelectual.
4. Integración de las personas mayores en el contexto socio-cultural que representa la universidad en cuanto que formadora, investigadora y rectora de la sociedad.
5. Impulso de la comunicación intergeneracional a partir de los foros de opinión, con vistas a la mejorar la calidad de vida, ligándola al mundo cultural.

Respecto a las tasas académicas se contempló la concesión de bolsas a las personas

que no dispusiesen de recursos económicos suficientes.

El programa está integrado por materias de todas las grandes áreas científicas. El primero y segundo curso son de carácter general.

El alumno debe matricularse de tres materias por curso de 4,5 créditos cada una, eligiendo una por área: en total 135 horas teórico-prácticas por año académico.

Acabar el segundo curso obtendrá el título de DIPLOMADO en el cuarto ciclo universitario.

Los cursos, tercero y cuarto son de especialización y el alumno debe matricularse de tres materias por curso, de 4,5 créditos cada una, en la especialidad que escoja: en total 135 Horas teórico-prácticas por año académico.

Una vez conseguidos los 54 créditos totales del ciclo, la Universidad de Vigo le expedirá el título de GRADUADO en el cuarto ciclo en la especialidad respectiva.

Las materias se distribuyen en cuatro grandes áreas:

- Ciencias Sociales y Jurídicas
- Ciencias de la Salud
- Ciencias Experimentales y Tecnológicas
- Humanidades

Además se planificarán actividades complementarias

- Visitas culturales
- Conferencias, debates y mesas redondas
- Audiciones musicales
- Colaboración con ONGs educativas
- Actividades deportivas

La propuesta una vez estudiada y discutida con todos los colectivos implicados, se mejoró sensiblemente y el programa se estructuró en dos ciclos:

Ciclo intensivo y ciclo superior

- **CICLO INTENSIVO:** con una duración de 54 créditos y tres años académicos. Su superación dará lugar al título propio de la Universidad de Vigo de Graduado Universitario Senior.



**Las Universidades de Mayores y su influencia en el envejecimiento activo.
El caso de la Universidad de Vigo en el Campus de Ourense**

- **CICLO DE ESPECIALIZACIÓN:** con una duración de 36 créditos y dos años académicos. Su superación dará lugar al título propio de la Universidad de Vigo de Graduado Superior Senior

Con esta estructuración se ha pretendido abarcar todos los campos del saber a través de asignaturas obligatorias y optativas.

Los resultados: El resultado del programa fue óptimo ya que solamente se contempló un 2% de abandonos, posibilitando que aquellos alumnos que lo desearan, una vez superado el ciclo de especialización pudieran seguir matriculados en la univer-

sidad el tiempo que quisieran en materias de grado elegidas por ellos mismos, en las mismas condiciones que el alumnado de grado siempre que estuvieran ofertadas por el profesor de la asignatura, lo que facilita la convivencia con alumnos jóvenes, que cursan carreras en esta Universidad.

De lo expuesto, podemos decir hay alumnos matriculados desde 2002 y que la demanda de matrícula sigue existiendo en la actualidad.

Ofrecemos algunos datos de matrícula y gráficas por edades para plasmar esta demanda durante los últimos años:

Datos de matrícula y gráficas por edades

Número de matriculados por
edad 2002-2003

CURSO 2002-2003

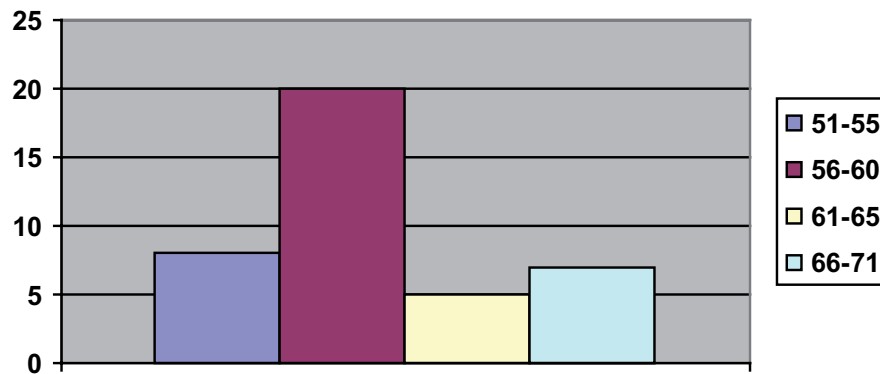
CURSO 1º

Datos de matrícula:

CURSO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
1º	27	13	40

EDAD	NÚMERO
51-55	8
56-60	20
61-65	5
66-71	7

**Gráfico 1. Matriculados en la Universidad
de Mayores de Ourense 2002-2003**



**Las Universidades de Mayores y su influencia en el envejecimiento activo.
El caso de la Universidad de Vigo en el Campus de Ourense**

CURSO 2003-2004

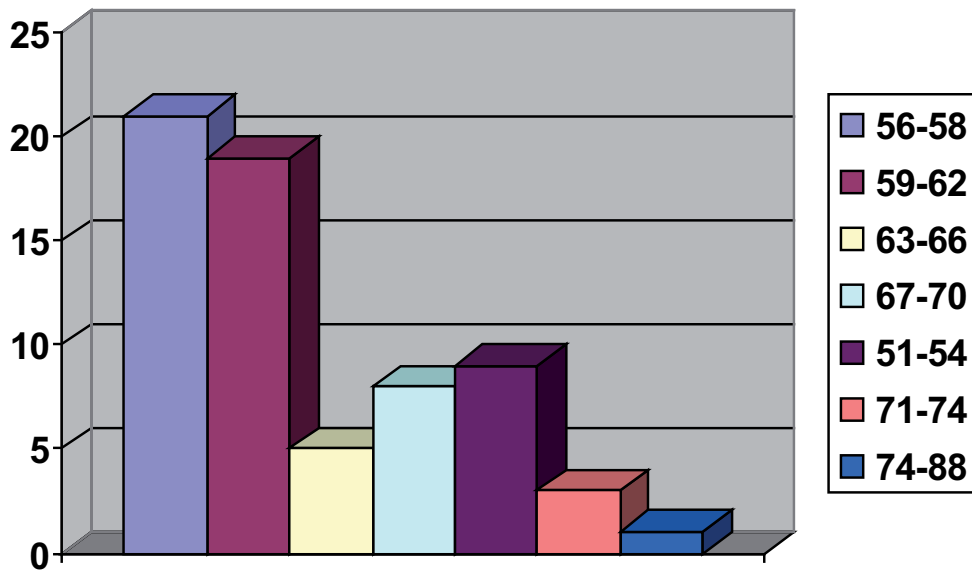
Número de matriculados:

Datos de matrícula:

CURSO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
1º	32	11	43
CURSO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
2º	25	12	37

EDAD	NÚMERO
56-58	21
59-62	19
63-66	5
67-70	8
51-54	9
71-74	3
74-88	1

Gráfico 2. Matriculados en la universidad de mayores de Ourense por edad (curso 2003-2004)



CURSO 2004-2005

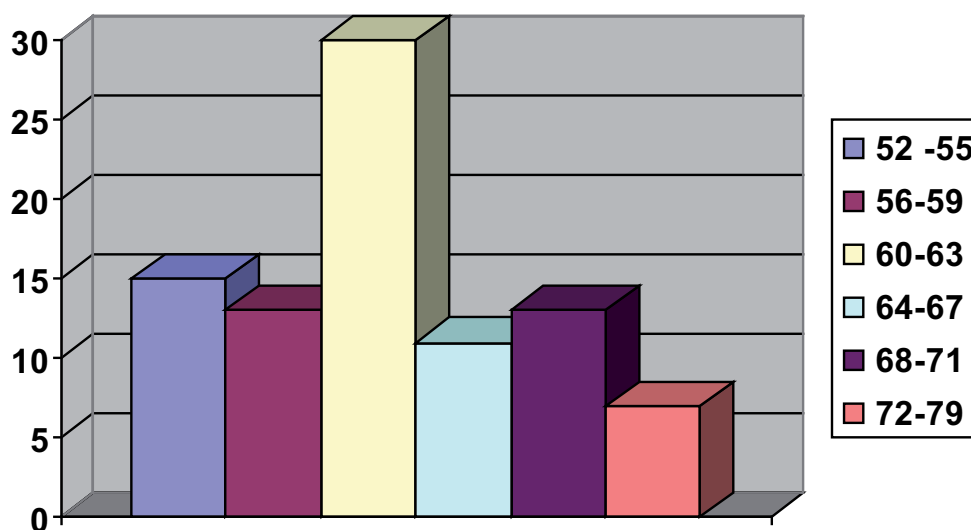
Datos de matrícula:

CURSO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
1º	17	4	21
2º	24	7	31
3º	24	11	35

Número de matriculados:

EDAD	NÚMERO
52 - 55	15
56- 59	13
60- 63	30
64- 67	11
68- 71	13
72- 79	7

**Gráfico 3. Matriculados en la universidad de
mayores de Ourense por edad (curso 2004-2005)**



**Las Universidades de Mayores y su influencia en el envejecimiento activo.
El caso de la Universidad de Vigo en el Campus de Ourense**

CURSO 2005-2006

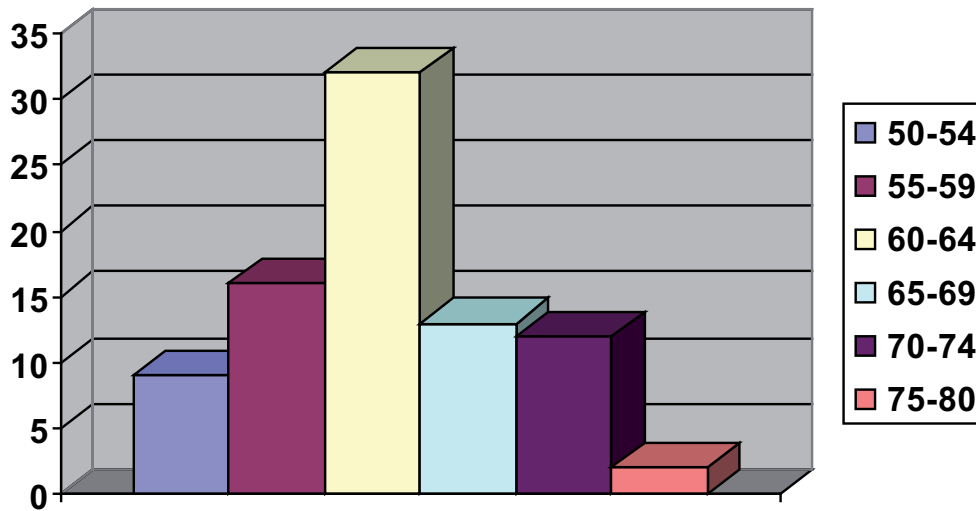
Número de matriculados:

Datos de matrícula:

CURSO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
1º	13	7	20
2º	15	4	19
3º	22	6	28
4º	10	7	17

EDAD	NÚMERO
50-54	9
55-59	16
60-64	32
65-69	13
70-74	12
75-80	2

Gráfico 4. Matriculados en la universidad de mayores de Ourense por edad (curso 2005-2006)



CURSO 2006-2007

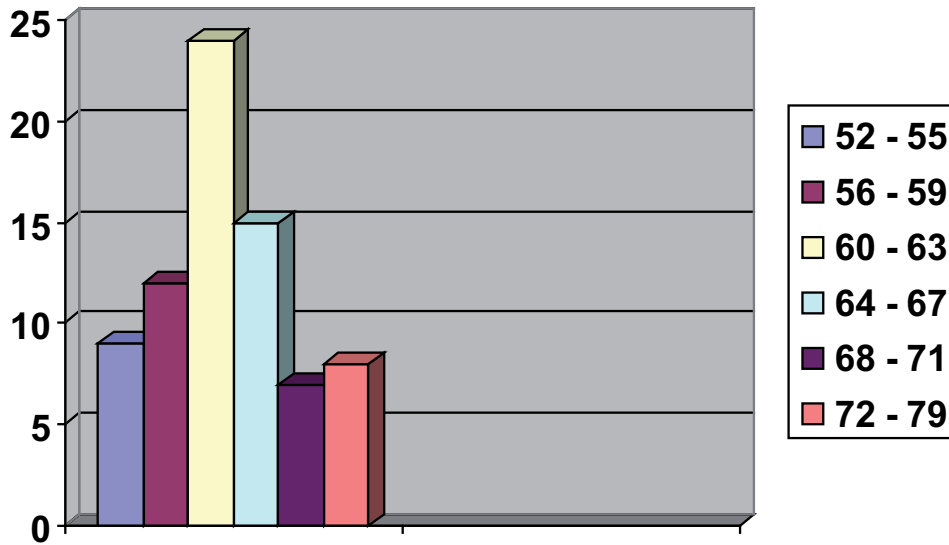
Datos de matrícula:

CURSO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
1º	16	12	28
2º	15	10	25
3º	19	15	34
4º	16	12	28
5º	12	10	22

Número de matriculados:

EDAD	NÚMERO
52 - 55	9
56 - 59	12
60 - 63	24
64 - 67	15
68 - 71	7
72 - 79	8

**Gráfico 5. Matriculados en la universidad de
mayores de Ourense por edad (curso 2006-2007)**



**Las Universidades de Mayores y su influencia en el envejecimiento activo.
El caso de la Universidad de Vigo en el Campus de Ourense**

CURSO 2007-2008

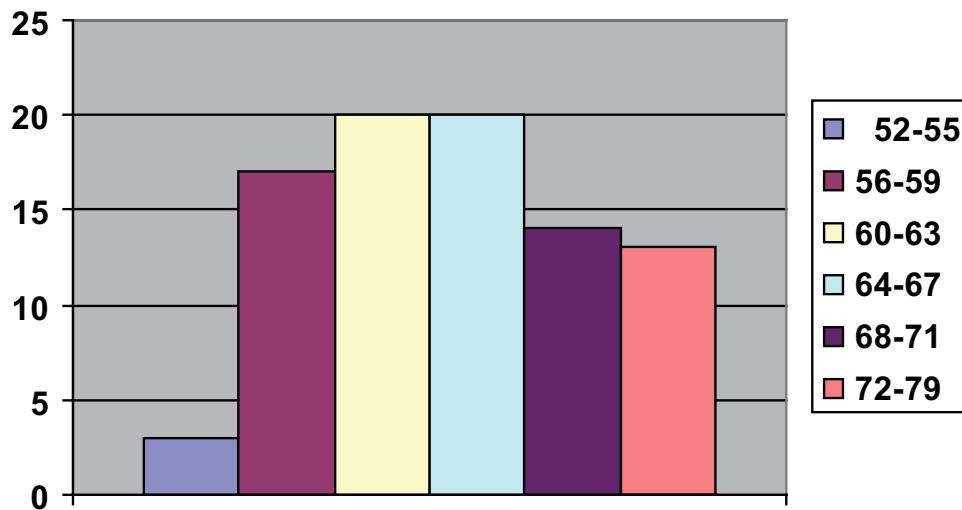
Datos de matrícula:

CURSO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
1º	-	-	25
2º	-	-	17
3º	-	-	16
4º	-	-	18
5º	-	-	12

Número de matriculados:

EDAD	NÚMERO
52-55	4
56-59	17
60-63	20
64-67	20
68-71	14
72-79	13

Gráfico 6. Matriculados en la universidad de mayores de Ourense por edad (curso 2007-2008)



CURSO 2008-2009

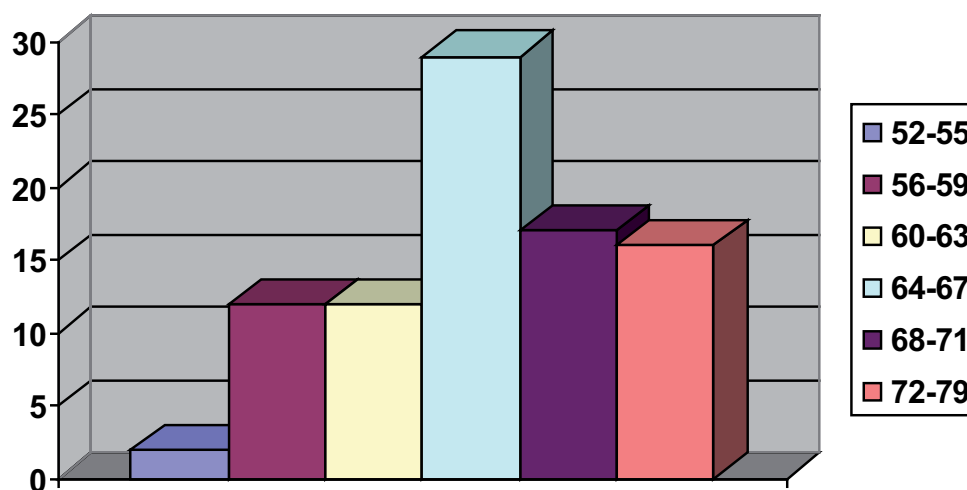
Datos de matrícula:

CURSO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
1º	25	14	11
2º	17	13	4
3º	16	12	4
4º	18	11	7
5º	12	10	2
TOTAL	88	60	28

Número de matriculados:

EDAD	NÚMERO
52-55	2
56-59	12
60-63	12
64-67	29
68-71	17
72-79	16

Gráfico 7. Matriculados en la universidad de mayores de Ourense por edad (curso 2008-2009)



**Las Universidades de Mayores y su influencia en el envejecimiento activo.
El caso de la Universidad de Vigo en el Campus de Ourense**

CURSO 2009-2010

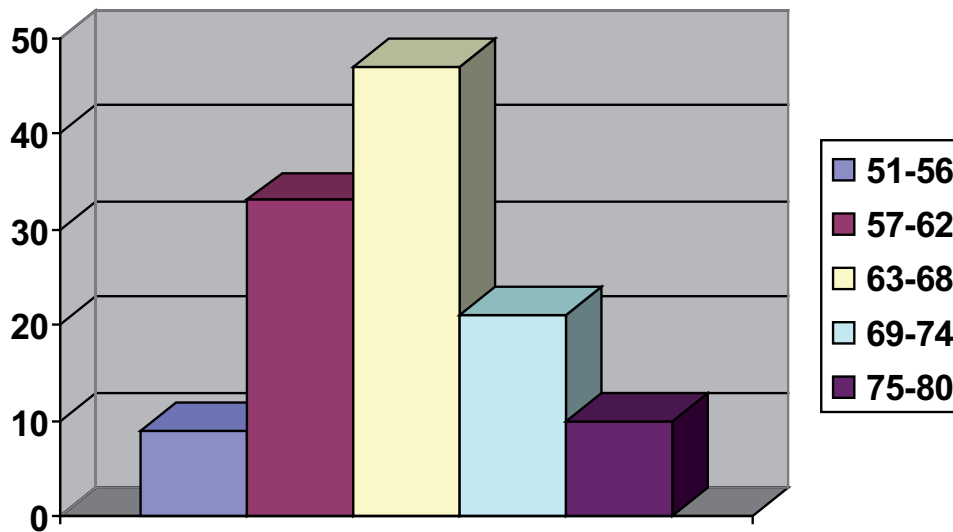
Datos de matrícula:

CURSO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
1º	25	19	16
2º	18	13	5
3º	37	25	12
4º	23	15	8
5º	17	9	8
TOTAL	120	81	39

Número de matriculados:

EDAD	NÚMERO
51-56	9
57-62	33
63-68	47
69-74	21
75-80	10

Gráfico 8. Matriculados en la universidad de mayores de Ourense por edad (curso 2009-2010)



Bibliografía:

- ANTONUCCI, T.C. y JACKSON, J.S. (1990). *Apoyo social, eficacia interpersonal y salud*. En I.L.
- ARANGUREN, J.L. (1992) *La vejez como auto-realización personal y social*. Ed. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid.
- BRADY, E.M. y FOWLER, M.L. (1988). Participation motives and learning outcomes of older learners. *Educational Gerontology*, 14, 45-56.
- CARSTENSEN y B.A. EDELSTEIN, *Intervención psicológica y social*. Martínez Roca. Barcelona.
- DELORS, J. et al., (1996). *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI*: Santillana/UNESCO. Madrid.
- DIAZ ALEDO L. (1993) *Envejecer es vivir*. Ed. Popular. Madrid.
- ERIKSON, E.H. (1985). *El ciclo vital completado*. Paidós (Original de 1982). Buenos Aires.
- FERNÁNDEZ ARENAZ (1991). *Educación de personas adultas*. Ed. Diagrama, Madrid.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2002). *Vivir con vitalidad*. Pirámide. Barcelona.
- FRIEDMAN, B. (1994) *La fuente de la edad: vivir la vejez, como una etapa de plenitud*. Ed. Círculo de Lectores. Barcelona.
- GUIRAO, M. y SÁNCHEZ, M. (1997). *Los programas universitarios para mayores en España*.
- JARVIS, P. (2002). *Globalisation, Citizenship and the Education of Adults in Contemporary*.
- LEMIEUX, A. (2001) *Los programas universitarios para mayores: enseñanza e investigación*. IMSERSO. Pp. 145-153. Madrid.
- LEHR, U. (1999). *El envejecimiento activo. El papel del individuo y de la sociedad*. Revista Española de Geriátrica y Gerontología, 34 (6), 314-318.
- LEMIEUX, A. (1997). *Los programas universitarios para mayores: enseñanza e investigación*. Madrid: IMSERSO.
- REQUEJO, A. (1997). "Animación Sociocultural en la Tercera Edad". En Trilla (Coord): *Animación Sociocultural: Teorías, programas y ámbitos*. Ed. Ariel, (225-268). Barcelona.
- SÁEZ, N. et al (1996), *Introducción a la gerontología*. Ed. Promolibro. Valencia,.
- SCHARLL (1994), M. *La actividad física en la tercera edad*. Ed. Paidolibro. Barcelona.
- VELÁSQUEZ, M, FERNÁNDEZ C (1998) *Las Universidades de mayores, una aventura hecha realidad*. Universidad de Sevilla. Sevilla.

**De interés
Profesional**



Los Servicios Sociales municipales ante el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. Aportaciones desde la perspectiva y proximidad del Trabajo Social

Rocío Romero Matute

Resumen

El artículo aborda la implantación y evolución de la Ley de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia desde la experiencia de gestión de un Ayuntamiento de más de 200.000 habitantes (Jerez de la Frontera), aportando propuestas de mejora desde la óptica del Trabajo Social y los Servicios Sociales Municipales.

Palabras clave

Dependencia, trabajo social, servicios sociales municipales.

Abstract

The article approaches the implantation and evolution of the Law of Personal Autonomy and Attention to the persons in situation of dependence from the experience of management of a town hall of over 200.000 inhabitants (Jerez de la Frontera), providing suggestions for improvement from the perspective of Social Work and the municipal Social Services.

Key words

Dependence, social work, municipal social services.

Autora



Rocío Romero Matute

Trabajadora Social.

Subdirectora Area Bienestar Social Ayuntamiento de Jerez.

adjdirección.bsosocial@aytojerez.es

Los Servicios Sociales municipales ante el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. Aportaciones desde la perspectiva y proximidad del Trabajo Social

La aprobación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD) y la implantación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) vino a significar un hito histórico en el avance en la protección social en nuestro país, reconociendo un nuevo derecho subjetivo de ciudadanía –el derecho a la protección pública de las situaciones de dependencia– y una apuesta activa por la dignidad inherente a las personas que debe permanecer muy presente durante el desarrollo y la aplicación efectiva de la Ley, atendiendo a los objetivos fundamentales de las prestaciones que garantiza (Art.13):

- *Facilitar la existencia autónoma de la persona, todo el tiempo que desee y sea posible, en su medio habitual.*
- *Proporcionar a la persona en situación de dependencia un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad,*

Y a los derechos que reconoce a las personas en situación de dependencia (Art. 4). *Respeto pleno de su dignidad e intimidad, a participar en la formulación y aplicación de políticas que afecten a su bienestar, a no sufrir discriminación, a decidir libremente sobre su ingreso en centro residencial, etc.*

La articulación del SAAD dentro del Sistema Público de Servicios Sociales vino a constituir, a su vez, un auténtico motor para el espaldarazo definitivo al 4º Pilar del Bienestar Social, sinergia cuya oportunidad debe ser aprovechada para mejorar el alcance, eficacia y calidad en la gestión de unos Servicios Sociales aún en proceso de consolidación.

En este contexto, los Servicios Sociales municipales o Comunitarios y sus principales profesionales de referencia –las trabajadoras y trabajadores sociales– desempeñan un papel fundamental, por su cercanía y conocimiento de la realidad diaria que viven las personas en situación de dependencia y sus familiares, y la dilatada experiencia en la atención a sus necesidades sociales a través de las Prestaciones Básicas de Información, Orientación y Asesoramiento y tramitación de recursos sociales, la Ayuda a Domicilio y Apoyo a la unidad convivencial, la búsqueda de Alojamiento Alternativo o la Promoción de la Convivencia e Inserción social. A ello se suman ya más de cinco años de gestión para el acceso al reconocimiento de la situación de dependencia y a las prestaciones del SAAD y gestión de servicios incluidos en el Catálogo de la Ley, principalmente el Servicio de Ayuda a Domicilio.

En la actualidad, y según datos oficiales, el SAAD enfrenta serios problemas de sostenibilidad, que afectan a cuestiones de alcance estructural como la cohesión, equidad y financiación del propio Sistema, lo que ha dado lugar a la introducción de “medidas de racionalización del Sistema de Dependencia” recogidas en el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad y que pueden condicionar el desarrollo y configuración del mismo.

Es desde este escenario próximo donde nos atrevemos a reflexionar sobre la Ley de Dependencia (coloquialmente conocida, con no poco acierto, como “de la Independencia”), el Sistema de Dependencia y su evolución, formulando posibles propuestas que puedan incidir en dos cuestiones fundamentales: el avance real en la garantía del nuevo derecho en toda su extensión y

el desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales desde una visión municipalista.

1. El ámbito competencial del SAAD

Desde la aprobación de la LAAD y la creación del SAAD, el proceso de desarrollo normativo a nivel estatal y autonómico, así como el esfuerzo de las diferentes Administraciones implicadas para adecuar su organización y funcionamiento a las competencias asumidas en cuanto a la implantación de dicho Sistema ha sido ingente, y **continúa imparable**.

El Estado se reserva las competencias de regulación de las condiciones básicas del SAAD, asumiendo una función coordinadora y garante del principio de igualdad, y de cooperación con las Comunidades Autónomas que tenía su máximo exponente en el Consejo Territorial (**recientemente refundido junto a la Conferencia Sectorial de Servicios Sociales en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia**).

La mayor parte de las competencias de gestión son asumidas por las Comunidades Autónomas, atribuyéndoseles funciones de planificación, coordinación, gestión y control en el ámbito territorial de: la valoración y reconocimiento de la situación de dependencia y elaboración de los Programas Individuales de Atención (PIA), los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia; acreditación e inspección de centros y servicios; procedimiento sancionador; evaluación e información.

Por último, las Entidades Locales colaboran y participan en la gestión de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia, con diferente peso en función de cada modelo autonómico de gestión (a este respecto, el Observatorio Estatal de la Dependencia de la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales emite un Dictamen anual relativo al desarrollo e implantación territorial de la LAAD, entre cuyos indicadores de valoración positiva considera la integración efectiva en la Red Local de Servicios Sociales).

En el ámbito andaluz, destaca la participación esencial de los Servicios Sociales Comunitarios de las Entidades Locales andaluzas, que en virtud del Decreto 168/2007, de 12 de Junio se configuran como puerta de entrada al Sistema al asumir el inicio de la tramitación del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, realizar la elaboración del PIA y participar en su aplicación y seguimiento.

2. El impacto en los servicios sociales comunitarios y sus profesionales claves

Esta nueva competencia local, vinculada a los Servicios Sociales Comunitarios, ha supuesto un auténtico reto y una perfecta oportunidad para avanzar en la mejora y desarrollo de nuestros servicios sociales y para reforzar la figura y el reconocimiento profesional de el/la trabajador/a social en este contexto al reunir cualidades que resultan claves: la proximidad en el territorio, la visión comunitaria, la relación de ayuda, la globalidad en la valoración social e intervención, la capacidad de mo-

Los Servicios Sociales municipales ante el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. Aportaciones desde la perspectiva y proximidad del Trabajo Social

vilización de recursos... la polivalencia del Trabajo Social.

La aplicación de la LAAD ha supuesto, de hecho, una ingente y creciente tarea, a todos los niveles: de planificación y coordinación técnica y de gestión; de estructuración organizativa; de atención e intervención social: información y asesoramiento a personas dependientes y sus familiares, cuidadores o representantes legales, tramitación de solicitudes y documentación diversa, visitas domiciliarias, emisión de informes sociales, consulta y negociación de alternativas de atención, elaboración de propuestas de PIA; de aplicación y gestión de servicios de proximidad (Ayuda a domicilio); de seguimiento sociofamiliar y de la aplicación de prestaciones y revisiones de PIA; de control y evaluación técnica y económica y realización de propuestas de mejora, etc. requiriéndose para el desarrollo de este trabajo un importante efectivo de trabajadores/as sociales, con el suficiente apoyo administrativo cualificado.

En el Ayuntamiento de Jerez, hemos estado inmersos, ya desde la misma redacción del Anteproyecto de Ley, en la importante labor de planificación y diseño de procedimientos y procesos, y adecuación de nuestra organización y medios humanos y materiales a la envergadura de la tarea encomendada: garantizar la consolidación de una estructura de gestión estable, coordinada y dimensionada al peso específico real que desde el SAAD se deposita en las Corporaciones Locales y a la atención que la población afectada por situaciones de dependencia y sus familiares y personas cuidadoras merecen.

Entre las medidas que nos han permitido responder de la manera más adecuada posible a la magnitud de la demanda de la

ciudadanía en relación al reconocimiento de este nuevo derecho social podemos citar:

- Contratación y adiestramiento de trabajadoras/es sociales (8) y personal administrativo (5) de refuerzo para los Servicios Sociales Comunitarios (mediante transferencia económica autonómica con carácter anual).
- Formación específica sobre la LAAD por parte del Equipo directivo y personal técnico.
- Colaboración interadministrativa con la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Reorganización del Programa de Información y Orientación de cara a evitar listas de espera y agilización de la demanda y del Programa de Atención a la Dependencia al objeto de dar soporte técnico y garantizar la coordinación y gestión masiva de expedientes.
- Coordinación con otros dispositivos de atención para favorecer la canalización de las demandas de información, solicitudes y documentación.
- Establecimiento de mecanismos de coordinación con el Sistema de Salud.
- Implantación de nueva aplicación informática de gestión compatible con el SIUSS (historias sociales, sistema de cita, registro de intervenciones, registro de entrada y salida, gestión por procesos...) al servicio de los profesionales de los servicios sociales, que permite unificar tareas y sistematizar toda la información en tiempo real, al objeto de mejorar la calidad de la atención, constituyendo una eficaz herramienta de evaluación.

- Definición de estándares de calidad en la atención: tiempos máximos de espera, ajuste de plazos administrativos, ratios de expedientes...
- Actualización y difusión de información y legislación en relación a la LAAD para su manejo y consulta por el personal.

En la actualidad, debemos afrontar los nuevos cambios impuestos a raíz de las recientes medidas de racionalización del Sistema de Dependencia, pendientes muchas de ellas de desarrollo normativo, y que van a afectar, a buen seguro, a la propia organización de la atención, por la mayor demanda de información en relación a los cambios y peticiones masivas de revisión de grados ante el retraso de su inclusión real en el SAAD hasta 2015; a los servicios de gestión municipal como la Ayuda a Domicilio, por los posibles ajustes horarios individuales y crecimiento global del servicio al priorizarse éste frente a prestaciones económicas; a la elaboración y revisiones de PIAs, por las limitaciones en el acceso a prestaciones y servicios y problemas de compatibilidad entre las mismas... en definitiva, a ajustes sociales y económicos en tiempos de crisis, en un Sistema Público de de Servicios Sociales colapsado por nuevas demandas y enfrentado a serios recortes de financiación.

El rol fundamental del trabajador/a social en relación al Programa Individual de Atención

En nuestra práctica, podemos distinguir como en todas las fases o momentos en relación al acceso al SAAD, concurre la

actuación del trabajador/a social, que estará presente por tanto de principio a fin. Pero es en la elaboración del PIA, y en su posterior aplicación, seguimiento y revisión donde entran especialmente en juego las competencias y funciones propias del trabajador/a social, que en su rol de referente técnico del caso, y teniendo muy presente el Código Deontológico de la profesión, debe buscar un difícil pero necesario equilibrio entre los objetivos y principios de la LAAD, los derechos reconocidos a las personas en situación de dependencia –especialmente la libertad de opción–, los principios bioéticos relacionados y los nuevos modelos de atención que inspiran (como el modelo de atención integral centrada en la persona), con los imperativos y limitaciones de recursos realmente disponibles en el marco del SAAD, teniendo en cuenta la juventud del propio Sistema y las carencias y desequilibrios previos de la Red de Servicios Sociales.

3. Propuestas para la racionalización del sistema de dependencia

Se esbozan aquí aquellas propuestas, que desde nuestra experiencia en el ámbito de los Servicios Sociales municipales y a nuestro entender como trabajadores/as sociales contribuirían a la racionalización del Sistema de Dependencia, algunas de ellas en línea con las recientes medidas aprobadas por el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, otras en contraposición a las mismas, y muchas otras aún supeditadas a consideración y/o desarrollo normativo y efectivo.

Adecuación y mejora de la red de servicios y prestaciones

El principal reto que debe asumir la LAAD es atender a su propio espíritu: carácter público, universalidad e igualdad efectiva, atención integral e integrada, valoración de las necesidades, personalización de la atención, promoción de medidas adecuadas y condiciones precisas para una mayor autonomía, calidad y sostenibilidad, participación, colaboración sociosanitaria, mantenimiento en el medio habitual, prioridad de servicios sobre prestaciones económicas...

Estos principios deben transponerse de manera efectiva en el SAAD y la Red de prestaciones y servicios a través de los que se materializa. Para ello resulta fundamental, tras más de cinco años de implantación progresiva y evaluación del desarrollo de la Ley, reflexionar sobre el propio Catálogo de servicios y prestaciones económicas, su alcance y disponibilidad, adecuación y flexibilidad, aceptación y eficacia.

Desde el conocimiento profesional de la realidad de las personas en situación de dependencia y sus familiares y cuidadores en nuestro ámbito de actuación nos atrevemos a defender:

- La necesidad de garantizar el acceso real a los servicios que se prescriban en el PIA, adecuando la oferta de los mismos a los potenciales beneficiarios y equilibrando su distribución territorial. Esto puede llegar a ser especialmente acuciante en lo relativo a servicios de atención residencial, de prescripción más limitada reservada a situaciones de personas dependientes cuya vulnerabilidad hacen inviable o desaconsejan otra alternativa.

Actualmente pueden coexistir plazas residenciales vacantes en entornos rurales y ausencia de plazas en grandes ciudades, abocando a un mayor desarraigo socio-familiar a personas sin posibilidades de elección.

- La importancia de flexibilizar la compatibilidad entre servicios y prestaciones económicas, buscando una mayor complementariedad y ajuste en el diseño del PIA (casi un traje a medida) a las necesidades de cuidados, autonomía e integración social de la persona beneficiaria. La posibilidad de compatibilizar la prestación económica de cuidados en el entorno familiar (PECEF) con el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) o el Centro de Día (hasta ahora existente en algunas Comunidades Autónomas, pero abocada a desaparecer a raíz de el Real Decreto-ley 20/2012), minorando la prestación económica en función de la intensidad de los servicios puede suponer indudables beneficios a la persona en situación de dependencia: reduce los riesgos de aislamiento social, garantiza la continuidad de cuidados y el seguimiento social, fomenta la prevención de la dependencia; de cara a los cuidadores familiares permite combinar el reconocimiento real a su labor –diferente al valor monetario– con espacios más frecuentes de respiro, reduciendo también su aislamiento y el riesgo de claudicación, introducir elementos de orientación hacia los cuidados y compromisos en la intervención. *A modo de ejemplo: la prescripción combinada de PECEF y Centro de Día puede resultar más propicia para trabajar la integración social y familiar de una persona con discapacidad mental que cualquiera de ellas por separado. La combinación de SAD con PECEF en un matrimonio mayor compuesto por esposo dependiente y esposa cuidadora puede retrasar la necesidad del servicio de atención residencial por*

más tiempo que cualquiera de ellas por separado. Ambos supuestos se ajustarían al objetivo perseguido por la LAAD.

- Estrechamente relacionado con todo lo anterior, **la PECEF, hasta ahora de prescripción mayoritaria, podría ser realmente excepcional y limitada cuando no fuera acompañada de servicios**, reduciéndose únicamente a aquellos supuestos en los que la prestación continuada y consistencia adecuada de cuidados por la propia red sociofamiliar, a criterio profesional, queden plena y absolutamente garantizados.

En cualquier caso, resulta inaceptable penalizar, en aras a la sostenibilidad del Sistema, la labor demostrada de las personas cuidadoras no profesionales en el entorno familiar mediante la reducción de la cuantía de las prestaciones reconocidas, la suscripción del Convenio Especial con la Seguridad Social a su propio cargo, y la posibilidad de suspensión del plazo de abono de dicha prestación incluso hasta dos años previstas en el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio.

- **Otras prestaciones económicas, como la de asistencia personal, podrían ser revisadas en cuanto a criterios de prescripción**, considerando de forma más amplia las posibilidades de vida autónoma e independiente que actualmente se siguen ciñendo al acceso al empleo o la formación, lo que prácticamente la vuelve inasequible a personas con discapacidad con cargas familiares o a personas mayores, **y en cuanto a su régimen de Seguridad Social**, buscando asimismo un impacto favorable sobre el empleo, permitiendo aflorar un importante volumen de trabajo sumergido. A su vez puede retrasar o reducir la necesidad de institucionalización.

- **Resulta imprescindible aplicar criterios unificados de determinación de ingresos económicos para el copago de servicios y de cuantía de prestaciones que eviten posibles situaciones de discriminación.** En esta línea, se propone revisar las aportaciones establecidas para determinados servicios (Centro de Día para personas mayores, igualándolas a las de personas con discapacidad) y evitar diferencias a la hora del cómputo de ingresos en función del recurso a aplicar.

En suma, la revisión y adecuación de prestaciones y servicios del Catálogo puede contribuir a mejorar la eficacia del SAAD en relación a sus objetivos, diversifica las posibilidades de elección entre alternativas viables potenciando el principio de autonomía, e incidiría positivamente en su eficiencia y sostenibilidad al retomar la pretendida excepcionalidad de las PECEF acotando su prescripción y apostar más por la introducción y mejora de servicios y prestaciones que suponen generación de puestos de trabajo cualificados, y el consiguiente retorno económico.

Simplificación y agilización de procedimientos

El procedimiento para el acceso real al SAAD resulta largo y complicado para las personas en situación de dependencia y/o sus representantes legales, personas cuidadoras y familiares, que se quejan frecuentemente de la demora y multiplicidad de trámites. El desdoble entre Reconocimiento de la situación de dependencia y PIA, supone una mayor demanda de información y orientación en los Servicios Sociales Comunitarios, reiterar trámites burocráticos y entrega de documentos, dilatar aún más

Los Servicios Sociales municipales ante el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. Aportaciones desde la perspectiva y proximidad del Trabajo Social

un plazo inicial ya excesivo de seis meses que difícilmente se alcanza a cumplir y que satura a Corporaciones Locales y Comunidades Autónomas con una carga administrativa que llega a desbordar la estructura de gestión, seguramente insuficiente pero probablemente mejorable en cuanto a simplificación de procesos, modernización administrativa y agilidad burocrática. A este respecto conviene insistir en:

- **La necesidad de disponer de un Sistema de Gestión telemática de expedientes que abarque todas las fases y trámites posibles** desde la presentación de la solicitud inicial hasta que el usuario cause baja en el SAAD, con información en tiempo real sobre el estado y contenido de los mismos y accesible a todos los profesionales que participan en su gestión, mejorando las posibilidades de información a las personas interesadas.

- **La conveniencia de integrar en un solo procedimiento administrativo y única resolución el reconocimiento del grado (al desaparecer la anterior distinción entre niveles 1 y 2 para cada grado) y la aprobación del PIA**, en el caso que proceda, permitiendo reducir plazos.

- La mejora que supondría **a la hora de elaboración del PIA el poder disponer por parte del profesional que lo va a efectuar de la información contenida en el Informe de Salud y aplicación del Baremo y observaciones del personal valorador.**

- La necesidad de aplicar procedimientos que permitan realmente **evitar la aportación de documentos por parte de las personas cuando dichos datos pueden ser recabados directamente por la Administraciones.**

El ahorro de costes que supondrían estas mejoras podría a su vez revertir en el desarrollo del propio SAAD, contribuyendo a evitar dilaciones en el acceso a este derecho subjetivo, o lo que la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales ha denominado “el limbo de la dependencia”, constituido por personas que reúnen un grado y nivel de dependencia que les hace acreedoras al derecho a la atención y que están a la espera de asignación de servicios o prestaciones a través del PIA.

Mayor reconocimiento efectivo al papel de las corporaciones locales y sus servicios sociales

El importante papel desempeñado por las Corporaciones Locales, en este caso concreto las andaluzas, a través de sus Servicios Sociales en materia de gestión del SAAD y prestación de servicios –principalmente la Ayuda a Domicilio–, nos ha permitido crecer, avanzar en calidad y desarrollar nuevas oportunidades de proximidad y acercamiento del Sistema Público de Servicios Sociales (antes desconocido por amplios sectores de la población) a un elevado número de ciudadanos y ciudadanas que han podido mejorar su calidad de vida mediante el reconocimiento del derecho a una serie de prestaciones ante su situación de dependencia y el acceso real a las mismas, con la consiguiente percepción favorable respecto a la oferta y colaboración municipal para el ejercicio de dicho acceso, y el avance hacia la universalización del 4º Pilar del Bienestar Social.

En esta línea merece la pena destacar el potente instrumento de detección, pre-

vención e intervención ante situaciones de trato inadecuado a personas dependientes que la propia Ley y la participación de los Servicios Sociales municipales en su gestión está suponiendo. Esta realidad, aunque no nueva, pues ya venía siendo objeto de atención por nuestra parte, está adquiriendo una magnitud antes oculta, y sobre la que conviene profundizar en cuanto a abordaje profesional interdisciplinar y articulación de dispositivos adecuados.

Este compromiso y aportación clave al desarrollo de la LAAD y por ende, al del Sistema Público de Servicios Sociales no se ve, no obstante, plenamente reconocido en cuanto a la financiación y dotación de medios suficientes para llevar cabo de manera adecuada nuestra labor, y en cuanto a la disponibilidad de toda la información necesaria para su ejercicio, la participación real y la representación de las Corporaciones Locales en los procesos de toma de decisiones que les afectan en los niveles estatal y autonómico.

Resulta imprescindible en este sentido:

- **Ampliar la asignación de créditos actuales a las Corporaciones Locales** para el refuerzo de sus estructuras de Servicios Sociales y mejora de la atención a personas en situación de dependencia, revisando criterios de distribución y reparto para primar, al igual que a nivel autonómico, la población realmente atendida.

- **Considerar el precio de mercado y su evolución en la prestación de los servicios gestionados por las Corporaciones Locales**, en especial el SAD a la hora de determinar los costes y su financiación total a las Corporaciones Locales.

- **Incluir entre los gastos a financiar** no sólo el personal de base y los servicios sino

también **la estructura de coordinación y la infraestructura material y tecnológica necesaria.**

- **Mejorar la disponibilidad e inmediatez de la información** necesaria sobre estado y contenido de los procedimientos y evolución de cuestiones básicas en relación a la gestión del SAAD de cara a un satisfactorio desarrollo de las funciones de información y orientación a la ciudadanía y de planificación y autoorganización.

- **Promover la participación formal de los Servicios Sociales de las Corporaciones Locales en cuantos espacios de coordinación interadministrativa o intersectorial se establezcan** al objeto de dotar de mayor eficacia a la implantación ordenada del SAAD, con especial atención a los mecanismos de coordinación sociosanitaria.

- **Garantizar, más allá de la función consultiva, la participación real y efectiva de las Corporaciones Locales en el desarrollo del SAAD**, mediante su representación permanente en el nuevo Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y en cuantas estructuras u órganos de análisis, valoración y toma de decisiones se constituyan a nivel autonómico.

Refuerzo y atribución profesional del papel del/la trabajador/a social en relación al SAAD

Hemos podido comprobar como las trabajadoras y trabajadores sociales de los Servicios Sociales Comunitarios, princi-

Los Servicios Sociales municipales ante el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. Aportaciones desde la perspectiva y proximidad del Trabajo Social

palmente, pero también de los diferentes Centros y Servicios que conforman la Red del SAAD, e incluso los que operan en ámbitos relacionados como el Sistema de Salud tienen una visión privilegiada por su conocimiento de la realidad diaria que viven las personas en situación de dependencia y sus familiares y su participación en el proceso de atención, bien en todas sus fases, o en alguna de ellas.

El saber, ser y hacer del/la trabajador/a social cobra máxima importancia de cara al adecuado diagnóstico social de la situación, detección de situaciones de riesgo social o vulnerabilidad en personas dependientes, determinación de las estrategias y modalidades de intervención más adecuadas contando con la participación e intereses de las personas afectadas, negociación, mediación y obtención de compromisos familiares, implementación de proyectos de intervención familiar (que pueden requerir actuaciones que van más allá del PIA en sí, especialmente ante situaciones de riesgo social, conculcación de derechos o trato inadecuado en personas dependientes) articulación y gestión de recursos, coordinación con otros servicios y profesionales implicados y seguimiento social .

Esta experiencia trasciende al propio SAAD, para situarse en la base del Sistema Público de Servicios Sociales, en el que la promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia se inserta. Por ello, la aportación y visión de los y las profesionales del Trabajo Social, profesionales de los Servicios Sociales, debe ser reforzada desde una doble perspectiva:

- **Como profesionales referentes de casos**, acompañando a las personas en situación de dependencia y sus familiares o personas cuidadoras en todo el proceso relacionado con la garantía de reconoci-

miento y materialización del derecho a su atención continuada, propiciando a la vez otras actuaciones que resulte necesarias en el ámbito de su convivencia personal y social, objeto de los Servicios Sociales.

- **Como consultores claves** en relación a cualquier iniciativa orientada a la valoración, evaluación y planteamiento de estrategias, buenas prácticas y propuestas de mejora en la aplicación y desarrollo de la LAAD y del Sistema Público de Servicios Sociales.

Bibliografía

AYUNTAMIENTO DE JEREZ (2007, 08, 09, 10, 11). "Memoria de Gestión del Departamento de Atención a la Dependencia y la Discapacidad". Jerez (Cádiz).

BARRIGA MARTIN, Luis; BREZMEZ NIETO, M^a Jesús; GARCIA HERRERO, Gustavo; RAMIREZ NAVARRO, Jose Manuel (redactores) (2010). *Desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. V Dictamen del Observatorio de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales*. Ed. Ayuntamiento de Alcorcón. (Madrid).

IMSERO (2009). "Informe final del Grupo de Expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia".
<<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/informesaadgexpertos.pdf>

GARCIA HERRERO, Gustavo (redactor) (2010): *El Servicio de ayuda a Domicilio en la encrucijada*. Ed. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales y Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar (2010). "La atención integral centrada en la persona". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. [Fecha de publicación: 04/11/2010]. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>

Referencias Legislativas

Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado número 299 de 15 de diciembre de 2006.

Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Boletín Oficial del Estado número 138 de 9 de junio de 2007.

Decreto 168/2007, de 12 de Junio, que tiene por objeto regular el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y

del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como determinar la composición y funciones de los órganos competentes para su valoración en el ámbito territorial en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía número 119 de 18 de junio de 2007.

Orden de 3 de Agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía número 161 de agosto 2007.

Orden de 7 de marzo de 2008, por la que se modifica la Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de contabilidad de las prestaciones y la Gestión de las prestaciones económicas del sistema de autonomía y atención a la dependencia en Andalucía y la Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el Servicio de ayuda a domicilio. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía número 55 de 19 de marzo de 2008.

Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Boletín Oficial del Estado número 168 de 14 de julio de 2012.

Terapia asistida con animales

Jesús Carlos Romea Robledo

Resumen

La Terapia Asistida con Animales (TAA) es un método complementario de tratamiento en rehabilitación de varias enfermedades y condiciones de las personas. El perro es el animal más ampliamente usado en programas de TAA. El perro es un buen comunicador por su lenguaje corporal. Para realizar un programa de TAA la salud del perro y su comportamiento normal son tan importantes como su propio bienestar. La contribución y la participación de un veterinario durante el diseño la implementación y el control del programa son también muy importantes para el desarrollo de un programa de TAA.

Palabras clave

Terapia asistida con animales, bienestar animal, perro.

Abstract

Animal Assisted Therapy (AAT) is a method of complementary treatment in rehabilitation of many human illnesses and conditions. Although the dog is the most widely used therapy animal that is used in AAT programmes. The dog has a very good communication through its body language. In order for an AAT programme a dog health and its normal behaviour are as important as its proper welfare. The contribution and participation of a veterinarian during the design the implementation and the control of the programme are also very important assuring the success of an AAT programme.

Key words

Animal Assisted Therapy, animal welfare, dog.

Autor

Jesús Carlos Romea Robledo

Licenciado en Veterinaria.

Director Técnico en Mecohisa. Formador en Bienestar Animal.

Grupo de Etología de AVEPA. Socio Fundación Affinity.

jcromea@mecohisa.com

Terapia asistida con animales

1. Introducción

La Terapia Asistida con Animales (TAA) es una modalidad de intervención terapéutica en la que un animal es parte integrante de un proceso de rehabilitación, reeducación, integración y/o socialización de una persona.

La TAA debe entenderse como un complemento terapéutico, dentro de un programa de terapia social, y no como una simple intromisión, exclusiva y al margen del resto de intervenciones que inciden sobre la mejora de la salud y el bienestar de la persona y del sujeto actuante, y por tanto no debe verse como un mero vehículo de imagen hacia el exterior de la institución que la imparte.

Uno de los colectivos donde más se han desarrollado TAA es en el de personas mayores, dependientes y no dependientes, y donde los efectos beneficiosos se comprueban rápidamente.

Como vamos a ir exponiendo a lo largo de este artículo, el trabajo terapéutico realizado mediante el uso de animales dispone de numerosos estudios que avalan su efectividad.

La gran ventaja, comprobada muy pronto, con la que contamos es que los animales no prejuzgan a las personas, reaccionando inicialmente frente a estímulos, fundamentalmente comunicación no verbal, aunque también, debido a la naturaleza de los animales, existen otras percepciones (oído y olfato), manteniendo focalizada su atención sobre el sujeto sobre el que se aplica la terapia, y dando poco margen de interacción del terapeuta, que ejerce labores de vigilancia y de propuestas de actuaciones conforme avanza el programa

terapéutico. Esto nos puede ayudar en aquellos estados en que los sujetos son o poco reactivos o pasivos, llegando a lograr grados de relación avanzados del individuo con el entorno y otras personas, incluyendo los terapeutas (Adbill).

Todas las ventajas que vamos a exponer y las bondades de los programas de TAA no debe nublarlos la visión a la hora de establecer criterios que sean coherentes desde el punto de vista de la selección de los animales utilizados, al seguimiento de los resultados obtenidos, del comportamiento de los pacientes y los animales, del estado sanitario de los usuarios y animales y de los objetivos inicialmente marcados, que irán variando conforme avanza el programa.

Lo primero que tenemos que tener en cuenta, antes de iniciar cualquier programa de TAA, es que la herramienta de trabajo que vamos a utilizar es un **ser vivo**, con un comportamiento etológico innato, un comportamiento adquirido y emociones propias, conforme a la especie animal seleccionada, con requerimientos fisiológicos específicos y con aquellas limitaciones debidas a la propia naturaleza, debiendo garantizar en todo momento el Bienestar Animal a lo largo del programa de TAA.

Y lo segundo, y no menos importante, es que vamos a introducir un animal vivo dentro de un complejo entorno sanitario humano, debiendo ser conscientes que el objetivo de nuestro trabajo es la mejora de los destinatarios y no el trabajo con animales en si mismo. Ello nos obligará a disponer de cuidados veterinarios de forma continua mediante un protocolo y unos procedimientos muy exigentes y que no puede obviarse ni saltarse de ninguna manera.



Cualquier animal con buen carácter y que se deje manipular es buen candidato para una TAA. Foto: MPVideo (2012)

Por tanto, la TAA se trata de un trabajo llevado a cabo mediante un equipo multidisciplinar que debe mantener los canales de comunicación entre ellos permanentemente abiertos.

Los beneficios en el colectivo de personas mayores se pueden apreciar en múltiples facetas, siempre dependiendo del grado inicial de la persona y del tipo de interacción con el animal, desde una disminución de la presión arterial, una mejor sociabilización con el entorno, disminución del grado de depresión, un alivio de los dolores, una mejoría en el grado de movilidad de las articulaciones, etc. llegando el caso de disminuir la dosis de los medicamentos prescritos antes de la terapia.

2. Historia

Realmente se ha considerado que los animales tienen un valor terapéutico desde la época de Hipócrates. Existen numerosos cuentos, fábulas y leyendas donde un animal lleva la felicidad a un ser humano. La ampliación del estado de empatía hasta incluir al resto de seres vivos representa un hito significativo.

Las primeras experiencias con animales utilizados con fines terapéuticos siguiendo un intento para la mejora del estado mental de las personas y sacando conclusiones datan de 1792 en York, Reino Unido, donde en un establecimiento para personas

Terapia asistida con animales

con problemas emocionales se introducen conejos y aves de corral como elementos de interacción con los residentes, favoreciendo que los pacientes se implicaran en su cuidado obteniendo una mejora sustancial en su calidad de vida diaria; hay que tener en cuenta que en el Reino Unido el conejo se considera un animal doméstico y no de producción.

A partir del siglo XIX se empiezan a utilizar estos métodos en otros países, especialmente en Alemania, debido a los lazos históricos y sociales que une a ambos países. Mientras, en 1830 British Charity Commissioner promueve el uso de animales, tanto de producción como domésticos, en asilos, la Institución Bethel, en 1867 hace lo mismo en Alemania.

Aunque desde finales del siglo XIX se habían utilizado animales para mejorar la recuperación de las secuelas psicológicas y físicas de los soldados, es a partir de 1942 en el Hospital de Convalecientes de la Fuerza Aérea estadounidense en Pawlin, New York, donde se comienzan con protocolos estandarizados, utilizando animales de granja y algunos otros procedentes del bosque cercano (pequeños anfibios y reptiles). Apareciendo estudios seriados en los años 50.

Es en 1962 cuando, de forma causal, Boris Levinson, psiquiatra neoyorquino, a través de sus experiencias en su consulta con su perro peludo llamado Jingles, comienza a interesarse por las posibilidades reales de los animales para ayudar a las personas en el mantenimiento y recuperación de la salud y se empiezan a plantear las bases de lo que hoy conocemos como Terapia Asistida con Animales.

Poco después, en 1970, el Children's Psychiatric Hospital Ann Arbor llega a

adoptar dentro de la plantilla a un perro de nombre Skeezer. Y en 1973 la Human Society of the Pikes Peak Region inicia un programa itinerante por distintas instituciones para personas con necesidades especiales, y comienzan a aparecer protocolos de trabajo modernos basados en la etología de los animales y la utilización de distintos animales.

Es a partir de todas estas experiencias cuando varios psiquiatras y psicólogos se sirven de animales en sus sesiones, y aparecen numerosos estudios e investigaciones que avalan el valor terapéutico de la influencia de los animales.

A mediados de los años 80, por parte de distintas asociaciones y fundaciones sin ánimo de lucro, iniciándose en Estados Unidos, se desarrollan programas mediante la colaboración de voluntarios, apareciendo a principios de los años 90 la figura del Terapeuta Ocupacional en este tipo de programas, desgraciadamente con un bagaje formativo muy diferente entre los mismos, no habiéndose desarrollado una formación reglada en España hasta el momento.

En España este tipo de actuaciones no comienza a investigarse y aplicarse la TAA de forma más extendida y racional hasta la década de los años 90, existiendo actualmente numerosas fundaciones, asociaciones, empresas y profesionales de la salud y de la educación de toda España los que se dedican a la investigación y la aplicación de programas de TAA.

La no reglamentación oficial y la falta de profesionalidad de algunos integrantes de programas de TAA ha dado lugar a cierta percepción externa algo escéptica de este tipo de actuaciones, haciendo que pueda prevalecer más el corazón que la razón,

olvidando que el verdadero objetivo es la mejoría de las personas sin secuelas para los animales participantes.

3. Antes de la Terapia

Los profesionales veterinarios conocen muy bien la existencia de un vínculo persona-animal desde hace mucho tiempo, aunque fue Michael McCulloch, un psiquiatra, de los primeros en estudiar que existía un elevado número de personas enfermas que llevaban a su mascota sana a la consulta veterinaria por que habían proyectado sus propias enfermedades en sus compañeros (McCulloch).

La verdadera herramienta protagonista de la TAA es el animal terapeuta. Los animales utilizados dependen del fin buscado, de las condiciones físicas y psicológicas de los pacientes, del presupuesto, del espacio y el tiempo que podemos utilizar, de la disponibilidad de terapeutas y personal colaborador disponible, etc.

Existen multitud de animales utilizados en programas de TAA, existiendo incluso experiencias con animales que podríamos considerar insólitos. Hay que discernir el efecto placebo, entre el beneficio que puede significar la interacción con un animal con el hecho que puede suponer una actividad nueva dentro de un contexto de actividades más monótonas por repetitivas, por ejemplo se ha apreciado una mejoría en la actitud de las personas únicamente por incluir un acuario y designar encargados de mantenimiento, de dar de comer, e inclusive la búsqueda de nuevos habitantes en el acuario. Disponemos incluso de disciplinas diferentes dependiendo del animal colaborador: terapia con perros, terapia con pequeños animales, terapia con

caballos (hipoterapia), terapia con animales marinos.

Para poder considerar una verdadera TAA tanto el animal participante como el terapeuta ocupacional deben reunir una serie de características y recibir un entrenamiento específico y concreto para la/s actividad/es a desarrollar, con el fin de poder llegar a obtener unos resultados satisfactorios, evaluables y extrapolables, además de tener en cuenta el entorno sobre el que se realiza dicha terapia.

Para poder seleccionar al animal más adecuado para un programa TAA, es necesaria la presentación de un exhaustivo proyecto con la información necesaria sobre la orientación que se quiere conseguir con este trabajo por parte del terapeuta, el tipo animal con el que nos gustaría trabajar, los controles sanitarios obligatorios que se van a realizar al/los animales, las mejoras que se desean conseguir y los sistemas de evaluación propuestos.

Debe ser un veterinario junto con el entrenador del animal y el terapeuta, quienes de forma conjunta seleccionarán el animal o animales que mejor consideran que se ajusta/n a los criterios de trabajo, por cuestiones sanitarias, de manejo y aprendizaje. En España los requisitos necesarios para la introducción de un animal de terapia no están actualmente legislados, sin embargo podemos considerar, en el caso de los perros, que deberían reunir como mínimo los requisitos contemplados en la legislación que se aplica al perro-guía (Real Decreto 3250/1983, de 7 de diciembre, Orden de 18 de junio de 1985 sobre uso de perros guía para deficientes visuales y modificaciones posteriores).

Debemos considerar también que para una correcta selección del animal más

Terapia asistida con animales

adecuado para un programa de TAA hay que tener en cuenta el concepto de Bienestar Animal.

Independientemente del animal escogido como participante en un programa de TAA, éste debe ser tratado como tal, respetando las características de su especie, sus necesidades etológicas y fisiológicas y valorando la finalidad de la TAA: ellos son los verdaderos terapeutas y quienes llevan a cabo el trabajo.

En este artículo vamos a referirnos básicamente al empleo de perros en TAA, dado que es el animal más seleccionado para distintos programas, ello se debe fundamentalmente más a una cuestión de disposición de animales por parte de grupos de voluntarios, aunque también hay que reconocer la adaptabilidad, la facilidad de adiestramiento, la cercanía a las personas y un cierto antropomorfismo que lo hace cercano, disponiendo de numerosos estudios con cuestionarios y valoraciones, así como de publicaciones sobre comportamiento del perro. Además presenta, en general, un alto grado de estabilidad y unas pautas de comportamiento y de comunicación que hace que sea fácilmente adaptable a numerosos programas y usuarios.

Nunca podemos asegurar que la selección del animal por su raza constituya una garantía de éxito y eficacia ni de comportamiento terapéutico innato, el proceso de selección se basa más en escoger individuos que reúnan las condiciones adecuadas de comportamiento, apariencia y salud. Sin embargo, en el caso de los perros, las razas más comúnmente utilizadas, para el caso de pacientes geriátricos y niños con deficiencias de atención, son las razas Golden Retriever y Labrador Retriever, debido a sus características y paciencia; mientras que para niños hiperactivos, personas con

riesgo de exclusión social y penitenciarios, se buscan animales más enérgicos como la raza Bóxer. Sin embargo, con un adiestramiento adecuado cualquier perro podría llegar a desempeñar el trabajo necesario, siendo distintas las características buscadas (ausencia de agresividad, motivación, apariencia física socialmente aceptable, actitud para desempeñar su cometido, etc.). Hay que recordar que para el perro, aunque parezca desde nuestro punto de vista una actividad lúdica, es un trabajo y para tal debe ser entrenado.

Se ha planteado en numerosos Congresos, artículos y foros acerca de utilizar o no de animales rescatados con fines terapéuticos. Como siempre, tratándose de seres vivos es complejo generalizar. Un animal rescatado puede ser igualmente útil dentro de un programa de TAA, pero puede ser complicado y difícil encontrar un individuo idóneo que cumpla los requisitos para las distintas actividades a desarrollar.

Si se opta por utilizar otro tipo de animales éstos deberán ser evaluados por el veterinario y el terapeuta considerando, en cualquier caso, lo apropiado de su introducción en cada programa de TAA.

Como veremos después, también es muy importante elegir el grupo de personas con las que trabajaremos, para eso el terapeuta ocupacional, junto con el médico y el psicólogo elegirán aquellas personas que, en principio, puedan ser más idóneas, participativas y sin miedo a los perros. Hay que recordar que las personas mayores pueden pasar de un estado de alegría y excitación por una actividad nueva como presentar ansiedad y crisis de pánico ante un animal, para eso los terapeutas estarán pendientes en todo momento a lo largo de la terapia.

4. Requisitos del personal

Debemos distinguir entre la persona que aporta el animal y el personal del centro que permanece en la sala durante la práctica (psicólogos, médicos, terapeuta social, DUE, personal auxiliar, etc.).

La persona encargada de introducir el animal dentro de una terapia debe conocer a este a fondo. Lo ideal es que el adiestrador o el entrenador del animal esté presente, debiendo haber planteado durante el entrenamiento un mínimo de obediencia básica, de hábitos de convivencia con personas y otros animales, y habiendo superado los test de comportamiento etológico y aquellos planteados como exigibles para este tipo de programas.

Para la persona que trae al animal se le deberá exigir:

- Conocimientos previos de que es la Terapia con Animales de Compañía; puede ser interesante reuniones previas para acercar posturas y conocer que es lo que se va a realizar para poder evaluarlo durante las sesiones el aporte del animal.
- Carnet de Manipulador de animales de núcleos zoológicos.
- Poder controlar al animal en todo momento.
- Para el personal del centro que participe en las sesiones se le deberá exigir:
 - Conocimientos básicos en etología animal.
 - Conocimientos básicos en manejo de animales.

- Estar al tanto de los descansos requeridos por los animales y no forzar ni alargar la terapia de forma unilateral.
- Estar pendientes para evitar, disminuir o redirigir la dependencia emocional de los usuarios del servicio.

5. Requisitos del animal

Cada especie animal presentará unos requerimientos distintos, vamos a recoger los más generales, siempre basados en criterios de bienestar animal, procurando los mínimos inconvenientes e intentando correr los mínimos riesgos para usuarios y personal.

La raza, como hemos explicado anteriormente tiene relativa importancia, aunque se puede utilizar cualquiera siempre que sea equilibrada. No se recomiendan razas caninas pequeñas debido a que presentan cierto grado de nerviosismo al interactuar, lo ideal son razas de tamaño medio. Tampoco se recomiendan razas con mucho pelo debido a que suelen dejar un rastro de pelo que puede resultar molesto, igualmente, se deberá descartar a aquellos animales que babeen en exceso, vocalicen o presenten estereotipias.

En cuanto a la edad se recomienda que sean adultos o jóvenes con un historial conocido de equilibrio emocional. Los cachorros suelen interactuar más pero son de peor manejo y pueden tener reacciones corporales (micción, defecación). En perros, para las razas indicadas, se recomienda una edad superior al año.

- La cuestión del sexo del animal no es un parámetro importante para la elección de

Terapia asistida con animales



Los animales participantes deben ser equilibrados, algunas razas están más predispuestas para un programa de TAA en personas mayores, ej. Labrador Retriever. Foto: MPVideo (2012).

un ejemplar, aunque en líneas generales, y para las razas indicadas anteriormente, los machos suelen ser más fácilmente redirigidos que las hembras.

- Se recomienda que animal esté esterilizado, lo cual nos prevendrá problemas de nerviosismo en los momentos del celo, así como manifestaciones corporales desagradables (micciones, spraying, acciones de monta sobre el personal, agresiones por motivos sexuales, etc.), aunque no es estrictamente necesario y obligatorio para un programa de TAA.

Se recomienda conocer el historial del animal, así como se valorará positivamente si ha recibido clases de adiestramiento positivo para convivencia con humanos (no para defensa, trabajo, pruebas deportivas,

etc.), especialmente si se dispone de un certificado. Se recomienda el sistema Arcon o similar, no se recomienda sistemas de reforzamiento negativo ni tipo clicker o mediante collar. Como mínimo debe obedecer las órdenes de quieto, sentado y acudir a la llamada.

Es muy importante la formación del sujeto, por ejemplo, la formación de un perroguía para deficientes visuales dura alrededor de dos años y en ella se implica una larga cadena de familias de acogida, voluntarios y profesionales.

Además:

- El animal debe disponer de un microchip de identificación (obligación legal a partir de 3 meses en perros, 6 meses en

hurones, y voluntaria en gatos), para lo cual dispone de una tarjeta oficial.

- El animal debe disponer de un pasaporte sanitario europeo, salvo en animales mayores de 10 años que pueden tener todavía la cartilla sanitaria antigua.

- El animal deberá de venir limpio, sin olores. Deben ser bañados antes de cada visita (24 h antes).

- Para una mejor relación y aplicación, los animales deben ir con petos identificativos de la actividad, evitando interrelaciones por parte del personal del centro.

- Las uñas deben mantenerse cortas, por lo que deben ser revisadas con regularidad.

- Control periódico de piel, boca, ojos y oídos.

- El animal debe acudir desparasitado, interna y externamente, para ello se deberá revisar el pasaporte o la cartilla de vacunación.

- El animal debe disponer de una serie de vacunas (rabia, anual en perros, anual en hurones, voluntaria en gatos que no salgan de España por un periodo superior a seis meses): en perros, recomendada la tetravalente (anual); en gatos trivalente recomendada, (frente a la Leucemia felina recomendada) y en hurones trivalente recomendada.

- El animal deberá ser equilibrado, habrá que estar atento a posiciones de sumisión, miedo, agresividad, etc. Es aconsejable que dispongan de un imprinting correcto tanto con otros animales como con personas (niños jóvenes, adultos y

mayores). Si es verdad que el perro debe encontrarse correctamente socializado y debidamente entrenado para poder soportar el contacto físico de personas, olores, ruidos y cualquier otro estímulo que pudiera sorprenderle o atemorizarlo. Hay que tener en cuenta el posible rechazo de un animal hacia una persona convaleciente o en tratamiento lo cual es contraindicado para este propósito pero no para otras TAA. Así mismo, no todos los posibles destinatarios son adecuados para recibir éste tipo de actividad.

- No debe dejarse subir, en el caso de los perros, sobre los usuarios, así como tampoco debe permitírsele saltar encima de ellos, por motivos etológicos y de seguridad de las personas.

- Los controles sanitarios son de suma importancia, no solamente con el fin de evitar riesgos innecesarios. Dichos controles deben estar garantizados por un profesional veterinario, preferiblemente colaborador en el programa de TAA. Esto incluye disponer de un Certificado veterinario como que el animal no presenta aparentemente signos de enfermedad, no padece ninguna enfermedad infecto-contagiosa o parasitaria, especialmente transmisible a las personas.

- Se deben realizar analíticas sanguíneas semestrales negativas para leishmania, leptospira, brucela y tuberculosis para el caso de los perros. Cultivos de heces y orina para salmonella, shigella y campylobacter.

- En el caso que animal sufriera un proceso infeccioso o incapacitante para poder realizar la labor terapéutica, se suspenderá momentáneamente el servicio de terapia o se sustituirá por otro animal.

Terapia asistida con animales

- Por cuestiones de Ética y Bienestar animal no está permitida ninguna mutilación por cuestiones de estética o por comodidad del cuidador.

- Deben realizarse valoraciones de comportamiento del animal por dos veterinarios (uno del propio programa y otro externo) para garantizar los resultados y poder detectar problemas de estrés encubiertos y que pueden afectar a su estado general, de salud y psicológico.

Igualmente los guías de los perros deben seguir unas estrictas normas sanitarias, que se deben cumplir de forma escrupulosa.

Hay que tener presente que algunas personas mayores tienen miedo a los perros, nunca se debe permitir que estas personas integren el grupo de trabajo, ni se debe forzar la interacción entre los animales y las personas.

6. Procedimiento de actuación

La Terapia Asistida con Animales o TAA es una intervención dentro de un contexto cerrado con animales con una meta específica terapéutica con un animal seleccionado específicamente para llevar a cabo un programa previamente establecido. El objeto de dicho programa es la mejora del paciente en los campos para los que el programa se ha diseñado, sean físicos, sociales, emocionales o cognitivos.

Cuando se trabaja con personas mayores hay que estar muy pendiente de los olores, pues los perros son capaces de reaccionar a estímulos no detectados por nosotros, así como a los movimientos bruscos y zonas

de sombra, por lo que la sala deberá estar iluminada de forma suave y lo más homogéneamente posible.

- La introducción del animal debe realizarse de forma paulatina, es decir en varias sesiones.

- Se debe establecer que interacciones y a que personas escoger para cada una. Los estudios demuestran que hay personas en que disminuye la ansiedad sólo con que el animal se encuentre en la habitación.

- El programa de TAA debe tener recogidos los tiempos, las actividades a realizar, el personal colaborador y el personal usuario, periodos de descanso, así como las medidas correctoras a aplicar en caso de desvío.

- El personal del centro se lavará las manos antes y después de las sesiones.

- Es conveniente que antes de pasar a la zona de terapia, el animal realice alguna actividad con el fin de disminuir su ansiedad.

- Es interesante que en una primera visita no haya ningún usuario en la sala para que el animal pueda explorar la habitación de terapia sin ningún elemento que le distraiga para familiarizarse con personal del centro, máquinas y útiles y olores, con el fin de que en próximas visitas conozca el sitio y no se encuentre pendiente del entorno.

- Es importante delimitar una zona donde el animal se pueda retirar cuando lo considere oportuno, puede servir la zona de entrada donde hemos dejado el transportin o bien una zona con una manta y algún juguete en el caso del perro.

- Nunca se debe forzar el contacto entre el animal y el usuario. Esperar **siempre** a que el animal se dirija a la persona. Hay que vigilar siempre el lenguaje corporal tanto del usuario como del animal, para en el caso de conflicto poder desviar la acción iniciada.
- Las interacciones pueden ir desde animal en la sala, caricias, proporcionar comida, proporcionar bebida, acicalamiento, paseos y, en caso de buen tiempo, baño. El uso de premios por parte de los usuarios está contraindicado, debe ser realizado **sólo** por parte del personal que lo trae, hay que vigilarlo muy férreamente dado que nos encontramos con tendencia a que las personas mayores le pueden obsequiar con alimentos de humana no siempre recomendados (guardarse trozos de pan, galletas, chocolate, etc.).
- En los casos de terapias que proporciona comida, proporciona bebida, acicalamiento, paseos y baño se recomienda realizar un listado de turnos para que no surjan conflictos entre los participantes. A veces es conveniente fijar tiempos de interacción. Algunas personas mayores tienden a la posesión del animal en perjuicio de la terapia ocasionando momentos de tensión entre los participantes.
- No se debe utilizar el animal en dos sesiones seguidas con usuarios, debido a mantener la estabilidad de dicho animal y la función terapéutica de las sesiones.
- Las sesiones, en principio, no deberían superar la hora y media. El número de usuarios debe estar comprendido entre 4 y 7.
- Los parámetros fisiológicos a medir se realizarán antes y después de la interacción (temperatura, presión sanguínea, movilidad), mientras que el estudio de los cambios cognitivos se deben realizar antes pero no necesariamente justo después.
- En las siguientes visitas y una vez establecidas las pautas de trabajo con los usuarios se deberá dejar entrar al animal en la habitación donde se encuentran los usuarios; el animal permanecerá unos momentos alejado del grupo de usuarios (sentado en el caso de perros y en su transportin (cerrado) en caso de gatos o hurones, jaula tapada en caso de aves), es decir, adecuado a su tamaño y especie.
- Transcurrido un tiempo (entre 5 y 10 minutos aproximadamente), dejaremos libre al animal para que explore y se acerque a los usuarios.
- Una vez establecido contacto, es de gran utilidad que una persona del centro controle las interacciones. Puede ser necesario ayudar para que el usuario acaricie al animal sin provocar tensiones ni en el usuario ni en el animal, vigilando la presión, la zona, el tiempo, así como las reacciones del animal.
- En el caso que el animal se separe del grupo o de por terminada una interacción hay que permitirle volver a su lugar de descanso o inicial para que se relaje o se aleje de la zona que le provoca ansiedad.
- Para terminar, será el animal el que salga de la sala, mientras permanecen los usuarios dentro.
- En los casos en que el animal presente una conducta no correcta deberá ser única y exclusivamente la persona que lo ha traído la que trate de controlarlo en primera instancia, en el caso de que no sea

Terapia asistida con animales

posible debe actuar el personal del centro que disponga de los conocimientos adecuados para ello.

- Hay que conocer que una vez comenzado el servicio, su supresión puede ocasionar, durante un tiempo, mayores problemas que los beneficios percibidos especialmente en personas mayores y con lazos de dependencia con el animal, por lo que se deberá estudiar muy bien su implantación.

- Desde el inicio de la TAA se ha planteado la necesidad de comprobar metódicamente los beneficios obtenidos mediante éste tipo de terapias comparadas con otras terapias más tradicionales. Debido a que se ha aplicado a tan diversas experiencias, patologías, individuos y objetivos buscados, es complicado establecer criterios de valoración homogéneos para todas. Si que hay que tener en cuenta, independientemente, que todo el proceso debe estar evaluado y documentado.



Todos los animales que participen en una TAA deben haber pasado un entrenamiento básico y otro específico para trabajar con personas mayores. Foto: MPVideo (2012).

- Hay que evaluar a los participantes (personas y perro) antes, durante y después de las terapias para poder controlar los efectos, positivos o negativos, que se vayan generando, pudiendo incluso retirar del programa a alguno de los participantes debido a las secuelas y/o al deterioro de su estado.

- Hay que tener en cuenta también el estrés psicológico que supone prescindir de una animal una vez iniciado un programa TAA, especialmente en personas mayores que se vuelven muy dependientes, por lo que hay que estar muy seguro antes de comenzar y tener la visión de que el programa va a desarrollarse durante mucho tiempo. Por ejemplo, para el caso de los animales que se retiran de un programa estaríamos ante la figura de maltrato animal tal y como se recoge en la Ley de bienestar animal. Así mismo, hay que disponer de protocolos y de animales sustitutos pues pueden existir bajas o rechazo de algunos animales por distintos motivos (fobias del personal, deterioro de su estado físico y/o mental, enfermedades, etc.).

- Un estudio realizado en el Hospital de Caulfield en Australia, reveló que la introducción de un Labrador retriever de nombre Honey, ayudó a los pacientes a mejorar su estado de alerta, salir más a la calle y mejorar su interés por la vida. "Las personas internas en éstas instituciones presentan actitudes apáticas dirigidas cada vez mas por inercias".

- Para algunos internos, la presencia de Honey se tradujo en un interés mayor por la vida deteniendo este deterioro (Salmon).

7. Conclusión

"Los beneficios de la presencia de un animal de compañía son accesibles a todos y especialmente beneficiosos en las personas de mayor edad"(Cusack).

La TAA no debe ser aplicada nunca de forma aleatoria y sin la recomendación de los distintos especialistas. Un trabajo bien desarrollado, debe ser programado, planificado y desarrollado, aplicando los objetivos de mejora planeados en cada caso, seleccionando los animales y el lugar adecuado, valorando las posibles deficiencias del programa o sus posibles fracasos y los comportamientos de los animales.

Antes de nada hay que recordar que hay personas que les asustan los animales o presentan alergias, lo cual nos lleva a realizar una selección previa de los participantes, pues no es viable para todo el mundo este tipo de terapias. Es cierto que para algunas personas la ansiedad que les puede suponer un tipo de animal (por ejemplo un perro) no se lo causa otro (por ejemplo un gato, un pájaro o un acuario). También hay que tener en cuenta que el animal es una herramienta de trabajo, y todo el personal del centro debe conocerlo y no interactuar con el mismo antes y durante las sesiones. Por ello se establece un programa de formación para saber como actuar previa a la introducción inicial del animal, que deberá evaluarse durante las visitas por la persona responsable de dicha formación. También debería 'formarse' al personal usuario del servicio para saber comportarse y que no realicen acciones que puedan desembocar en reacciones adversas por parte del animal.

Terapia asistida con animales

Hay personas que no son aptas para las sesiones de terapia y los animales pueden tener reacciones adversas con ellos (manifestaciones vocales, manifestaciones agresivas en distintos grados). Las causas pueden ser muy diversas (olores, tonos de voz, tipo de ropa, tipo de movimiento, reacciones no verbales, etc.). Hay que estar atentos a las señales de los animales para que no ocurran incidentes graves.

Hay que tener en cuenta que hace falta tiempo y esfuerzo para implantar una TAA satisfactoria, antes, durante y después de la actuación de nuestros amigos.

Bibliografía

ADBILL, M. N.; Juppe, D (2000) *Pets in Therapy*. Ravensdale, Idyll Arbor, Inc. WA.

AUBREY H. FINE, *Manual de terapia asistida por animales: Fundamentos teóricos y modelos prácticos*. FUNDACIÓN AFFINITY, 2003 - 547 PÁGINAS

COOPER, J.E. (1976). "Pets in Hospitals" *British Medical Journal*, 1, 698-700

CUSACK, ODEAN & SMITH, Elain (1984). *Pets and The Elderly. The therapeutic Bond*. (New York: Haworth Press). USA.

International Association of Human Animal Interaction Organizations (1998). The Prague Declaration. <http://www.iahao.org/html/prague.htm>. Fecha consulta 31/07/12

MCCULLOCH, Michael: "Contributions to Mental Health" In, Anderson, RK., et al,eds.: "A Description of the Responsibilities of Veterinarians as they Relate Directly to Human Health". (Minneapolis: University of Minnesota, School of Public Health, pp. 9-10-20, sin fecha). USA.

(2007). *Pets are members of the family*. The Harris Poff. 120:4.

SALMON, I.M. y SALMON, P.W. (1982) "A dog in Residence: A Companion-Animal Study Undertaken in the Caulfield General Hospital" (Melbourne: Report from the Joint Advisory Committee On Pets In Society-JACOPIS). USA.

ZAMIR, T.; *The moral basis of animal-assisted therapy*. *Society and Animals*. 2006; 14 (2): 179-199.

Portal Internacional



Trabajo Social y envejecimiento activo en Argentina

María del Carmen Ludi

Resumen

El artículo intenta dar cuenta de algunas reflexiones sobre Trabajo Social en el campo gerontológico desde la perspectiva de envejecimiento activo, saludable, diferencial, y de los aportes significativos que nuestra profesión puede realizar, desde una perspectiva teórica asumida en relación a la Intervención Profesional de Trabajo Social y a Envejecimiento y Vejez en el actual contexto, en el marco de los desafíos y debates contemporáneos.

Las fuentes en las que se basa el desarrollo del mismo, provienen de trabajos de investigación y extensión que venimos desarrollando desde hace más de 20 años desde la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos.

Palabras clave

Trabajo social, envejecimiento y vejez, envejecimiento activo.

Abstract

The paper tries to address some issues about social work on the field of aging; particularly from an active and healthy approach of aging. But also, it is related to the significant contributions that our discipline may do, by adopting an appropriate theoretical perspective, linking to do so, Social Work professional interventions and aging, with present disciplinary debates and the challenges we are facing.

This paper is based on research and extensión work during the last 20 years, made in the School of Social Work at the Universidad Nacional de Entre Ríos.

Key words

Social Work, aging, active, aging perspective.

Autora **María del Carmen Ludi**

Magister en trabajo social. Gerontóloga.

Docente - Investigadora - Facultad de Trabajo Social / Universidad Nacional de Entre Ríos. Argentina.

mcludi@fibertel.com.ar

Trabajo Social y envejecimiento activo en Argentina

Consideraciones Generales

Escribir sobre la relación *Trabajo Social y envejecimiento activo* en Argentina constituye un desafío, por la heterogeneidad existente entre las diferentes regiones del país, la diversidad de concepciones y representaciones que coexisten y por los avances similares acerca del tema.

No obstante ello, en el presente artículo, se desarrollarán algunos aspectos que consideramos necesarios para continuar aportando a la búsqueda de alternativas de Intervención en el campo *envejecimiento y vejez*; profundizando reflexiones que intentan romper con creencias, prejuicios y estereotipos que aún prevalecen y que impactan en la construcción de los propios procesos de envejecimiento y subyacen al momento de pensar políticas/programas sociales en dicho campo.

Perspectiva teórica que argumenta nuestro trabajo:

Acerca del *envejecer*

En nuestras búsquedas teóricas, hemos ido acordando con algunos autores, disintiendo con otros, y reafirmando una vez más lo expresado por Kaplan (2001): "...veneradas o despreciadas, amadas u odiadas, poderosas o miserables, las personas envejecidas han estado siempre presentes, tanto física como socialmente en las distintas civilizaciones". En todas las épocas y culturas, la cuestión del envejecer ha provocado la reflexión de algunos, la indiferencia de muchos, el rechazo de otros. Desde nosotros identificamos al menos dos dimensio-

nes: una refiere a la concepción de Vejez, su construcción y configuración socio-cultural, sus representaciones sociales, sus implicancias; la otra refiere a la Vejez como condición humana, como proceso de envejecimiento y momento de la vida de una persona, con sus limitaciones y posibilidades de "adaptación activa" (concepción de Enrique Pichón Riviere) ante los cambios que lo posicionan en una situación diferente, nueva, desconocida; que lo sitúan en un espacio de tensión respecto de sus necesidades y las posibilidades y contexto de satisfacción de las mismas; en cuya relación toma relevancia la Cuestión Social y las diferentes formas de Protección Social específicas que atraviesan y sobredeterminan su vida cotidiana.

De este modo, el tratamiento de la cuestión del *envejecimiento, del envejecer*, se torna una tarea compleja, ya que aparecen fuertes contrastes entre distintas representaciones sociales sobre la misma, las que contienen diversos intereses. En la actualidad, identificamos diversas posturas y propuestas. Algunas apuntan a la búsqueda de tecnología de rejuvenecimiento o de prolongación de la vida; otras niegan o disfrazan la vejez, casi todas pretendiendo alargar la llegada de una imagen que les devuelve fealdad, arrugas, canas, "marcas" no queridas, imagen que los acerca a la propia muerte. La generación de imágenes eufóricas de la vejez, ligadas a mostrar vitalidad y belleza sólo desde el lugar del joven, impulsadas por el mercado, devuelve a los viejos una imagen no real. Muy pocas propuestas se sustentan en mostrar otra idea de vejez basada en otros parámetros de belleza, de productividad, de utilidad, de vida, diferentes a los que hegemonizan y atraviesan el sistema capitalista de producción y reproducción en el que vivimos y que instituyen "modelos" en una sociedad radicalmente desigual.

Hay cuestiones que se presentan como comunes a todo ser humano -el envejecimiento, la muerte- aunque de manera específica en cada grupo social. Vivir sin envejecer es una contradicción insalvable. Ser viejo en el mundo occidental contemporáneo, remite a configuraciones de valores distintos de otros momentos históricos de nuestra sociedad y de otras culturas. Las diferencias de género, de clase, de credos religiosos, de etnia, de inserción profesional, también están presentes en la construcción de las representaciones y de las experiencias del envejecer, dimensiones fundamentales en el análisis de la identidad de este grupo etario. En los modos de envejecer particulares, destacamos la implicancia de las condiciones materiales y simbólicas de vida, de las trayectorias de vida, y atado a ellas, resaltamos la idea de trascendencia y de sentido de la vida, pilares que en cualquier contexto social, económico, cultural, cobra suma importancia en la construcción de una “buena” vida, de una “buena” vejez, de una vejez digna.

Modos de ver, modos de nombrar, modos de actuar

Como profesionales, consideramos que es importante trabajar conceptualmente los modos de nombrar la vejez y a sus portadores, en tanto posicionamiento teórico, por considerar que detrás de ello, subyace una concepción de sujeto, de realidad, de mundo, de vejez, la que a su vez va construyendo imaginarios, representaciones, prácticas, y que desde nuestro punto de vista es necesario modificar, reconstruir.

Al respecto identificamos entre los conceptos más usados: Ancianidad, Tercera Edad, Cuarta Edad, Senilidad, Adulto Mayor, Personas Mayores, Jubilados, Jóvenes de la

Tercera Edad, Añoso, Geronte, Viejo. Algunos de estos términos provienen de la Medicina, otros de la Psicología, de la Sociología, de la Antropología. Son conceptos y construcciones teóricas, socio-culturales, que en su forma de nombrar están connotando, significando algo y en los que emergen supuestos desde donde se originan. La mayoría de los mismos tratan de simular, atenuar, favorecer la significación bastante desvirtuada que tiene el término *viejo* (de vejez), a través de eufemismos como Adulto Mayor, Personas de la Tercera Edad. Con su uso se intenta “agradar” al conjunto de la sociedad y a los propios viejos, quienes muchas veces también caen en discriminaciones usando peyorativamente el término viejo en tercera persona para referirse a otros, distanciándose de dicha condición.

Estos términos aparecen usualmente en medios de comunicación, en programas sociales, actividades de distintas religiones, de organizaciones intermedias. Los medios de comunicación casi no muestran temáticas y/o problemáticas relacionadas a la vejez en toda su amplitud, sino que tratan de crear un nuevo actor, definiendo un nuevo mercado de consumo en que la promesa de la eterna juventud, a través de un nuevo vestuario, nuevas formas de ocio y de relación con el cuerpo, con la familia, con los amigos, puede alcanzarse. Otra situación que comúnmente suele darse, sobre todo en las residencias gerontológicas y geriátricas, es nombrar a las personas que allí viven: “abuelo”, “abuelita”, confundiendo de esta manera la condición de vejez con la de abuelidad. Esto lleva a que en la cotidianidad institucional se sume a las cuestiones de desarraigo la de pérdida de la identidad, ya que hay viejos que ven pasar sus días sin que nadie los “nombre”, contribuyendo a procesos de despersonalización que muchos sufren en dichos lugares. También se da a nivel de la sociedad,

o aún peor desde organismos del Estado, cuando desde el sentido común, se llama “abuelo” para evitar decir viejo o anciano, encerrando también muchas veces, una carga de “lástima”, de “pobrecito”, de tutela. En los últimos años el término *Tercera Edad* es el que ha cobrado mayor significación y ha “pegado” más en nuestras sociedades, y más recientemente el término *Adultos Mayores*.

Como Trabajadores Sociales pensamos que resulta imprescindible conocer no sólo lo relacionado a la manera de nombrar en sí, sino sobre todo sus implicancias. Nuestro posicionamiento desde que comenzamos a trabajar en la temática, aún antes de tener mayor profundidad en sus fundamentos, fue “llamar a las cosas por su nombre”: *viejos*. Así, en este largo camino seguimos retrabajando el planteo del Dr Salvarezza, sosteniendo que el desafío es que podamos llamar a la *Vejez* y a los *viejos* como tal, sin eufemismos; aportando a que éstos no sigan cargando el grado de negatividad y discriminación que hoy tienen, porque si bien lo principal es la actitud y el respeto en el trato hacia ellos, los modos de nombrar también nos posicionan en un determinado lugar ideológico-teórico y como profesionales debemos tener posturas fundadas, ya sea en nuestras prácticas disciplinares, en nuestras investigaciones, en el diseño de políticas y programas sociales. Luego sostenemos que los modos de nombrar, están relacionados a los modos de ver y a la vez ambos se plasman en modos de hacer (Teresa Matus: 1999), de allí la necesidad de su clarificación. De allí la apuesta de instalar el tema, trabajar los prejuicios y la discriminación hacia las personas viejas; aportar a la construcción de una ideología diferente acerca de la vejez; intentar recuperar prácticas y valores que sustenten otros modos de vida; impulsar luchas a otro nivel, que tiendan a modificar el lugar

de los viejos en la sociedad, en el barrio, en la familia. Lugar en el que como sociedad los ubicamos y ellos se ubican.

Según Salvarezza (2002) la vasta mayoría de la población de todas las culturas tiene un cúmulo de conductas negativas hacia las personas viejas, inconscientes algunas veces, pero muchas conscientes y activas. Argumenta que está ampliamente demostrado que en la sociedad existe una actitud de discriminación y segregación hacia la población vieja que se denomina “viejismo”. El autor traduce este término utilizado por Robert Butler (1970) quien refiere “...el prejuicio de un grupo contra otro, se aplica principalmente al prejuicio de la gente joven hacia la gente vieja. Subyace en el viejismo el espantoso miedo y pavor a envejecer, y por lo tanto el deseo de distanciarnos de las personas mayores que constituyen un retrato posible de nosotros mismos en el futuro. Vemos a los jóvenes temiendo envejecer y a los viejos envidiando a la juventud”.

Esta mirada, esta conducta, como ya mencionáramos, se encuentra casi arraigada también en los propios viejos, lo que hemos identificado en nuestro trabajo profesional y en diferentes investigaciones. Subyace aquí el miedo a ser y sentirse viejos, a los cambios fisiológicos y biológicos. De allí los eufemismos, el distanciamiento de “personas viejas”, utilizando “personas mayores”, como probándose otro traje porque éste no nos gusta para nosotros en el futuro. Por lo explicitado, es que adquiere suma relevancia la dimensión simbólica en la vida cotidiana de las personas, más allá del curso de vida “pautado” e institucionalizado por la modernidad, ya que el proceso de envejecimiento, como proceso biológico, será también elaborado simbólicamente, jugando esto a favor o en contra del interés por proyectar la vida,

configurando así modos particulares de envejecer.

A través de estos años de indagación acerca de procesos de envejecimiento y de trabajo con viejos, hemos podido acercarnos al conocimiento de la *situación de vejez* (Ludi: 2005) de diferentes personas y grupos de distintos lugares -ciudad, zona rural-; de sectores socio económicos diametralmente opuestos; en situaciones de vida familiar y de institucionalización; unos con experiencias gratificantes y otros que sufren situaciones de maltrato, ya sea familiar o institucional; muchos que participan de propuestas para la llamada Tercera Edad o para Adultos Mayores buscando en ellas “mejorar su calidad de vida”, “sintiéndose más jóvenes”. Están aquellos que sufren procesos depresivos por no poder aceptar su condición; otros postrados o semi postrados a causa de enfermedades o accidentes; y muchos que viven este momento vital en forma “natural”, adaptándose activamente a los cambios y modificaciones que la vejez inexorablemente trae. Están los que caminan todos los días, realizan sus “mandados”, participan en organizaciones intermedias, leen, cantan, bailan, actúan, se divierten y proyectan su vida de otro modo. Estos últimos, son los que se encuentran más ligados a la perspectiva de envejecimiento activo, en la idea de conservar autonomía, capacidades funcionales, relaciones sociales.

Desde este marco, sostenemos que *la vejez se configura como una construcción socio-cultural, sobredeterminada por dimensiones estructurales y contextuales socio-económico-político-culturales que atraviesan la vida cotidiana; de allí que el envejecer sea un proceso particular y complejo, que comprende diferentes aspectos: físico-biológico-psicológico-social y emocional, constituyéndose en una experiencia única en relación a estos aspectos y dimensiones.*

Hacia la construcción de un sujeto viejo diferente: la perspectiva de envejecimiento activo

Partimos de reconocer que la Gerontología como campo interdisciplinar ha tenido un desarrollo importante en los últimos años, sobre todo por los aportes que realizan otras disciplinas, anteriormente consideradas “auxiliares de la medicina”. Hoy encontramos investigaciones, estudios, que profundizan y complejizan el pensamiento gerontológico y las diferentes prácticas ligadas al campo, instalando concepciones psico-sociales y antropológico-culturales, más allá de la dimensión meramente biológica.

A la vez, hay avances en tanto declaraciones, convenciones y recomendaciones, a nivel de organismos internacionales, regionales y locales, con adhesión de los diferentes Estados, cobrando mayor énfasis la *perspectiva de envejecimiento saludable, activo, creativo, productivo*. Pensamos que la misma puede contribuir a una revalorización necesaria de los viejos como sujetos activos en la construcción de ciudadanía, sobre todo ante la tendencia sostenida de mayor expectativa de vida para la gran mayoría de la población.

La perspectiva de envejecimiento saludable en principio, y de envejecimiento activo luego, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la década de los 90', constituye sin dudas, un conjunto de parámetros importantes en los cuales referenciar políticas, programas, prácticas.

El *envejecimiento saludable* implica el permanente cuidado y atención de la salud y el sostenimiento de la capacidad funcional

de las personas mayores (realización de actividades de la vida diaria -AVD- e instrumentales -AIVD-); tiene como principales objetivos lograr una mayor esperanza de vida sin discapacidad, con posibilidades de adaptación adecuada a los cambios, modificaciones, inherentes al *envejecer*; propone acciones que comprendan las dimensiones biológica, psico-afectiva y social del envejecimiento, que vayan más allá de la prevención de enfermedades, sino que refiere a lograr hábitos y estilos de vida saludables, el mantenimiento de reservas funcionales/corporales, una dieta variada y equilibrada, una sociedad más amigable con las personas de edad. Uno de sus principales dispositivos es la actividad física, permanente, adecuada, sistemática, orientada en lo posible por profesionales.

El *envejecimiento activo* aparece como un concepto superador, más abarcativo, ya que no se centra en aspectos sólo ligados a la salud. Comprende entre sus premisas: la optimización de las oportunidades de bienestar físico, social y mental; de participación y seguridad; con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y mejorar la calidad de vida. Entre sus objetivos de lograr mayor autonomía / independencia, hace hincapié en generar condiciones para controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo a normas y preferencias; contribuyendo a ello la participación continua en espacios y cuestiones sociales, económicas, culturales y cívicas. Al referirnos a envejecimiento activo no podemos soslayar los atravesamientos culturales; los avances en igualdad de género; la feminización de la vejez y el aumento de expectativas de vida. La situación económica (ingresos); el acceso a una adecuada atención de la salud y a servicios sociales; una alimentación adecuada; un hábitat y vivienda acordes; educación permanente,

tienen alta significación en la consecución del mismo. Los aspectos mencionados, así como contar con redes de apoyo social y buen trato, hacen que el enfoque de envejecimiento activo esté ligado sobre manera a estrategias de acción globales y locales, que generen inclusión social, propiciando modificaciones culturales, actitudinales; revisión de valores, de intereses económicos y políticos, de políticas de Estado.

La llamada explosión demográfica del siglo XXI, en relación al envejecimiento poblacional, al aumento de las expectativas/esperanza de vida, como fenómeno novedoso y único en la historia de la humanidad, viene generando mayor atención. Si bien las sociedades se han esforzado durante siglos para conseguir prolongar la vida, en la actualidad este hecho genera grandes controversias entre políticos, demógrafos, economistas, gerontólogos, prestadores de bienes y servicios, cientistas sociales; abocados a investigar e intervenir en el campo del *envejecimiento y la vejez*. Sabemos que "*llegar a viejo*" hoy es una posibilidad casi para el conjunto de la población, acontecimiento mundial que plantea un importante avance en la historia de la humanidad y que más allá de posicionarnos en una perspectiva de envejecimiento activo, saludable, vital, configura paradójicamente para amplios sectores, "un problema social", destacándose principalmente la feminización creciente y el aumento de generaciones convivientes. De allí entonces, surgen algunos interrogantes desde Trabajo Social: ¿en qué condiciones materiales y simbólicas envejece la mayoría de la población?; ¿cual es la realidad y los desafíos de envejecer en el actual contexto?; es posible entonces instalar esta perspectiva?; cómo pensar alternativas de acción, desde la perspectiva de envejecimiento activo, en sectores de pobreza?

En relación a estas preguntas y preocupaciones nos detendremos en algunas posibles respuestas. En primer lugar consideramos que no podemos dejar de plantear la tensión *envejecimiento y pobreza*, en el contexto en que la misma se inscribe; en sus sobredeterminaciones estructural y coyuntural; en sus dimensiones económica, política, social, cultural; en los planos: mundial, nacional y local; en cómo impactan las transformaciones de dicho contexto en la mayoría de la población, específicamente en la población anciana en cuanto a posibilidades de acceder a una “buena vida”.

Como características actuales del sistema capitalista de producción y reproducción -sobre todo del capitalismo financiero transnacional-, con sus crisis y mutaciones, identificamos entre las principales: la transformación del sistema productivo y el mundo del trabajo; los procesos de precarización del mismo; el requerimiento cada vez más tecnificado de mano de obra; desempleo estructural y exclusión; quiebre de la protección social y su incidencia en la subjetividad e identidad, tanto individuales como colectivas; políticas neoliberales; tratamiento de la pobreza desde una lógica residual y tutelar. Hoy, el escenario político, económico, cultural, institucional adquiere niveles de complejidad inéditos en los procesos mundiales y regionales, en las relaciones e intereses de gobiernos nacionales; en una sociedad extraordinariamente más desigual y más tolerante a la desigualdad; que invisibiliza, naturaliza, genera inercias, que contribuyen a reproducir el orden “eficaz”, tal cual expresa Claudia Danani (2009).

Sostenemos que la relación envejecimiento y pobreza, tiene que ver con procesos de envejecimiento personales y poblacionales, en el marco de procesos de empobrecimiento para casi la mayoría de la po-

blación, tanto para los sectores de pobreza estructural y de pobreza extrema, como para los sectores medios empobrecientes. De esta manera, a las cuestiones ligadas a una postura hegemónica sustentada en el “viejismo” desde construcciones socio-culturales, se suman las relacionadas a lo económico. El no querer *envejecer* implica también el no querer empobrecer, sobre todo si tomamos la relación ingreso percibido (\$) por quienes están en actividad económica, e ingreso a percibir (\$) luego con el haber jubilatorio (en nuestro país la Jubilación mínima es \$ 1.700 -aproximadamente 390 dólares- y comprende al 75% del total) ya que por ende se modifican sustancialmente condiciones, niveles y estilos de vida. De allí que los procesos de envejecimiento en situación de pobreza, sin acceso a determinados recursos y servicios, se vuelven altamente problemáticos para los viejos y sus familias, al interior de un movimiento de producción y reproducción social en el que casi siempre han estado involucrados: la no posibilidad ni opción de un trabajo “estable” realizado desde la idea de creación y producción, que les brinde ciertas “seguridades” en términos de una protección social adecuada. En estos casos, la relación vejez y pobreza asume características diferentes, con aspectos más relevantes ligados a determinados requerimientos para afrontar la vida diaria.

En la línea de envejecimiento activo, en contextos de pobreza, una de nuestras preocupaciones de interés investigativo fue conocer cuáles son las reales posibilidades de acceso a organizaciones/espacios socio-educativo-culturales y en el caso de participar en alguno de ellos, cuáles son los aportes a sus procesos de envejecimiento, a su vida cotidiana, a la satisfacción de diferentes necesidades y resolución de situaciones problemáticas. La participación,

el poder integrarse a grupos o a espacios no aparece como dado, sino que está relacionado con las condiciones de posibilidad con que cuenta el grupo etario y cada uno de los viejos en particular.

De acuerdo a experiencias desarrolladas y a situaciones analizadas, las mayores dificultades para aspirar a un envejecimiento activo, están planteadas en aquellos viejos que viven en condiciones de extrema pobreza; en las que los obstáculos y dificultades de producción y reproducción de su vida cotidiana muchas veces son tantas y tan complejas, que el integrarse en estos espacios resulta muy dificultoso. Muchas veces ni siquiera está la posibilidad de pensarlo, de conocer su existencia. El impacto que produce en la subjetividad de cada uno, la no resolución de las necesidades más vitales, hace casi imposible luchar, participar, registrar la dimensión simbólica de su cotidianidad. Esto se constituye en un desafío que como profesionales tenemos que asumir si pretendemos habilitar condiciones de accesibilidad y participación en dichos espacios.

A la vez, en nuestro trabajo en diferentes barrios de la ciudad con diferentes grupos, distinguimos aquellos viejos que a pesar de que sus condiciones materiales de vida no son las “óptimas”, igualmente acceden a determinados espacios socio-educativos, de recreación, de gimnasia, de aprendizaje de artesanías y oficios. Estos tienen mínimamente aseguradas algunas respuestas a sus necesidades básicas, lo que les permite expresar deseos, expectativas, ganas de realizar otras actividades que vayan más allá de los quehaceres domésticos. Esperan por ejemplo, con gran alegría y entusiasmo la reunión semanal del grupo, el que se configura como eje de la red solidaria que se construye, la que les permite asegurar bolsas de alimentos para quienes “no llegaron

a fin de mes”, cuidarse entre ellos cuando están enfermos, comprometer apoyo y compañía ante situaciones de soledad, pérdidas, abandono, alcoholismo, etc.

En relación a su vida cotidiana, muchos viejos hacen hincapié en la organización diferente del tiempo, de su cotidianidad, de las cosas que les gusta hacer y las que ya no pueden; de cómo impactó la jubilación en sus vidas, en lo personal e íntimo, en su grupo familiar; la llegada de los nietos, el ayudar a criarlos, cuidarlos, y/o también hacerse cargo. Las mujeres destacan la realización de las tareas domésticas, de organizar la casa, la ropa, la comida, sobre todo cuando no hay quien lo haga, o en los casos de quienes viven solas o son sostén de hogar. Los hombres se dedican más a hacer mandados, a arreglar algo que anda mal, algunos colaboran en las tareas domésticas. Aparece muy fuerte la idea de “envejecer junto con otros”, no sentirse solos, de allí el lugar que se le da a ese otro, a la “actividad”, a sentirse activos, no “pasivos”; desean tener proyectos, por pequeños que estos sean.

En cambio, los viejos que viven en condiciones de extrema pobreza, en situación de miseria, apenas tienen las fuerzas necesarias para poder resolver su subsistencia diaria. Pareciera que aquí no hay espacio, lugar, mucho menos “derecho” a aspirar a este tipo de actividad humana, que los acerque al envejecimiento activo, saludable.

En la actualidad, estamos vivenciando un momento histórico en el que los diferentes espacios/organizaciones *de y para personas mayores* han cobrado mayor relevancia. Este auge de crear y sostener espacios, donde las actividades recreativas, de esparcimiento, de encuentro, de aprendizaje, aparecen a la vez como demandas y respuestas significativas ante necesidades socio-cultu-

rales, identitarias de los viejos, comienzan a ser visibilizadas a través de la presencia, existencia, de estos espacios, y viceversa.

Destacamos que los mismos son vitales para los viejos, generan un fuerte impacto en su vida cotidiana; cumplen una función de apoyo muy importante en sus procesos de envejecimiento y sobre todo ante dificultades y situaciones problemáticas a las que están expuestos y a las que debe enfrentar la mayoría de la población anciana en el actual contexto de vulneración de derechos; caracterizado por respuestas fragmentadas, aisladas, insuficientes, tanto de organismos estatales como de la sociedad civil y hasta de la propia familia.

Desde este posicionamiento planteamos que Trabajo Social tiene mucho para aportar en el trabajo con viejos de sectores pobres y empobrecientes, a través de estrategias de Intervención que apuesten al *envejecimiento activo* aún en condiciones de vida adversas.

¿Podremos construir un sujeto viejo diferente?. Si ponemos en tensión el sentido de la vida y los significados atribuidos a la vejez, a la propia de cada uno de nosotros y también a la de los otros, sin dudas resurge el "viejismo", argumentado sólo en la discriminación por edad, por el rechazo a rostros con arrugas y cabezas con canas, por la molestia de movimientos más lentos y la necesidad de mayores espacios y tiempos de escucha -de los que no se dispone-; los que ponen a la luz cuestiones irresueltas en el proceso histórico-social de nuestras sociedades. Los parámetros de belleza, de productividad; los modelos a seguir (tener, consumir, mostrar) instalados a través de instituciones de socialización y medios de comunicación, sustentan además el *trato* que prima en la sociedad, en la familia y muchas veces entre los propios viejos. Así, la protección (la necesaria y esperable),

sobreprotección (infantilización, tutela) y desprotección (no registro, no trato, abuso, violencia, abandono) emergen como uno de los desafíos más importantes de la sociedad en la actualidad y ya no sólo ligada a los viejos.

Muchos autores, filósofos, poetas, escritores, compositores de música, artistas en diferentes manifestaciones del arte: cine, teatro, literatura, han expresado diversas posturas acerca de la vejez; de la vida y la muerte en distintas épocas; de experiencias, tiempos, luces y sombras que involucran a personas añosas; intentando mostrar la tensión existente entre el significado que la propia persona que envejece da a la misma y la imagen social, las representaciones que moldean a los otros, nosotros: familia, amigos, vecinos, profesionales, etc.. En esta línea, otro interrogante nos atraviesa en forma permanente: ¿los viejos no generan ternura?; ¿no "despiertan" pasión?; ¿no son sujetos de interés?. De ser así, ¿cuáles serían la principales razones?... seguramente aquellas insondables, relacionadas a las cuestiones más profundas de la condición humana. La vejez nos involucra a todos: si no morimos jóvenes, moriremos viejos... y seguramente pretenderemos, desearemos ser tratados como sujetos. Simone diría una vez más que el trato hacia los viejos es el fracaso de la civilización contemporánea.

Respuestas a Situaciones de Vejez, en el marco de la relación Estado/Sociedad, desde la perspectiva de envejecimiento activo

Planteábamos en el apartado anterior, una caracterización del envejecimiento en

contextos de pobreza, de allí que tenemos que hacer referencia inexorablemente a las políticas públicas, a las políticas sociales (PPSS).

En nuestro país la trayectoria de las PPSS en el campo *Envejecimiento y Vejez*, en tanto respuestas a diferentes manifestaciones de la cuestión social, ha estado ligada a algunos de los aspectos de la relación envejecimiento/protección social. Por ejemplo, en la década de los '70, ante las modificaciones contextuales en la relación Estado-Sociedad, surgen con mayor fuerza los primeros programas sociales explicitados como políticas alternativas a la institucionalización de ancianos -dispositivo hasta allí hegemónico y destinado a un determinado sector de la población anciana- con el objetivo principal de posibilitar que las "personas mayores" puedan permanecer en sus hogares, teniendo en cuenta el deseo de los propios viejos; las tendencias a la despersonalización y desarraigo identificadas en las llamadas "instituciones totales" y los altos "costos" que demanda la internación. Así, comienzan a considerarse otras propuestas caracterizadas como innovadoras, principalmente la creación de Centros Diurnos y el diseño de programas de Atención Domiciliaria, cuya expansión tuvo lugar entre los años '80/'90 con un claro perfil psico-social. El "paradigma" francés marcaba el rumbo... Siguiendo a Jorge Paola (2011), puede afirmarse que en nuestro país, éstos no lograron instalarse como prioridad en la agenda pública del Estado a pesar de los aportes interesantes de profesionales que comenzaban a representar otras posturas al interior del pensamiento gerontológico hasta allí desarrollado y en el marco de las Ciencias Sociales, el que tomaba distancia del modelo de la Geriátrica sustentado desde el llamado poder médico hegemónico.

Sin dudas, las políticas relacionadas al sistema de seguridad social, específicamente al sistema previsional y al sistema de salud, han sido prioritarias. Así, se han pensado programas, acciones, considerando como sujetos involucrados mayoritariamente a los "jubilados", excluyendo de esta manera a "otros" viejos -invisibilizados- (Barberena: 2003) que no cuentan con dicho "beneficio". Si bien desde nuestra perspectiva, entendemos que tanto el ingreso económico como la atención de la salud constituyen la base de condiciones de vida digna, no tendría que limitarse la política social sólo a estos aspectos. Pensamos que las mismas se han configurado como acciones o medidas que han ido surgiendo sin un diseño y planificación acordes; algunas de ellas tomadas por parte del Estado, de experiencias de países "desarrollados", sin ser resignificadas a nivel local, regional. Podemos destacar además, consecuencias de ciertas políticas de seguridad social, las que han reforzado imaginarios negativos dado la centralidad del enfoque en la discapacidad o tomando a las personas mayores como "objeto" de cuidado, de protección desde una lógica tutelar. Esto interpela fuertemente a Trabajo Social y lo insta a un debate interesante y postergado, ya que pone en cuestión el concepto mismo de protección, de cuidado, desde el enfoque de derechos.

Las Estrategias de Intervención Social desde los diferentes niveles del Estado, no han logrado aún cumplir con los objetivos primordiales de dar respuestas precisas y de alcance universal a las diferentes problemáticas de viejos y viejas, sobre todo de sectores pobres y empobrecientes, porque más allá de razones presupuestarias, aún no se alcanza a dimensionar su real importancia.

En este sentido destacamos, como nudos problemáticos a considerar:

-El envejecimiento poblacional: el cambio sustancial en la composición demográfica de la sociedad requiere un tratamiento específico y serio, dado su impacto en las próximas décadas y sus consecuencias en cuanto a prestación de servicios a la población anciana en relación a sus necesidades y requerimientos: físicos; psico-afectivos y socio-culturales.

-Las características de “población envejecida” de nuestro país en el contexto latinoamericano y de muchas provincias, entre ellas Entre Ríos.

-Las limitaciones del sistema de Seguridad Social en cuanto a su alcance y tipos de cobertura, ya que si bien comprende casi un 90% de personas mayores incorporadas al sistema previsional y asistencial, aún la protección social del Estado no llega a ser universal.

-El agravamiento de dicha situación a futuro por las profundas modificaciones en el mundo del trabajo, de leyes laborales y del trabajo precarizado.

-La participación familiar relacionada al sostén emocional, social, económica de los viejos; la protección cercana también se ve hoy “resentida” por las distintas situaciones problemáticas por las que atraviesan las familias.

-Respecto de los viejos de sectores más pobres y empobrecientes, la situación de “dependencia” en cuanto a la subsistencia económica y atención de la salud, constituye uno de los pilares centrales de su problemática, ya que los actuales sistemas de prevención y aten-

ción de los mismos, no cubren sus necesidades y requerimientos particulares, específicos.

-El escenario de la *Situación de Vejez* en el mundo, presenta algunas tendencias de carácter contradictorio: próximamente habrá más viejos y éstos y otros, más viejos aún; habrá más viejos sanos pero también mayor cantidad de viejos con diferentes problemas de salud que requerirán atención, respuestas; habrá más demandas por lo que se necesitarán más recursos y sabemos de su disminución e injusta distribución.

Si acordamos en que el concepto *alternativas*, en tanto pensar y diseñar; hacer estrategias con otros, continúa siendo válido, fructífero, habría que pensarlo como *alternativas en respuesta a las distintas Situaciones de vejez*: singulares, familiares, grupales, institucionales, comunitarias. Lo que continúa siendo crítico, lo que sigue en cuestión es la no asunción por parte de los Estados de la Situación de Vejez y por ende su responsabilidad de tener que “tomarlo en cuenta y hacerse cargo”, más allá de las recomendaciones de Viena, 1982/ Madrid 2002, con cuyos enunciados acordamos, pero que distan demasiado de su procuración, de su construcción como realidad.

Sin dudas que en nuestro país, en este escenario 2003/2012, estamos ante un contexto diferente, intentando reconstruir una trama social-cultural-política-económica fragmentada, en profunda crisis; desandando el impacto de lo que Estela Grassi (2003 y 2004) llama “década infame” (el escenario de los ‘90).

Como ejemplo de ello mencionamos que en 2008, la presidenta Cristina Fernández impulsó la re-estatización de las AFJP,

proyecto aprobado por la Legislatura (Sistema previsional estatal). Debe destacarse además, la posibilidad que se brindara a personas mayores de 70 años sin aportes jubilatorios, a acceder a dicho “beneficio” a partir de la concreción de un mínimo aporte inicial, así como la generación de numerosos programas que implementan las provincias con apoyo financiero de Nación, resaltando principalmente la inversión en formación específica de postgrado en Gerontología, de profesionales de todo el país.

También tenemos que mencionar que en la actualidad, aunque con otras características y ante un contexto mucho más complejo en el campo social, la sociedad civil sigue dando respuestas a diferentes necesidades e intereses de la población añosa: asociaciones civiles sin fines de lucro (voluntariado), generalmente creando, sosteniendo y apoyando hogares para ancianos; colectividad judía/AMIA; pastoral de la iglesia católica; grupos parroquiales de Cáritas; organizaciones de base: grupos de “abuelos”, centros y federaciones de jubilados y pensionados pertenecientes a diferentes sectores y ámbitos; fundaciones y ONGs que trabajan la temática/problemática de la vejez. En algunas oportunidades, compartiendo acciones de gestión asociada, mixta, con organismos estatales.

Pensar, diseñar e implementar PPSS, desde la perspectiva de *envejecimiento activo* implica un encuentro fructífero entre discurso y acción en el marco de las convenciones internacionales; que brinden espacios reales de participación en los que los viejos tengan mayor capacidad de negociación para instalar sus problemas en la agenda de gobierno; que los ubique en un lugar de no pasividad (tal cual se los nombra: “pasivos”); que desnaturalice ideas instaladas en relación al envejecer: no utilidad,

no productividad. El potencial de Trabajo Social en este sentido es enorme, de allí la importancia del lugar a ocupar en la direccionalidad de procesos de trabajo en equipos interdisciplinarios.

Claves problemáticas y desafíos para Trabajo Social en el campo de la Vejez

En nuestras Intervenciones tenemos que poder identificar y problematizar diferentes *vejeces/situaciones de vejez*, las que como mencionáramos en otro apartado, se configuran en la dinámica de relaciones sociales, a partir de condiciones materiales y simbólicas de vida; lo que implica poder cubrir en forma adecuada, necesidades básicas de alimentación, vivienda, vestido, salud, educación; de participación en procesos de gestación y asimilación de valores sociales, culturales; de construcción de ciudadanía.

Quienes tenemos además la posibilidad de investigación y debate en el ámbito académico universitario o de organismos científicos, tenemos que aportar a la instalación de la cuestión del *envejecimiento y la vejez* en relación a la protección social, como una de las problemáticas centrales de las próximas décadas, la que requiere decisión política en una estructura orgánica, de trabajo sistemático, que incorpore universalmente a los Viejos en su carácter de ciudadanos, en el sistema de políticas público-sociales.

Desde nuestra perspectiva de Trabajo Social, sostenemos que la construcción disciplinar debe orientarse en la línea de

re-fundar el Oficio y para ello resulta necesario que los profesionales, en cada campo de inserción laboral contribuyamos a la “problematización” de diferentes manifestaciones de la Cuestión Social, en la idea de no naturalización de las situaciones que se abordan a diario en la práctica profesional. De allí la importancia de indagar, de investigar, de producir conocimiento; de escribir; de profundizar análisis e interpretación y realizar propuestas de acción con solidez en sus argumentaciones, ya que las producciones realizadas, connotan la relevancia de un tema/problema social, aspecto central de la Inserción en distintos campos específicos de Intervención Social. Dichos hallazgos permiten a la vez orientar la Intervención Profesional, revalorizando lo ideológico como dimensión fuertemente incisiva de Trabajo Social (Karsz: 2007). En nuestro caso, apostando a la creación de conciencia crítica en los propios viejos en relación a su proceso de envejecimiento, a sus relaciones personales, familiares; a que puedan modificar el perfil, intencionalidad, organización y dinámica de las organizaciones que generan y sostienen, de manera que les permita construir espacios más democráticos, libres en sus decisiones y acciones.

A la base de *nuestro oficio*, de nuestra tarea, subyacen perspectivas *teórico-epistemológicas*, posicionamientos ideológicos. En este sentido, *podemos plantearnos trabajar desde la lógica de “tutela”* o desde *la lógica de “Derechos”*; desde una matriz tecnológica o desde una perspectiva crítica. Hoy tenemos mayor posibilidad de clarificar nuestros modos de ver, para redireccionar prácticas mecanicistas; rutinarias; basadas en la relación demanda-recursos; en la burocratización de la gestión; en la idea clientelar de la “dación”, del asistencialismo; en la que el lugar del “otro” resulta disminuido. Tenemos que poder leer y analizar

propuestas “nuevas” que encubren prácticas anteriores, perimidas pero aún no superadas, como lo son la re-filantropización o neo-filantropía, encarnadas en acciones de fundaciones empresariales, en algunas propuestas de voluntariado, en el llamado Tercer Sector, en la convocatoria del gerenciamiento social; temas que requieren mayor debate, reflexión, en la actual tensión Estado/sociedad civil/mercado, en el marco de la relación público-privado. Tenemos que basar nuestras Intervenciones en argumentos y estrategias que procuren ruptura con la razón instrumental (Margarita Rozas: 1998), que generen instituyentes, que muestren los opuestos que configuran un mismo fenómeno, en la propia naturaleza contradictoria de la sociedad en que vivimos y en la realidad social que construimos.

Trabajo Social con viejos, con sus familias y/o referentes, con otros profesionales, con organizaciones y grupos, con vecinos, procurando el trabajo en redes; en relación a dispositivos sociales tendientes a fortalecer vitalidad, autonomía, sociabilidad, desde otra lógica, teniendo en cuenta el contexto de transformaciones y las implicancias ético-políticas.

Construir y reconstruir lo público/colectivo nos permitiría situarnos en un mundo, en un espacio y un tiempo que permita a los sujetos vivir de otra manera; la posibilidad de acceder a condiciones de vida digna; crecer, aprender y enseñar; tener una “buena vida”; trascender; que posibiliten el ejercicio pleno de los derechos de ciudadanía, apostando a la potencialidad y creatividad del sujeto, a la búsqueda permanente de sentidos y proyectos de vida. En lo personal y en lo profesional, el asumirnos como futuros viejos, nos ayudará a realizar mejores aportes a ese *sujeto añoso*, con quien convivimos y trabajamos: pro-

fundizando y actualizando nuestra formación; poniendo énfasis en la reflexión ética de nuestras decisiones, conscientes de que éstas son parte de nuestra responsabilidad y que generan consecuencias en los "otros"; haciendo escuchar lo que se quiere callar; haciendo visible lo que no se quiere ver.

Trabajo Social con viejos, desde sus deseos, necesidades, intereses; en el que sean vistos, nombrados y considerados como personas/actores políticos, participantes, decisores; como sujetos de derechos y para lo cual resulta imprescindible modificar nuestras actitudes cotidianas en el trato que tenemos hacia ellos, ya que muchas veces nosotros mismos nos encargamos de reproducir acríticamente, lo que connota el término *viejo* en nuestra sociedad, reproduciendo así el "viejismo" y sus consecuencias.

La Intervención de Trabajo Social en el campo gerontológico, a través de estrategias de acción en la línea de lo explicitado, configura un aporte altamente significativo en la construcción de un *sujeto viejo diferente*, que pone en tensión la imagen social-histórica de carga negativa y las prácticas sociales/profesionales vigentes, lo que nos lleva a todos a replantear, resignificar, *el lugar del viejo* -el nuestro a futuro- en la sociedad contemporánea.

Bibliografía

- BARCA, R.; ODDONE, J. SAWAREZZAL Et al (2000) *Informe sobre la Tercera Edad en la Argentina*. Secretaría de Tercera Edad y Acción Social de la Nación. Buenos Aires.
- BEAUVOIR de, S. (1970) *La Vejez*. Sudamericana. Buenos Aires.
- LUDI, M. (2005) *Envejecer en un contexto de (des) protección social. Claves para pensar la Intervención Social*. Espacio. Buenos Aires.
- MATUS, T. (1999) *Propuestas Contemporáneas en Trabajo Social. Hacia una Intervención Polifónica*. Espacio. Buenos Aires.
- PAOLA, J.; SAMTER, N. y MANES, R. (2011). *Trabajo Social en el campo gerontológico. Aportes a los ejes de un debate*. Espacio. Buenos Aires.
- REVISTA Encrucijadas UBA - N° 3 (2001). *Tercera Edad. Querer y Poder*. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- REVISTA Argentina de SOCIOLOGIA (2008) Dossier: Envejecimiento y Vejez. Año 6 - N° 10 Mayo/Junio de 2008. Miño y Dávila Editores. Buenos Aires.
- ROZAS, M. (1998) *Una Perspectiva Teórico Metodológica de la Intervención en Trabajo Social*. Espacio. Buenos Aires.
- SALVAREZZA, L. (compilador) (1998) *La Vejez. Una mirada gerontológica actual*. Paidós. Buenos Aires.
- SALVAREZZA, L. (2002) *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Paidós. Buenos Aires.
- SANCHEZ SALGADO, C. D. (1990) *Trabajo Social y Vejez*. Hvmánitas. Buenos Aires.

Comentarios y reseñas



TRABAJO SOCIAL ALREDEDOR DEL MUNDO V INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKERS (IFSW)

IFSW Publications / Nigel Hall (ed.)

SUIZA 2012

PRECIO 10€

Nº PÁGINAS 234

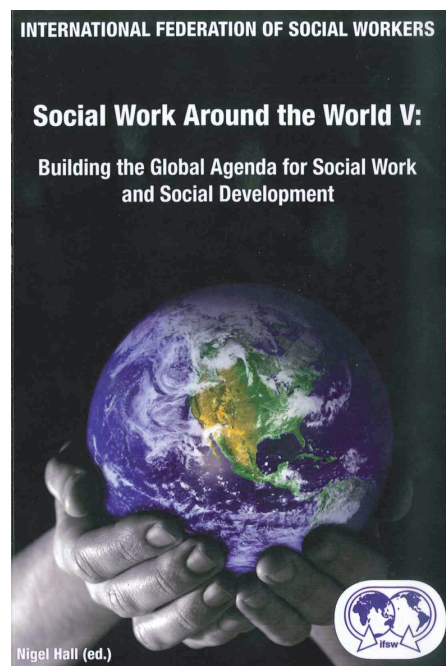
ISBN13: 978-3-9522396-0-5

La Publicación de este libro coincide con la estrategia de desarrollar la Agenda Global para el Trabajo Social y el Desarrollo Social. Desde la Federación Internacional de Trabajadores sociales se reconoce que la misión común de la profesión de trabajo social está arraigada en un juego de valores fundamentales. Unos valores fundamentales, abrazados por trabajadores sociales y otros profesionales del ámbito de lo social, que se vertebran como el objetivo final del trabajo social.

El desarrollo de la Agenda Global ofrece la oportunidad de examinar nuestras experiencias pasadas y articular una nueva visión crucial para el contacto que puede movilizar a nuestros miembros y socios. Este libro reflexiona sobre las experiencias, iniciativas y valores del trabajo social con la intención de que sirvan para ayudar a los/las profesionales del futuro.

La publicación desarrolla artículos en Inglés, Castellano y Portugués, de países tan diversos como Nueva Zelanda, Nigeria, Brasil, España, Portugal, Lituania, Argentina y Uruguay, representando a todas las delegaciones que forman la Fitws.

En esta interesante publicación el lector podrá leer artículos de muy diversa índole y temática como: "Violencia contra las personas. Retos para los trabajadores sociales", de María Irene Lopes Boglho, "Alianza para la defensa de los servicios sociales: red española por la defensa de los derechos sociales y del sistema público de servicios sociales en España", de Ana Isabel Lima o "Democracia y desigualdad social en América latina", de Silvana Martínez y Juan



Agüero. También artículos tan originales como el del compañero Nigeriano Ofuli Obobor: "el impacto de la Comunidad Futbolística en el desarrollo comunitario en Nigeria".

Este libro se consolida como una publicación muy interesante que no sólo nos acerca otras fronteras del trabajo social, sino que nos ofrece la posibilidad de abrir nuestra visión de la intervención social. Una oportunidad única de leer artículos tanto en nuestra lengua materna como en otras, que hacen que el trabajo social nos sepa de forma diferente.

Óscar Cebolla Bueno

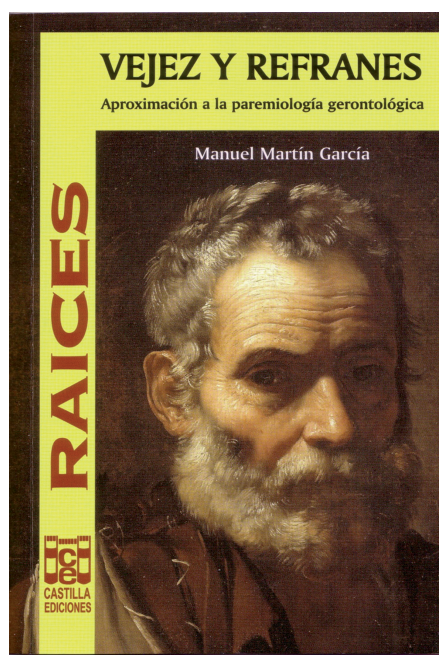
VEJEZ Y REFRANES
Aproximación a la paremiología gerontológica
Manuel Martín García
I.S.B.N.: 84-96186-29-6
Editorial: Castilla Ediciones.
Año: 2006.

Defensor del Ciudadano de Granada, el Trabajador Social Manuel Martín García, tiene una amplia experiencia en el estudio, divulgación de la cultura tradicional y del patrimonio social y cultural como inmenso caudal de información para las Ciencias Sociales.

En esta ocasión, Manuel Martín se interna en la paremiología para analizar el proceso de envejecimiento y sus aspectos sociales y psicológicos; para comprender como la sabiduría popular a través de todos los tiempos considera, ha considerado y valora a la vejez.

Demostrando la estrecha interrelación entre lengua y cultura, sentenciada simbólicamente en uno de sus refranes: dime cómo hablas y te diré como piensas, se acomete un estudio pormenorizado de los diferentes refranes relacionados con la vejez, considerándolos como un espejo donde se refleja la opinión que la sociedad tiene sobre las personas mayores.

La metodología empleada utiliza tres técnicas cualitativas, encuadradas dentro del marco interpretativo de la Antropología y el Trabajo Social. Para ello, el autor rastrea más de 20.000 paremias de toda la geografía Española, seleccionando más de 600 refranes relacionados con la vejez, clasificándolos en una segunda fase, según distintas categorías: vejez y madurez, vejez y sexualidad, vejez y aspecto físico, vejez y experiencia, vejez y género, vejez y juventud, vejez y prejuicio.



El objetivo esencial de esta investigación tiene un marcado interés social: contribuir, a través de analizar la imagen social de las personas mayores, al bienestar social y la mejora de la calidad de vida de este colectivo, modificando actitudes y comportamientos erróneos a través de programas de atención e intervención social. Como el mismo autor señala, la vejez no debe ser considerada como una carga para la sociedad, y menos aún, como una carga para los propios ancianos, si la sociedad le reconoce sus derechos y su dignidad.

Ana Isabel Lima Fernández

De profesión, abuelo Ser abuelos hoy (...con vocación y fundamento)

Juan Antonio Bernad

ISBN: 978-84-9980-427-9

Editorial Graó

Páginas: 192

Año: 2012

RESUMEN

Éste no es un libro más que habla de los abuelos y de su relación con sus nietos, este libro es un verdadero manual que, sin abdicar de las ilusiones, esperanzas y futuro, del amor y de la dedicación, aborda en sus diferentes capítulos las importantes funciones de los abuelos en la sociedad actual o las falsas ideas que circulan sobre la función de los abuelos y abuelas en el cuidado de los nietos; se desgranán las sorprendentes capacidades corporales y mentales de los niños y niñas, nietos y nietas, y se sugieren importantes ayudas que se les pueden ofrecer para que los primeros años de su vida se conviertan en una experiencia que puede ser tan rica como feliz. Con este fin se presentan una larga lista de reflexiones y de experiencias que el autor propone compartir con los nietos y las nietas sobre juegos infantiles, juguetes, dibujo, pintura y modelado, y juegos de palabras, nanas, trabalenguas, adivinanzas, canciones y sobre todo los cuentos, piruetas imaginativas con las que la mente creativa de los nietos logrará muy pronto convertirlos en verdaderos maestros del hablar, leer y escribir.

TEMAS CENTRALES – ÍNDICE

La feliz aparición de los nietos en nuestra vida · Felicitación a todos los abuelos y abuelas · Mis primeras reacciones y sentimientos ante el nacimiento de mi nieta · El encuentro de nuestros nietos con la vida y sus profundas dimensiones · El



cuerpo de nuestros nietos, fuente inagotable de felices experiencias · La mente de nuestros nietos, poderosa máquina de descubrimientos · Un curioso interrogante: ¿qué clase de abuelo o abuela soy? · Ideas discutidas y discutibles sobre los abuelos · Una tipología provisional de abuelos: clases de abuelos · Abuelos «por elección» y sus principales tipos · Abuelos «forzados o por obligación» y sus tipos · Aprender con nuestros nietos: una aventura apasionante · Las etapas del desarrollo infantil y sus experiencias de aprendizaje · La actividad sensorial del niño en sus primeros años · La actividad simbólica del niño y sus manifestaciones (4-6 años) · Podemos saber más.

Carmen Carrión
Editorial Graó

Curiosocial

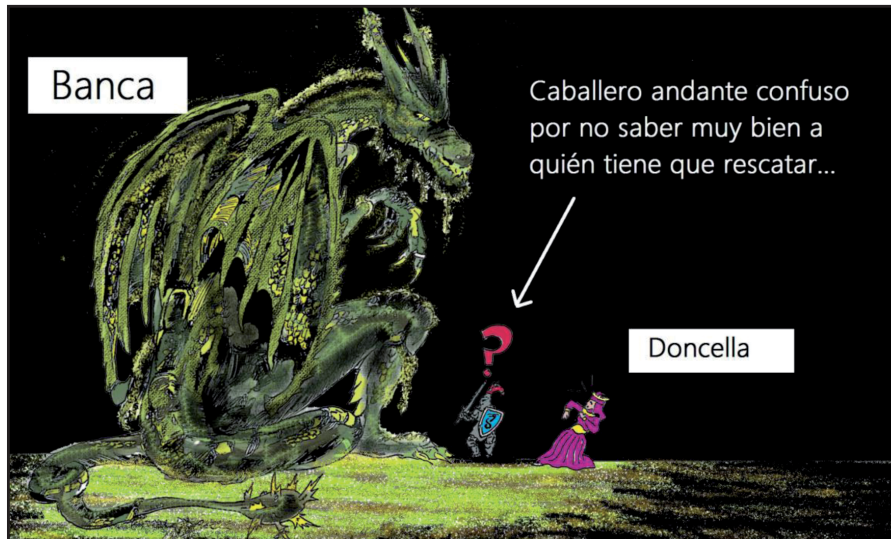


Europa rescata a la banca que desahucia a las familias españolas

Hasta 100.000 millones de euros. Es la cifra máxima que el Eurogrupo ha garantizado como ayuda tras la petición de España de asistencia para sus bancos con dificultades. La ayuda tendrá una serie de contrapartidas limitadas al sector financiero. El Gobierno español ha asegurado por su parte que "no hay el mínimo rescate" para el país porque recibirá "un préstamo en condiciones muy favorables" (...) El ministro de Economía y Competitividad ha asegurado que como consecuencia de esa inyección de capital, los bancos que reciban las ayudas serán más solventes y volverán a conceder préstamos a las familias y las empresas, que se beneficiarán de ello. (...) "Se va a avanzar en la integración económica, en la unión

bancaria, en la integración fiscal y en la política económica. Se trata de una señal muy positiva de voluntad política de eliminar dudas sobre el futuro del euro", ha enfatizado, para agregar que no se ha sentido presionado por los socios europeos, en los que ha encontrado "cooperación y proyecto común en la moneda única". Por su parte, el ministro de Finanzas alemán, Wolfgang Schäuble, también ha comparecido este sábado para aplaudir la solicitud de ayuda de España y recalcar que el país está dando "grandes pasos" para controlar sus problemas económicos y financieros.

VMPress./Agencias. Domingo, 10 de junio de 2012. Vegamediapress.com



Víñeta: Oscar Cabolla Bueno.

Comentario

Hay quien dice que el Gobierno deberían esforzarse más en rescatar a las personas y a las familias empobrecidas por la crisis, que a los bancos. Pero nosotros pensamos que no es incompatible uno y otro rescate; porque los banqueros también tienen familia ¿o no? La prueba es que ahora, más que nunca, todo el mundo de acuerda de la familia de los banqueros. Así pues, al rescatar a la banca se está rescatando a los banqueros y a sus familias. Por algo se empieza; ya llegará a las demás, un poquito de paciencia que no se puede arreglar todo al mismo tiempo. Así que en vez de pensar qué es lo que los bancos pueden hacer por ti (¡después de todo lo que ya han hecho!), deberías pensar qué es lo que puedes hacer tú por los bancos; seguro que se te ocurren muchas, muchas cosas..., pero procura que no te pillen, no sea que te vayan a aplicar la ley de seguridad ciudadana. Y si te indignan las millonadas que se dedican a rescatar a los bancos, ya sabes, acuérdate muy intensamente de las familias de los banqueros; no es que con eso vayas a arreglar nada, pero desahoga mucho acordarte de sus familias, ya verás.

CYRANO Y MENGANO

The New York Times

ZARAGOZA, España - Dolores Fernández Mora, 76, y su marido, Mariano Blesa Julvé, 75, una vez pensaron que quizás terminaron los días de relativo confort, con su casa pagada y una pensión sólida de aproximadamente 1,645 dólares por mes. Quizás ellos viajarían un poco. Sin embargo, ellos están ayudando a su hija en paro de 48 años y a dos de sus hijos en paro que ahora viven con ellos en su casa diminuta de dos dormitorios aquí en el norte de España. Ellos han asumido las deudas de su hija. A veces hay apenas el dinero para el alimento (...)

The New York Times. 29 July. http://www.nytimes.com/2012/07/29/world/europe/spains-elders-bearing-burden-of-recession.html?_r=3&pagewanted=1



Víñeta: Óscar Cebolla Bueno.

Comentario

Les tocó vivir situaciones de grave necesidad y supieron, con su esfuerzo, consolidar el progreso y el bienestar del que hemos disfrutado; ahora que podrían disfrutar de una merecida jubilación, la vida se les vuelve a poner difícil teniendo que ayudar con exiguas pensiones a sus hijos e hijas cuando se quedan sin empleo, además del pago de medicamentos, recortes en la Ley de la Dependencia, subidas del IVA... Pero ahí están, siendo de nuevo el soporte de sus familias y acompañándonos en nuestra lucha contra las injusticias. Ha sido y sigue siendo una generación ejemplar, y nos están dando ejemplo de lo que es envejecer con dignidad. Vaya nuestra admiración y gratitud en estas líneas de uno de nuestros mejores poetas contemporáneos:

“Vivir es conservar la capacidad de entusiasmo. Seguir vibrando por toda la vida que sientes a tu alrededor y participar en ella. Vivir es saberse vivo hasta el instante final. Los años sólo enriquecen. Desde la altura de mi edad, puedo sentir la vida con conocimientos nuevos, pero con los entusiasmos de siempre.

Yo veo la vejez como un enriquecimiento, como un acumular saberes y experiencias. Pero también es una conservación de la vida. Y mientras se vive, se mantiene la capacidad de vivir, de sentir. La capacidad de entusiasmo. La vejez... esos viejos que se sientan a esperar la muerte, ya no viven. Mientras se vive hay que esperar la vida”. Vicente Aleixandre

CYRANO Y MENGANO

Presentación de artículos indicaciones generales

1. Los artículos han de ser inéditos.
2. El Comité Editorial podrá entender oportuna la publicación de textos que hayan sido publicados en el extranjero.
2. Los artículos para el Dossier no excederán de 25 folios, los artículos para la Sección Libre de 20 y los artículos para la sección de Interés Profesional tendrán una extensión máxima de 12 folios, incluidos cuadros y referencias bibliográficas. (Letra Arial 12, el folio tendrá en torno a las 30 líneas por folio, 70 caracteres por línea y márgenes de 3 cm.).
3. Las citas de autores se incluirán en el texto señalado apellido del autor/a con mayúsculas, año, dos puntos y página del libro al que se haga referencia. Asimismo se han de incluir las fuentes de procedencia de los cuadros, gráficos, tablas y mapas que se incluyan adecuadamente numerados.
4. Las referencias bibliográficas se pondrán al final del texto, siguiendo el orden alfabético. Solo se recogerán los/las autores expresamente citados en el texto. Si el autor del artículo lo considera oportuno podrá recoger bibliografía recomendada. No exceder de diez referencias bibliográficas. Se presentará en el formato siguiente:
 - a) Libros: Apellido/s del autor/a en mayúscula, nombre del autor/es en minúscula; año de publicación entre paréntesis seguido de dos puntos; título del libro subrayado o en cursiva; Editorial; lugar de publicación.
 - b) Revistas: Apellido/s del autor en mayúscula, el nombre en minúscula; año de publicación entre paréntesis seguido de dos puntos; título del artículo entre comillas; título de la Revista subrayado o en cursiva; número de la Revista; intervalo de páginas que comprende dicho artículo; Editorial; lugar de publicación.
 - c) Páginas Web: Apellido/s del autor/a en mayúsculas, el nombre en minúscula; fecha de consulta entre paréntesis; título del artículo o documento en cursiva o subrayado.
 - d) Referencia legislativa: Documento; ley orgánica, decreto ley, orden, número y fecha de publicación.
5. Los artículos irán precedidos de un breve resumen en español e inglés que no exceda de las 10 líneas. Se indicarán las "palabras clave", también en español e inglés (no más de 5) para facilitar la identificación informática. Se incluirá un breve currículum vitae del autor/a que no supere las 8 líneas. En él se incluirán: teléfono de contacto, correo electrónico y postal.
6. Los comentarios de libros tendrán una extensión máxima de 60 líneas (70 caracteres/línea), especificándose el autor, título, editorial, lugar, fecha de publicación de la obra e ISBN, así como apellidos, nombre y correo electrónico de quien realiza la reseña.
7. Los artículos se enviarán a la dirección electrónica de la revista:
E-mail: revista@cgtrabajosocial.es

Últimas Revistas publicadas

2001

- Nº 53: TRABAJO SOCIAL Y MEDIACIÓN
- Nº 54: ENFOQUES Y ORIENTACIONES DE LA POLÍTICA SOCIAL
- Nº 55: LA INTERVENCIÓN SOCIAL ANTE LOS PROCESOS DE EXCLUSIÓN
- Nº 56: HABITAT Y CONVIVENCIA

2002

- Nº 57: EL MÉTODO: ITINERARIOS PARA LA ACCIÓN (I)
- Nº 58: EL MÉTODO: ITINERARIOS PARA LA ACCIÓN (II)
- Nº 59: NUEVAS TECNOLOGÍAS
- Nº 60: FAMILIA: POLÍTICAS Y SERVICIOS (I)

2003

- Nº 61: FAMILIA: POLÍTICAS Y SERVICIOS (II)
- Nº 62: DISCAPACIDAD
- Nº 63: DESARROLLO Y TRABAJO SOCIAL
- Nº 64: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (I)

2004

- Nº 65: TRABAJO SOCIAL Y SALUD (II)
- Nº 66: DIMENSIÓN COMUNITARIA EN TRABAJO SOCIAL (I)
- Nº 67: DIMENSIÓN COMUNITARIA EN TRABAJO SOCIAL (II)
- Nº 68: APRENDIZAJE Y FORMACIÓN (I)

2005

- Nº 69: (DE) CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD (I)
- Nº 70: (DE) CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD (II)
- Nº 71: APRENDIZAJE Y FORMACIÓN (II)
- Nº 72: LA PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA (I)

2006

- Nº 73: LA PROTECCIÓN SOCIAL A LA DEPENDENCIA (II)
- Nº 74: INTERVENCIÓN SOCIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA
- Nº 75: VIOLENCIA: CONTEXTOS E INTERVENCIÓN SOCIAL (I)
- Nº 76: VIOLENCIA: CONTEXTOS E INTERVENCIÓN SOCIAL (II)

2007

- Nº 77: INSERCIÓN LABORAL
- Nº 78: INSERCIÓN LABORAL (II)
- Nº 79: COMPORTAMIENTOS Y CONSUMOS ADICTIVOS
- Nº 80: AYUDA MUTUA

2008

- Nº 81: VIEJAS Y NUEVAS POBREZAS
- Nº 82: LA RELACIÓN PROFESIONAL
- Nº 83: INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN Y PROGRAMACIÓN
- Nº 84: MOVIMIENTOS MIGRATORIOS (I)

2009

- Nº 85: MOVIMIENTOS MIGRATORIOS (II)
- Nº 86: MIRADAS AL TRABAJO SOCIAL
- Nº 87: INTERVENCIÓN SOCIAL CON ADOLESCENTES
- Nº 88: SIMBOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

2010

- Nº 89: NUEVAS OPORTUNIDADES DEL TRABAJO SOCIAL
- Nº 90: INFANCIA Y FAMILIA
- Nº 91: REPENSANDO LA DIMENSIÓN COMUNITARIA
- Nº 92: COMUNICACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

2011

- Nº 93: CRISIS
- Nº 94: INTERVENCIÓN SOCIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS SOCIALES II
- Nº 95: VOLUNTARIADO
- Nº 96: EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL TRABAJO SOCIAL: GRADO Y POSTGRADO

2012

- Nº 97: VIVIENDA SOCIAL
- Nº 98: ENVEJECIMIENTO ACTIVO (I)

Próximo número:
Nº99: ENVEJECIMIENTO ACTIVO (II)

Publicaciones del Consejo

SERIE LIBROS

El trabajo social Sanitario

Dolors Colom i Masfret
Siglo XXI/Consejo General
Madrid, 2008
ISBN: 978-84-323-1359-2
Nº Páginas: 377
Precio: 26 €

Diagnóstico Social

Mary E. Richmond
Siglo XXI/Consejo General
Madrid, 2008 (2ª edición)
ISBN 978-84-323-1225-0
Nº Páginas: 640
Precio: 25 €

Manual Práctico para poder elaborar proyectos sociales

Gustavo García Herrero y
José Manuel Ramírez
Siglo XXI/Consejo General
Segunda edición. Madrid, 2009
ISBN: 84-323-1257-6
Nº páginas: 233
Precio: 20 €

SERIE TEXTOS UNIVERSITARIOS

Ley de promoción de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

Gustavo García Herrero y
José Manuel Ramírez Navarro
Certeza/Consejo General
Madrid, 2008
ISBN: 978-84-96219-64-9
Nº páginas: 253
Precio: 22 €

Homosexualidad y trabajo social: herramientas para la reflexión e intervención profesional

Ángel Luis Maroto Sáez
Siglo XXI/Consejo General
Madrid, 2006
ISBN: 84-323-1265-7
Nº páginas: 400
Precio: 18 €

Intervención metodológica en el trabajo social

José María Morán Carrillo
Ana María Gómez Pérez
Certeza/Consejo General
Madrid, 2004
ISBN: 84-96219-05-4
Nº páginas: 148
Precio: 10 €

El protagonismo de la organización colegial en el desarrollo del trabajo social en España

Manuel Gil Parejo
Siglo XXI/Consejo General
Madrid, 2004
ISBN: 84-96219-05-4
Nº páginas: 148
Precio: 10 €

La historia de las ideas en el trabajo social

Haluk Soydan
Traducción: Cándida Acero
Tirant lo blanch/Consejo General
Madrid, 2004
ISBN: 84-8442-966-0
Nº páginas: 228
Precio: 19,50 €

Imagen y comunicación en temas sociales

Gustavo G^a Herrero y José M. Ramírez
Certeza/Consejo General
Madrid, 2001
ISBN: 84-88269-66-8
Nº páginas: 232
Precio: 27 €

Trabajando con familias.

Teoría y práctica

Elisa Pérez de Ayala Moreno Santa María
Certeza/Consejo General
Madrid, 2001
ISBN: 84-88269-40-4
Nº páginas: 369
Precio: 17,43 €

Forma de pago. Enviar:

- Transferencia a Banco Popular:
C/ Gran Vía, 67. 28013 Madrid.
C.C.C.:
0075-0126-93-0601284373

SERIE DOCUMENTOS

Informe social y programa individual de atención (PIA)

Redactora: M^a Jesús Brezmes Nieto
Consejo General de Colegios Oficiales de trabajo social
Madrid, 2007
Nº páginas: 113
ISBN: 978-8442-966-0
Precio: 6 €

Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en trabajo social

Consejo General de Colegios Oficiales de trabajo social
Madrid, 2009
Nº páginas: 24
Segunda edición.
Precio: 3 €

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999 por el que se regula el derecho de información en la recogida de los datos, se le informa de los siguientes extremos:

- Los datos de carácter personal que sean recabados de Ud. son incorporados a un fichero automatizado, denominado REVISTA, cuyo responsable es el Consejo General de CODTS Y AASS.
- La recogida de datos tiene como finalidad la gestión, publicación y envío de la Revista, Servicios Sociales y Política Social a sus suscriptores profesionales y entidades que desarrollan su actividad en el campo de la intervención social.
- La información facilitada y/o el resultado de su tratamiento tiene como destinatarios, además del propio responsable del fichero, los gestores del envío postal.

En todo caso tiene Ud. derecho a ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, determinados por la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.

A efectos de ejercitar los derechos mencionados, puede Ud. dirigirse por escrito al responsable del fichero, en la siguiente dirección:

Consejo General CODTS y AASS
San Roque, 4
28004 Madrid
Teléfonos: 91 541 57 76/77
Fax: 91 521 06 93
consejo@cgtrabajosocial.es

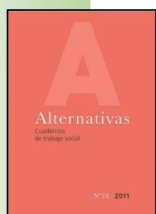
ALGUNAS REVISTAS DE TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA
SOME SOCIAL WORK SPANISH JOURNALS



TÍTULO: Revista Servicios Sociales y Política Social
ISSN: 1130-7633
EDITOR: Consejo General del Trabajo Social
PERIODICIDAD: Cuatro números al año
FECHA DE INICIO: 1984
WEB: www.cgtrabajosocial.es
CORREO ELECTRÓNICO: revista@cgtrabajosocial.es



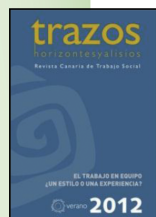
TÍTULO: Portularia
ISSN: 1578-0236
EDITOR: Escuela Universitaria de Trabajo Social de Huelva
PERIODICIDAD: Semestral
FECHA DE INICIO: 2001
WEB: www.portularia.com
CORREO ELECTRÓNICO: portularia@uhu.es



TÍTULO: Alternativas. Cuadernos de trabajo social
ISSN: 1133-0473
EDITOR: Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Alicante
PERIODICIDAD: Anual
FECHA DE INICIO: 1992
WEB:
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5269>
<http://dtsss.ua.es/es/alternativascuadernos/rabajosocial/>
CORREO ELECTRÓNICO: dtsss@ua.es



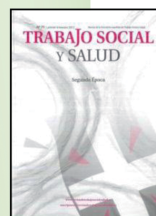
TÍTULO: DTS. Documentos de trabajo social. Revista De Trabajo Social Y Acción Social
ISSN: 1133-6552
EDITOR: Colegio profesional de trabajo social. Málaga
PERIODICIDAD: dos números al año.
FECHA DE INICIO: 1993
WEB:
http://www.trabajosocialmalaga.org/revistads/acerca_de.php



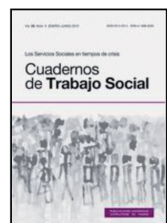
TÍTULO: Revista Canaria de Trabajo Social "Trazos, Horizontes y Alisios".
DEPÓSITO LEGAL : G.C.-1071-1996
EDITOR: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS. de Las Palmas.
PERIODICIDAD: Cuatro números al año
FECHA DE INICIO: 2006
WEB: www.trabajosocialcanarias.org
CORREO ELECTRÓNICO: trasos@trabajosocialcanarias.org



TÍTULO: Acciones e Investigaciones Sociales
ISSN: 1132-192X
EDITOR: Universidad de Zaragoza
PERIODICIDAD: Semestral
FECHA DE INICIO: 1991
WEB:
<http://eues.unizar.es/index.php?modulo=fichas&id=334>
CORREO ELECTRONICO: ais@unizar.es



TÍTULO: Trabajo Social y Salud
ISSN: 1130-2976
EDITOR: Asociación Española de Trabajo Social y Salud
PERIODICIDAD: Cuatrimestral
FECHA DE INICIO: 1989
WEB:
<http://www.revistadetrabajosocialysalud.es/>
CORREO ELECTRONICO: suscriptores@revistadetrabajosocialysalud.es



TÍTULO: Cuadernos de Trabajo Social
ISSN: 0214-0314
EDITOR: Servicio Publicaciones Universidad Complutense de Madrid
PERIODICIDAD: Semestral
FECHA DE INICIO: 1987
WEB: www.ucm.es/publicaciones
CORREO ELECTRÓNICO: ctrabajo@trs.ucm.es



TÍTULO: Trabajo Social Hoy
ISSN: 1134-0991
EDITOR: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid
PERIODICIDAD: Tres números al año
FECHA DE INICIO: 1993
WEB: www.comtrabajosocial.com
CORREO ELECTRÓNICO: publicaciones@comtrabajosocial.com



TÍTULO: Revista Galega de Traballo Social FERVENZAS
ISSN: 1698-5087
EDITOR: Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia
PERIODICIDAD: Anual
FECHA DE INICIO: 1997
WEB:
http://traballosocial.org/web/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=70&Itemid=364&lang=gl
CORREO ELECTRÓNICO: fervenzas@traballosocial.org

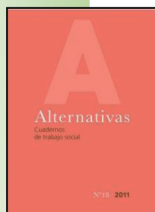
**ALGUNAS REVISTAS DE TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA
SOME SOCIAL WORK SPANISH JOURNALS**



TITLE: JOURNAL SOCIAL SERVICES AND SOCIAL POLICY
ISSN: 1130-7633
PUBLISHER: GENERAL COUNCIL OF SOCIAL WORK
PERIODICITY: Four issues a year
START DATE: 1984
WEB: www.cgtrabajosocial.es
EMAIL: revista@cgtrabajosocial.es



TITLE: PORTULARIA
ISSN: 1578-0236
PUBLISHER: Faculty of Social Work of Huelva (Spain)
PERIODICITY: two issues per year
START DATE: 2001
WEB: www.portularia.com
EMAIL: portularia@uhu.es



TITLE: ALTERNATIVAS. CUADERNOS DE TRABAJO SOCIAL
ISSN: 1578-0236
PUBLISHER: Department of Social Work and Social Services, University of Alicante, Spain
PERIODICITY: Annual
START DATE: 1992
WEB: :
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5269>
<http://dtsss.ua.es/es/alternativascuadernosrabajosocial/>
EMAIL: dtsss@ua.es



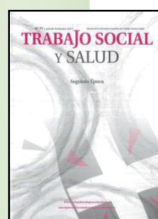
TITLE: Dsw. Documents Of Social Work. Journal Of Social Work And Social Action
ISSN: 1133-6552
PUBLISHER: Professional School Of Social Work. Malaga
PERIODICITY: two issues per year.
START DATE: 1993
WEB:
http://www.trabajosocialmalaga.org/revista_dts/acerca_de.php
EMAIL: dts@trabajosocialmalaga.org



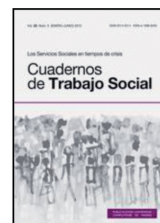
TITLE: Journal of Social Work Canaria "Strokes, Horizons and Trades".
DEPÓSITO LEGAL : G.C.-1071-1996
PUBLISHER: Association of Graduates in Social Work and AA.SS. of Las Palmas.
PERIODICITY: Four issues a year
START DATE: 2006
WEB: www.trabajosocialcanarias.org
EMAIL: trasos@trabajosocialcanarias.org



TITLE: Social Actions and Research
ISSN: 1132-192X
PUBLISHER: University of Zaragoza
PERIODICITY: Semiannual
START DATE: 1991
WEB:
<http://eues.unizar.es/index.php?modulo=fighas&id=334>
EMAIL: ais@unizar.es



TITLE: Health and Social Work
ISSN: 1130-2976
PUBLISHER: Spanish Association of Social Work and Health
PERIODICITY: Quarterly
START DATE: 1989
WEB:
<http://www.revistadetrabajosocialysalud.es/>
EMAIL: suscriptores@revistadetrabajosocialysalud.es



TITLE OF REVIEW: Cuadernos de Trabajo Social
ISSN: 0214-0314
PUBLISHER: Service of Publications of the Complutense University of Madrid
PERIODICITY: bi-annual review
START DATE: 1987
WEB: www.ucm.es/publicaciones
EMAIL: ctrabajo@trs.ucm.es



TITLE: Social Work Today
ISSN: 1134-0991
PUBLISHER: Official College of Graduates in Social Work and Social Assistants in Madrid.
PERIODICITY: Three issues a year
START DATE: 1993
WEB: www.comtrabajosocial.com
EMAIL: publicaciones@comtrabajosocial.com



TITLE: Galician magazine of Social Work FERNENZAS
ISSN: 1698-5087
PUBLISHER: Official College of Social Work of Galicia (Spain)
PERIODICITY: Annual
START DATE: 1997
WEB:
http://traballosocial.org/web/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=70&Itemid=364&lang=gl
EMAIL: fervenzas@traballosocial.org