

**Envejecimiento  
Activo (II)**

**99**

## 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 de 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 de IRIS. Madrid. **Manuel Martín García**- Defensor del Ciudadano de Granada. **Miguel Ángel Martínez Murcia**- Trabajador Social del ámbito de educación. Madrid. **María 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 en 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). **María Luisa Ibor Arriagada** - Trabajadora Social. Jefa del área psicossocial 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 Kühne**- Psicólogo. Profesor de Trabajo Social en la Universidad de Berna. Delegado de la FITS Europa hasta 2010 (Suiza) **Henry Parada**- Profesor 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: Ana María Rey Merino  
Vicepresidente 2ª: Daniel Gil Martorel  
Secretaria: Emiliana Vicente González  
Tesorero: Manuel Gutiérrez Pascual  
Vocales: Ana María Demetrio Pulido, Montserrat Escapa Díez,  
Mª Amparo García Pertegaz, Lucía Gerrero Ruiz,  
Mª Pilar Guillén Feced, 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](http://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 (II)

Profesionales de relevancia: envejeciendo activamente.

*Ana I. Lima Fernández (coord.)* ..... 9

Envejecimiento activo.

*Natividad de la Red Vega*

*Nadezna de la Red Fadrique*

*Gustavo González Gallego* ..... 19

Conectad@s. Centros Residenciales para personas mayores.

*Gustavo García Herrero (coord.)*..... 31

Factores determinantes de la confianza de los familiares en los centros residenciales.

*Concha Lacámara Romero*..... 49

Envejecimiento activo y dependencia: retos actuales y futuros de la atención en centros residenciales.

*Iciar Ancizu García y*

*Dulce Fontanals de Nadal*..... 63

El libro blanco del envejecimiento activo de andalucía.

*Fernando Hernández Rey*..... 79

## De interés profesional:

Fiabilidad del instrumento para valorar la situación de dependencia en España.

(Real Decreto 504/2007)

*Rubén González Rodríguez* ..... 91

El trabajo social se viste de naranja

*Vanessa Pi* ..... 109

## Portal internacional:

Acción e impacto del Trabajo Social: una experiencia en el Congreso mundial de Estocolmo.

*Ana Belén Domínguez Millanés* ..... 121

## Comentarios y reseñas:

Comentario web:

Reseñas de mundos 2.0

*Manuel Gutiérrez Pascual* ..... 134

Comentario de libros:

Redes sociales: De metáfora

a paradigma ..... 138

## Curiosocial:

Héroe ..... 142

Festival del Humor ..... 143



## Editorial

**P**resentamos el segundo número de la revista dedicado al Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional.

*En este número hemos querido contar con la participación de grandes profesionales de nuestra profesión que aportan su concepto personal de envejecer activamente. ¿Quién mejor que ellas para explicarlo?*

*Patrocinio Las Heras Pinilla, Josefa Gómez y Rosa Domenech abren este número contándonos su experiencia en temas tan actuales como la edad de jubilación, la participación en la estructura colegial, en las asociaciones, en la Universidad para mayores etc.*

*Natividad de la Red, Nadezna de la Red Fadrique y Gustavo González Gallego centran su documento en la evolución del mismo concepto del envejecimiento activo, sus motivos en el contexto actual sus diferentes expresiones y la responsabilidad profesional en este ámbito.*

*En el Conectados de este número, las aportaciones de las/los profesionales del trabajo social se centran en la gestión residencial, analizando muchos y diversos puntos de vista de las personas mayores que viven en una residencia.*

*Al hilo, Concha Lacámara analiza los factores determinantes de la confianza de los familiares en los centros residenciales, y de la aptitud de los mismos con respecto a los centros donde viven sus mayores.*

*Por último, Iciar Ancizu y Dulce Fontanals, analizan el paradigma del envejecimiento activo en relación con la dependencia que puede plantearse en esta edad vital de las personas.*

*Cerramos este número doble sobre envejecimiento activo. Es la aportación que el Comité de Redacción de la Revista considera de obligado cumplimiento, ya que la sociedad española cada vez tiene más años y se hacen necesarias políticas de no exclusión. El Instituto Nacional de Estadística prevé que a partir de 2025 unos 15 millones de personas en España tendrán más de 65 años, es decir, un 32% de la población. Consideramos que no se deben lanzar estos datos como una amenaza y es nuestra obligación como profesionales eliminar esta percepción negativa de la vejez, ya que lo único que ponen de manifiesto es que la esperanza de vida será mayor, y las aportaciones de nuestros mayores a la sociedad más determinantes.*



**Dossier**

**Envejecimiento  
Activo (II)**





# Profesionales de relevancia: envejeciendo activamente

Ana I. Lima Fernández  
(coordinadora)

## Resumen

En el siguiente artículo tenemos la ocasión de contar con la experiencia de tres profesionales clave del trabajo social que reflexionan, tanto desde el ámbito de lo profesional como desde el personal sobre la vivencia de envejecer activamente.

En estas entrevistas aportan su conocimiento y experiencia al conjunto de la profesión sobre algunas cuestiones debatidas en el Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional, la actual política social, el proceso de jubilación y otros temas de actualidad.

Así a través de sus opiniones y propuestas contribuyen a que los trabajadores y trabajadoras sociales pongamos la mirada, la responsabilidad y el buen hacer en un tema tan transversal que no terminará en 2012. En el siguiente texto nos proporcionan valiosas orientaciones desde sus voces, voces que simbolizan el ejercicio profesional, la política social, el desarrollo académico y el compromiso con las organizaciones colegiales del trabajo social en España.

## Palabras clave

Personas mayores, Profesionales, trabajo social, envejecimiento activo, jubilación, universidad para mayores, profesión, políticas sociales, solidaridad intergeneracional.

## Abstract

In this article we have the chance to have the experience of three key social work professionals who reflect on the experience of active aging in the professional field as from the personal.

In these interviews they contribute their knowledge and experience to the entire profession on some issues discussed in the European Year of Active Ageing and Solidarity between Generations 2012, the current social policy, the retirement process and other topics.

So through their opinions and proposals, they contribute to social workers stress the look, responsibility and good work on a transverse issue, which did not end in 2012. In the following they provide us valuable guidance from their voices, which symbolize the professional, social policy, academic development and commitment to the social work professional organizations in Spain.

## Key words

Elders, Professionals, social work, active aging, retirement, University for elders, profession, social policy, solidarity between generations.

Autora



**Ana I. Lima Fernández (coordinadora)**

Trabajadora Social.

Presidenta del Consejo General del Trabajo Social

[analima@cgtrabajosocial.es](mailto:analima@cgtrabajosocial.es)

## Profesionales de relevancia: envejeciendo activamente

En este segundo número sobre envejecimiento activo tenemos el placer de contar en nuestra revista con la opinión de tres grandes figuras del trabajo social, profesionales y compañeras que con su buen desempeño profesional han demostrado su valía e influencia en el trabajo social de nuestros días.



**Patrocinio Las Heras Pinilla. (P.LH)** Trabajadora Social, licenciada en ciencias políticas y socióloga. Entre otros cargos ostentó la Presidencia de la FEDAAS desde 1977-1983.

Fue Directora General de Acción Social de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Asuntos Sociales (1983-1990). Concejala del Ayuntamiento de Madrid, Grupo Socialista (1991-2003). Es Asesora para la Igualdad de Género del Gabinete de la Secretaria de Estado de Cooperación Internacional para el Desarrollo, desde 2007 y Asesora del Consejo General del Trabajo Social. Reconocida recientemente con la Cruz de Oro al mérito Social del IMSERSO.



**Rosa Domenech Ferrer (R.D)** Trabajadora social, cuenta con una extensa experiencia en el campo sociopolítico de los Servicios Sociales y el Trabajo Social. Inició su trayectoria profesional como asistente

social en un suburbio de Barcelona del Camp de la Bota (1962-1969). Profesora de Trabajo Social comunitario de la Escola d'Assistents Socials de Barcelona (1970-1976). En 1977 formó parte del equipo de trabajadores sociales que elaboraron el modelo de Servicios Sociales que posteriormente fue aplicado en la Administración. Organizó el Área de Servicios Sociales de Gijón (1984-1985). Ha realizado varias publicaciones y actualmente es Presidenta

de la entidad sin afán de lucro: Impuls a l'Acció Social.



**Josefa Gómez Moya (J.G).** Trabajadora social especializada en conductas adictivas. Fue profesora titular de la Universidad de Valencia hasta 2010, allí ejerció el cargo de Directora del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales (1998-2000).

Es Presidenta del Colegio de diplomados en trabajo social y asistentes sociales de Valencia desde 2009. También es presidenta de la Asociación de Profesores Jubilados de la Universidad de Valencia. Docente, formadora e investigadora ha realizado y participado en numerosas publicaciones.

---

*(A.L) El año 2012 es el Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional. La sociedad española cada vez tiene más años y se hacen necesarias políticas de no exclusión.*

*Desde el Consejo consideramos que es necesario abordar este tema en nuestra revista.*

*Vosotras que tenéis una amplia experiencia profesional, y que tanto habéis dado a la profesión ¿Qué opináis de las políticas de envejecimiento activo? ¿Qué aspectos de estas políticas considerarías se deberían mejorar con la celebración del año europeo?*

**(P.LH)** En principio es positivo enfocar las políticas de envejecimiento activo, y considerar que en esta etapa las personas son activas, como siempre lo han sido, y no pasivas, como se califican en las diversas estadísticas oficiales de la Seguridad Social etc. Es muy positivo. Uno/a no pasa a ser pasivo porque cumple una edad determi-

nada, sino por la actitud vital que se tiene ante la vida. Si consideramos la etapa de jubilación como una etapa de jubileo, es decir, de júbilo, podemos afirmar que estas personas pueden llegar a ser mucho más activas y polifacéticas en sus actividades al no estar sometidas a horarios impuestos por jornadas laborales.

En relación a los aspectos a cambiar son los conceptos contrarios, es decir, los que consideran el envejecimiento desde un prisma de clase pasiva. Considero que es una cuestión vital abrir todo el proceso de prevención de la Dependencia, ya que en esta etapa si es cierto que hay mayor riesgo de ser dependiente, por lo que desarrollar las políticas de prevención de riesgo y las de apoyo a la participación son fundamentales.

**(J.G)** Yo creo que las políticas en el aspecto teórico nos pueden parecer satisfactorias o nefastas, pero a mi modo de ver, el problema, en este sector como en otros, está en la percepción y la aceptación social de los beneficiarios de dichas políticas. Hay que verlo con una perspectiva de futuro y en este sentido ¿cómo ven los jóvenes y adolescentes a las personas mayores? ¿Son viejos molestos o son respetables ancianos?

Desde este planteamiento el abordaje del envejecimiento debería hacerse desde la escuela, intentando que los jóvenes se educaran en la comprensión y la aceptación de la vejez como una etapa más de la vida, a la que, por otro lado, más vale llegar con salud. Pero para transmitir esto a los jóvenes hay que empezar porque los adultos se lo crean. Por tanto los movimientos y políticas destinados a mejorar la calidad de vida de un amplio colectivo social deben priorizarse frente a otras actividades que sólo mejoran la economía de un grupo reducido.

Hace años no eran consideradas las personas mayores como beneficiarios de determinadas políticas sociales, porque su presencia social no se ponía en duda, ya que cumplían un papel en la familia: eran los dueños del patrimonio, se les reconocía una sabiduría especial por su experiencia de vida y eran el nexo integrador de la familia extensa.

En el momento actual, tras haber perdido todos esos papeles en el transcurso de los últimos años por causas que no vienen al caso y que se derivan de los propios cambios sociales, digo que en estos momentos nos estamos volviendo a replantear estos valores por motivos muy diferentes, y a través de las políticas sociales intentar recuperar el rol del envejecimiento social.

Por otro lado, la crisis económica ha obligado a volver la mirada a los mayores, porque desde un parámetro diferente vuelven a ser poseedores de rentas económicas y para muchas familias se han hecho imprescindibles.

El año europeo y todas las actividades que conlleva su celebración es una manera de hacer patente estas y otras muchas consideraciones que sin duda mejorarán el “estar” del colectivo de personas mayores en la medida que las concienciamos.

**(R.D)** A mí me parecen necesarias. Hay que concienciar a la persona a lo largo de su trayectoria profesional de que hoy la esperanza de vida ha aumentado y por consiguiente también su compromiso con la sociedad. No tiene ningún sentido que la persona actúe con parámetros de un siglo atrás, cuando la llegada a la edad de jubilación se producía en unas condiciones determinadas, que no son, en general, las actuales. Hemos mejorado en todas las condiciones de vida, por consiguiente,

hemos de continuar actuando con el ánimo de mejorar también la sociedad.

*(A.L)- En cuanto al empleo, se habla mucho de flexibilizar la posible salida del mundo laboral, dejando posibilidades de desarrollo profesional para las personas que así lo deseen ¿qué opina de ello?*

**(P.LH)** En principio el derecho a la jubilación debe entenderse como derecho, no como obligación. Es la persona la que decide si aprovecha ese derecho para jubilarse o bien desea continuar su actividad profesional. Así debe de ser, protegiendo el derecho para hacerlo efectivo y ampliando la posibilidad de ampliar de forma voluntaria la etapa profesional pero siempre desde este enfoque, ha de existir el derecho y la libertad.

**(J.G)** Creo que hay personas que a una determinada edad deben dejar su actividad laboral, bien por el tipo de trabajo (esfuerzo físico, riesgo...) o porque intelectualmente tengan problemas; pero hay otras personas que pueden seguir aportando su saber profesional a pesar de cumplir años. Por lo tanto habría que evaluar la calidad de las aportaciones para determinar si la persona debe abandonar su actividad laboral a una edad determinada o por el contrario, si lo desea puede continuar trabajando.

**(R.D)** Estoy absolutamente de acuerdo en que la jubilación debe ser decidida por la persona afectada en función de su salud y de ánimo. Es deseable que la persona vaya reduciendo su actividad según sus condiciones. Es deseable y es lo mejor para la persona afectada para que siga siendo útil y sus capacidades ejercitadas contribuyan a mantenerlo en forma y útil para la sociedad. Los trabajadores sociales creo que hemos tenido una concienciación

al respecto, pero para muchas personas con actividades menos creativas –o más mecánicas- debería existir la posibilidad de descubrir actividades que le mantienen útil. La idea del jubilado en un rinconcito o jugando a las cartas es muy insatisfactoria. En el primer caso significa la marginación y en el segundo una vida anodina.

*(A.L) Es significativo que las tres penséis igual al respecto, ahora bien, ¿Consideráis que las personas mayores participan de manera adecuada en la sociedad? ¿Qué opináis de la manera de participar de las organizaciones de personas mayores?*

**(P.LH)** El hecho de que las personas mayores se organicen en asociaciones que luchen por sus intereses es muy positivo. La defensa de sus derechos y la participación activa son cuestiones muy positivas, lo que ocurre es que la sociedad tiene una visión paternalista con las personas mayores. Este paternalismo social es lo que hay que erradicar. Llega un momento en la vida que parece que comienzan a mirarte como si ya no formases parte de esta sociedad por ser mayor, esto es un prejuicio que debemos eliminar. Precisamente por lo que he comentado anteriormente, ya que quizá en esta etapa es cuando se es mucho más activo que antes al ser dueño/a de tu tiempo, al no focalizarlo todo en una sola actividad como el trabajo.

**(J.G)** Yo creo que las personas mayores que lo desean tienen múltiples actividades a su alcance pensadas y organizadas para ellas, sobre todo de tipo lúdico-recreativo. Pero creo que las personas mayores podrían aportar a los jóvenes, según el saber de cada una, creando espacios intergeneracionales. Es decir, aprovechar las enseñanzas que se pueden recibir de un profesional mayor, retirado pero con tiempo libre orientando y enseñando a personas jóvenes en áreas que

no interfieran en el mundo laboral. De este modo se conseguiría aprovechar todo un bagaje intelectual y profesional al mismo tiempo que se integrarían jóvenes y mayores en actividades conjuntas.

**(R.D)** Es difícil generalizar. Hay muchas personas que encuentran su actividad o sus actividades para seguir siendo útiles a la sociedad y que ello les mantenga en forma y elementos activos. Hay muchos otros a quienes cuesta de encontrar estas actividades. Proyectar el mensaje de que la jubilación no es renuncia de nada debería hacerse con más fuerza y además deberían mostrarse casos prácticos. Para el/la trabajador/a social su compromiso debería mantenerlo en entidades o en proyectos (campañas) de ámbito general en el que deban participar las personas, independientemente de su edad.

La verdad es que creo que la persona mayor debe participar en actividades que se realizan en la sociedad, sin que deban ser las destinadas a “personas mayores”. La edad –si hay salud- no es ninguna barrera. La persona mayor puede y debe ser un elemento activo con sus ideas, cualidades y experiencias.

**(A.L)** *Según algunos estudios, a los españoles no nos importa envejecer, pero sí sentirnos viejos ¿Creéis que ello va asociado a la imagen negativa que a veces se tiene de la vejez, provocada al asociarla con la pasividad, con el gasto...?*

**(P.LH)** En sí el concepto de sentirse viejo es algo etiquetado, ¿qué quiere decir sentirse viejo? Que se etiqueta a la persona a partir de una edad, se le coloca en un status que no ha elegido. No debemos sentirnos viejos sino enfrentarnos a esas cosificaciones. Cada edad, cada etapa vital, conlleva sus propios problemas pero desde el punto

de vista de la persona, cumplir años nunca es un problema, ¡el problema sería no cumplirlos! Lo que está asociado a sentirse viejo es la exclusión por edad y desde el trabajo social debemos posicionarnos totalmente en contra a esta exclusión. Considero que esta imagen negativa tiene un componente mayormente social, ya que sentirse enfermo o dependiente sin cobertura plena para superar la enfermedad o la dependencia es el verdadero problema ya que pueden existir personas que estén en estas situaciones objetivas con independencia de la edad que tengan.

**(J.G)** Yo creo que a nadie le gusta sentirse viejo ni tampoco envejecer ya que eso supone acercarse a las últimas etapas de la vida, sin embargo, si en el proceso de socialización aprendemos a aceptar y entender que esa etapa hay que vivirla con normalidad, como las anteriores y “los demás” también lo piensan, es decir aceptamos socialmente a las personas mayores con sus características (como aceptamos a los jóvenes con sus peculiaridades), esa percepción sobre el sentimiento de vejez cambiaría y la proyección social no sería negativa y en consecuencia las personas mayores no se preocuparían tanto por envejecer.

**(R.D)** Hay un mensaje equivocado en nuestra sociedad –entre otros muchos- que afirma que la persona mayor –el viejo- es un trasto inservible o bien alguien a quien deben hacérsele espectáculos de rasgo sencillo. La verdad es que hay mucha gente mayor que sigue ejerciendo actividades que le llenan de contenido y de satisfacción. Hay que insistir en este camino: el de la persona mayor que no renuncia jamás a ser útil a la sociedad. Además, hoy, las condiciones de salud y económicas permiten ya mantener una independencia que para que sea completa debe también demostrarse en actividades útiles a la sociedad.

*(A.L) De nuevo coincidís en vuestros planteamientos y creo que son reflexiones que todas y todos deberíamos tener en cuenta, ya que como decíamos, la tasa de envejecimiento aumenta. El Instituto Nacional de Estadística prevé que a partir de 2025 unos 15 millones de personas en España tendrán más de 65 años, es decir, un 32% de la población. Considero que, a veces, se lanzan estos datos como una amenaza. Desde esa perspectiva, ¿cómo creéis que se puede contribuir a una imagen positiva del envejecimiento?*

(P.LH) Es una perspectiva errónea. No es una amenaza que aumente la esperanza de vida, precisamente la ONU considera uno de los indicadores que miden el desarrollo humano la esperanza de vida. Considerar de por sí algo que desde el punto de vista científico y humano es positivo como algo negativo es propio de aquellos que están en contra de realizar una cobertura a una mayor felicidad humana. La vida más allá de una edad en buen estado es lo que tendríamos que trabajar, a través de la prevención de todo tipo de enfermedades y de dependencias que puedan aparecer en esta etapa.

(J.G) Coincido con Patro. Puede que en el 2025 se den esas cifras, pero en términos absolutos no me dicen nada. ¿Cómo será la sociedad? ¿Qué otras cosas pasarán? ¿Que otras cifras habrá? Últimamente, todas las noticias y los datos que nos transmiten parecen amenazas. Lo positivo de este dato es que hay más personas que viven más años que en el siglo pasado y con mejor calidad de vida.

(R.D) De nuevo coincidimos en nuestros pensamientos. Es extraordinario que tengamos esta perspectiva. Es magnífico. Hay que trasladar al conjunto de la sociedad los datos que nos dicen que con la esperanza de vida siguen existiendo condiciones de plena actividad.

*(A.L) ¿Qué opináis de la situación actual del Sistema de Servicios Sociales? ¿Qué papel consideráis tiene ahora el trabajo social?*

(P.LH) Lo más negativo en la actual situación son los recortes sociales que son el gran drama. El gran avance de los Servicios Sociales ha sido precisamente la participación de Proyectos y Programas en tiempos de crisis, como los viajes del IMSERSO en medio de la crisis de la reconversión industrial en los años 80.

Fue una medida que sacó del paro a mucho personal y trabajadores/as en el turismo en temporada baja, y que trajo tanto un beneficio para el sector, como una mayor felicidad para el colectivo de personas mayores. El hecho de que haya crisis no justifica el recorte de los derechos sociales. Hoy se justifica la priorización de los Servicios Sociales frente a otros gastos que no tienen una prioridad social básica.

¿Qué papel tiene el trabajo social? El que ha tenido siempre: generar proyectos basados en la realidad concreta de las necesidades en cada etapa histórica. Ahora que la esperanza de vida es superior hay que vivirla desde una perspectiva de calidad de vida. Los/las trabajadores/as sociales que trabajan con las personas mayores saben crear proyectos de intervención personalizada mucho más allá de la dependencia. La vida te ofrece miles de oportunidades de realización y participación.

(J.G) El sistema de Servicios sociales se tambalea. Costó mucho conseguir el cambio de la beneficencia a la justicia social y no podemos retroceder. El trabajo social estuvo en primera línea de batalla para conseguir cambios y ahora no tiene que ser diferente. Y los cambios se consiguen con protestas pero también con trabajo, con responsabilidad, con los propios bene-

ficiarios, con la defensa de la razón y la justicia. Y todo esto es una labor del día a día.

Por otro lado, el trabajo social tiene que reinventarse, como se hizo en un principio, abriendo espacios profesionales, luchando por las personas, creyendo en el propio trabajo social como una identidad profesional que nos compromete. Y todo esto se ha de aprender en la Universidad.

**(R.D)** No hemos conseguido que sea un sistema al que recurre toda la población cuando lo necesita. Lo más preocupante es que se acentúe esta deriva hacia sectores más débiles económicamente. Estos deben de ser atendidos por los servicios sociales, evidentemente, pero no solo estos. Los servicios sociales tienen como objetivo servir a la población, a toda la población. Cualquier limitación que se produzca, es un recorte a lo que significan en el conjunto del Estado del Bienestar.

El trabajo social ahora se ha reducido con frecuencia a la atención de lo que denominábamos “casos” a partir de la serie de servicios que se ofrecen. Este trabajo es absolutamente necesario pero siempre debe conllevar el trasladar al usuario la dimensión comunitaria. Es decir, un problema personal, siempre tiene su reflejo colectivo. Hay que descubrirlo al usuario y al hacerlo el trabajo social adquiere una profundidad muy importante para el progreso de la sociedad.

**(A.L)** *Me gustaría antes de terminar, plantearos unas preguntas enfocadas a la opinión que os merecen algunas acciones puestas en marcha, que creo que conocéis bien, como la Universidad de mayores, ¿Qué propondrías para mejorar su funcionamiento?*

**(P.LH)** De hecho es un proyecto lanzado en la época de los 80, las universidades

están beneficiándose mucho de estos proyectos, ya que acceden al colectivo y reciben mayores prestaciones económicas. Yo ahora mismo estoy en la universidad haciendo una carrera, por lo tanto, considero que es básico abrir la universidad a las personas que quieran formarse en todas las etapas de la vida.

Creo que se podrían mejorar muchas limitaciones, dar mayor acceso a muchos seminarios en todos los niveles que interesan a la gente. Ampliar ofertas es básico. Hay mucho interés en las ciencias clásicas pero un campo moderno que creo que es fascinante y que casi no se ha tocado es el de la propia convivencia. Abrir este campo para personas que por razones sociales han quedado fuera del proceso, esta apertura de la sociedad como campo de conocimiento facilitaría muchísimo el potenciar diferentes proyectos de vida en estas etapas.

**(J.G)** Si la conozco, aunque no personalmente. En principio es una forma de actualizar conocimientos y estimular la socialización y los que participan lo valoran muy positivamente.

**(R.D)** Conozco las Aulas de Tercera Edad. Pero no soy alumna de ninguna de ellas. Respecto a su mejora, pues no tengo ninguna idea, pero toda actividad que ayude a las personas a informarse, a reflexionar y a opinar, creo que es positiva.

**(A.L)** *En muchos colegios profesionales existen grupos de personas mayores que después de la jubilación continúan activas, como es el caso de Josefa, decidme, ¿Qué opináis de ello?*

**(P.LH)** Es fantástico, ya que seguramente pueden participar con más tiempo en muchas cosas. Es importante continuar aportando lo que sabemos a esta profesión



de la que tanto hemos recibido y a la vez seguir enriqueciéndonos de lo que la profesión está desarrollando en la actualidad. Creo que es muy positivo tanto para las personas en edad de jubilación como para el propio trabajo social.

**(J.G.)**- Qué voy a opinar si yo estoy jubilada y soy la Presidenta del Colegio de Valencia. Creo que es muy positivo, porque tienen experiencia y tiempo para dedicar a los demás. En el colegio de Valencia se ha organizado un servicio de asesoras profesionales donde se cuenta con la aportación de varias jubiladas. Cada mes nos va aumentando la demanda de profesionales jóvenes que consultan sus dudas, sin ser una supervisión, las asesoras proporcionan una orientación o en ocasiones se trata de contrastar con otro profesional determinadas actuaciones.

**(R.D)** Magnífico. Se trata de personas con un compromiso de trabajo social para la sociedad y que a pesar de que pueda haber variado su situación laboral siguen actuando. Me parece correctísimo.

**(A.L)** *¿Cómo tratáis de envejecer? ¿Es compatible el envejecimiento con la actividad profesional e intelectual?*

**(P.LH)** No se trata de envejecer sino de vivir. No nos empeñamos en envejecer, ni en rejuvenecer. Es otra etapa, cuya característica más significativa es la libertad para disponer de tu propio tiempo.

Tú eliges en qué ocupas tu tiempo y eso es fantástico. La verdad es que es una etapa fantástica para desarrollar a nivel intelectual los valores que desarrollamos en nuestra etapa integral.

**(J.G)** Yo soy activa y trato de envejecer haciendo actividades que me aporten sa-

tisfacción. Además de Presidenta del Colegio, soy la Presidenta de la Asociación de Profesores Jubilados de la Universidad de Valencia. Sigo dando cursos y conferencias siempre que me apetezca la propuesta. También sigo escribiendo. En otro orden de cosas, todos los días hago deporte. Y además me relaciono con grupos de amigas y amigos de mi edad, pero también con grupos más jóvenes. Procuero mantener el ritmo de actividades profesionales durante la semana y desconectar el fin de semana cambiando la actividad por otras de carácter lúdico.

La diferencia con el trabajo (al que he dedicado 42 años y que lo he disfrutado) es que lo que hago es porque quiero y eso es muy importante para sentirse liberada al final de una larga vida profesional.

**(R.D)** Sigo con actividades que son las que han caracterizado mi trabajo profesional. Es compatible. Naturalmente, hay que compaginarlo, pero es compatible. Quizás no es posible hacer jornadas laborales de doce y catorce horas como durante muchos años había hecho, pero, es compatible con generar actividades de dimensión comunitaria.

**(A.L)** *Por último: ¿En que consideráis que vuestra trayectoria profesional ha contribuido a desarrollar el Estado Bienestar?*

**(P.HL)** Yo siempre me he apoyado en la contribución del colectivo profesional en cada etapa histórica. Es cierto que he tenido el privilegio y la responsabilidad de asumir responsabilidades en el plano político y de dirigir la organización colegial... pero siempre he mirado desde el plano colectivo para ver su evolución y contribución. Tuve el placer de hablar de este tema en un artículo para la revista por lo que no voy a extenderme<sup>1</sup>, ahora bien, lo que si puedo



decir es que en relación al estado de bienestar desde mi etapa se ha contribuido a:

La universalización del Estado de Bienestar eliminando la política para pobres sin derechos de la beneficencia y rompiendo la dualidad social. Precisamente ahora parece que retrocedemos hacia atrás porque se quiere romper con esta universalidad con los recortes a los que nos enfrentamos, es por eso que me parece fantástico el trabajo que se está haciendo desde el Consejo General y del que me siento muy orgullosa por el compromiso que se está teniendo en esta dura etapa en razón de las situaciones que se protegen.

El segundo factor es la propia creación del Sistema de Servicios Sociales- hoy se ve que no conseguimos que fuera tan universalista como habíamos querido pero que seguimos luchando y aún tenemos este reto por conseguir.

(J.G) Mi trabajo fue fundamental a finales de los años 60 y principios de los 70 en la creación de una estructura específica de atención a alcohólicos y drogodependientes. Y dentro de esa estructura la creación de equipos interprofesionales y el asentamiento del trabajo social como elemento básico de funcionamiento.

En la segunda parte de mi carrera profesional, como docente, he intentado mantener dentro del marco universitario la identidad profesional del trabajo social.

(R.D) Cuando doy una mirada a la trayectoria seguida a lo largo de los años creo que fue especialmente interesante el trabajo social comunitario realizado en barrios de Barcelona y de sus alrededores, el trabajo de formación permanente que con otras compañeras organizamos en la

Universidad Autónoma de Barcelona y que fue conocido como GITS en la etapa de la transición política y que ofrecimos a todos los/las trabajadores/as sociales en todo el ámbito del Estado español, así mismo la formulación de un modelo de Servicios Sociales que en Catalunya se elaboró en aquella época y que fue adoptado por el Partido Socialista Obrero Español, su aplicación en el Ayuntamiento de Barcelona entre los años 1979-1983 y finalmente, la creación de una entidad sin afán de lucro como fue el Instituto de Servicios Sociales y Trabajo Social (INTRESS) de ayuda a la Administración que dirigí durante veinte años (1984.2004)

En la actualidad sigo con la entidad Impulso a la Acción Social propiciando especialmente la reflexión y el debate sobre la realidad y el futuro del Trabajo Social, así como la edición de textos.

*(A.L) Ha sido un placer poder contar con vuestra experiencia y vuestra visión en este número de la revista. Considero que no hay mejores voces para enseñarnos a envejecer activamente. Muchas gracias por vuestra colaboración.*

notas

1. N°86 - Miradas al trabajo social - Mi experiencia de compromiso con el Trabajo Social.



# Envejecimiento activo

**Natividad de la Red Vega**  
**Nadezna de la Red Fadrique**  
**Gustavo GonzalezGallego<sup>1</sup>**

## Resumen

Los cambios personales y sociales de los mayores y hacia los mayores son factores que influyen en la reducción de la vida activa. Por ello ambos acompañan la promoción de la autonomía en el proceso de envejecimiento, porque vida activa y autonomía tienen una estrecha relación.

Esa interrelación parece reflejarse tanto en la evolución de la normativa que en diversos ámbitos se viene produciendo, como en la evolución de los paradigmas conceptuales de vida activa en la vejez. Unas y otras referencias tienen que ver con la vivencia de esta etapa desde la perspectiva personal. Todo ello se ha de considerar en la intervención social, por cada profesional que ejerce en este ámbito.

## Palabras clave

Envejecimiento activo, promoción de autonomía, evolución de normativa, de paradigmas, los motivos, los agentes, la intervención profesional.

## Abstract

The personal and social changes of the elderly and towards the elderly are factors which influence in the working life reduction. Both changes are related to empowerment in the aging process, because active life and autonomy are closely related.

This interrelation seems to take shape in the evolution of regulations, which has happened in various fields, and in the evolution of the conceptual paradigms of active life in old age. Both are concerned with the experience of this period from a personal perspective. All this must be considered in social intervention and by each professional who works in this field.

## Key words

Active aging, promotion of autonomy, evolution of regulations, paradigms, motives, agents, professional intervention.

### Autores

#### **Natividad de la Red Vega**

Trabajadora Social.  
Profesora en la Universidad  
de Valladolid.

#### **Nadezna de la Red Fadrique**

Trabajadora Social.  
Representante Tutelar en la fundación  
Castellano-Leonesa para la tutela de  
personas mayores-fundamay.  
[nadez99@hotmail.com](mailto:nadez99@hotmail.com)

#### **Gustavo GonzalezGallego**

Trabajador Social.  
Desempleado.  
[gusgongal@gmail.com](mailto:gusgongal@gmail.com)

**notas** 1. Este artículo nace de las ideas e intercambios que los tres autores tuvimos a la vuelta del Seminario sobre "Envejecimiento Activo" organizado por SIPOSO y celebrado en Madrid en junio de 2012.

# Envejecimiento activo

## Introducción

Las formas de envejecimiento, pueden ser muy diversas. Manifiestas diferencias se hacen patentes en las distintas sociedades y en las sucesivas épocas históricas. Además, en cada realidad histórica y situacional, se produce una amplia variedad de formas de adaptación de cada persona en esta etapa de la vida, en cuya satisfacción tiene un papel importante la actitud activa.

Hemos de considerar que ser activo implica ser autónomo, ser promotor de un estilo de vida, desde la implicación personal y social. Ser activo es lo contrario de ser pasivo y no se identifica con ser consumidor de actividades de servicios o de proyectos que se ofertan para llenar el tiempo. El envejecimiento activo no es ajeno a la proyección de valores y de formas de ser y se concreta mejor en aquellas sociedades en las que la cultura favorece la implicación, el surgir de alternativas abiertas, más allá de atender las necesidades materiales, las relaciones no solo personales, también las redes sociales y los comportamientos fundamentados, profesional y éticamente.

## 1. Envejecimiento activo y algunas referencias en normativas y programas

La atención a la dimensión activa en el proceso de envejecimiento, se pone de manifiesto de manera progresiva en la evolución de las normativas en distintos ámbitos, a los que aludiremos brevemente. Merece destacar en el ámbito internacio-

nal, algunos antecedentes al reconocimiento de los derechos de las personas mayores, de los que destacamos: a) El Artículo 22 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*: “Toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, teniendo en cuenta la organización los recursos de cada estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables para su dignidad y para el libre desarrollo de su personalidad”. b) *La Resolución 46/1991 de 16 de diciembre de la Asamblea General de las Naciones Unidas*, en la que se aprueban los “Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad”, entre los que se destacan como objetivos el logro de la independencia, la participación en la sociedad, cuidados adecuados a sus necesidades, su autorrealización y el respeto por su dignidad. c) *Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento* en 1982 que significó un impulso importante de las políticas sociales a favor de las personas mayores.

En Europa, la atención al envejecimiento es objeto de particular atención, ya en la *Carta Social Europea*, aprobada en octubre de 1961. En la Unión Europea, La *Carta de los Derechos Fundamentales*, Niza año 2000, recoge el artículo 25, entre los Derechos de las Personas Mayores, el que se refiere “a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural”. Podemos destacar finalmente, la *Comunicación de la Comisión al Congreso y al Parlamento Europeo* del 18 de marzo de 2002 sobre “La respuesta de Europa al envejecimiento a escala mundial”. Las principales estrategias de la Unión Europea al envejecimiento se orientan hacia: a) contar con los recursos necesarios; b) responder al desafío planteado por el envejecimiento y su repercusión en la mano de obra; c) garan-

tizar pensiones adecuadas, viables y adaptables; d) facilitar el acceso a los servicios sanitarios y a cuidados de larga duración, asegurando la viabilidad financiera de los servicios; e) promover medidas para la mejora de la participación y la consecución de un envejecimiento activo.

Conviene aludir también algunos hitos importantes sobre el proceso de envejecimiento en el ámbito estatal. Partimos para ello de la Constitución Española de 1978, en la que en el artículo 9.2 se establece la obligación de los poderes públicos de promover las condiciones para la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos de forma real y efectiva, lo que implica remover los obstáculos que dificultan su plenitud para facilitar la participación de la ciudadanía en la vida política, económica, social y cultural. En referencia específica a las personas mayores, estos objetivos se recogen en el artículo 49 y en la Ley General de la Seguridad Social (26/1990), por la que se garantiza la prestación económica a causa de jubilación en su modalidad contributiva y que será única para cada beneficiario. Conviene recordar además el Real Decreto 2171/2004, modificado por el Real Decreto 428/1999, que se refiere al envejecimiento participativo y a la creación y regulación del Consejo Estatal para las Personas Mayores.

Posteriormente en 2003 se establece el *Plan de Acción para las Personas Mayores* (2003-2007), en el que se contempla una política integral para la mejora de las condiciones de vida de las personas de edad y los recursos necesarios para ello. Particular interés tiene, en el ámbito estatal, la Ley 39/2006 sobre *Promoción de la Autonomía persona y atención a las personas en situación de dependencia*. Ciertamente no ha sido pensada esta Ley únicamente para las personas mayores, pero sin duda las principales

beneficiarias. Conviene recordar aquí, el artículo 21 de dicha Ley, por el que “la prevención de las situaciones de dependencia tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización”.

La concreción de estos planteamientos implica el fomento de la vida activa. Para ello, además de la coordinación entre servicios sociales y sanitarios, se precisa, además, la coordinación de los *vínculos participativos* y sociales entre todos los agentes, de las administraciones públicas, organizaciones no gubernamentales, de mercado y además el fomento de iniciativas innovadoras que promuevan la evolución de respuestas activas cuando surgen nuevas necesidades. Estos vínculos no solo no sustituyen la democracia representativa o el papel de los representantes políticos que democráticamente ejercen la acción del gobierno; al contrario, son vehículos que refuerzan el compromiso de los ciudadanos y sus gobiernos, de forma que mejor atiendan los intereses en conflicto, salvaguardando siempre el interés general, desde una amplia participación no excluyente.

Así la participación es útil a la democracia y facilita una nueva manera de gobernar, más relacional, más cercana a las personas y más atenta a los problemas y sus necesidades (SOTO VALLE, 2009: 19).

Los diversos agentes anteriormente indicados, para favorecer el envejecimiento activo, se han de implicar en la vida so-

cial y cotidiana, tal como propone la OMS (2002) para el logro de los siguientes objetivos:

- Reducir los factores de riesgo a través de hábitos saludables.
- Promover los factores de protección del funcionamiento cognitivo.
- Promover las emociones y un afrontamiento positivo.
- Promover la participación psico-social.

Estas conquistas en el escenario de la sociedad en la que vive la persona mayor, nos llevan a que ésta pueda ser dueña de su propia vida cuando: a) escucha y acepta opiniones; b) forma parte de los que significan en la sociedad; c) tiene oportunidades en la vida de la que forma parte; d) percibe que su opinión también se tiene en cuenta; e) se siente útil, y es reconocida por los demás al recibir y al dar; al compartir emociones, afectos y decisiones.

Todo ello excluye las relaciones paternalistas, de proteccionismos e implica refuerzo de derechos y deberes personales y sociales. Además conlleva favorecer relaciones personales y no objetuales (asistencia, protección, ocio).

Es plausible la atención a la importancia del envejecimiento activo en las normas y programas de las respectivas comunidades autónomas. Sin entrar aquí en el análisis de las mismas, nos referiremos brevemente a un documento a modo de ejemplo: El *Manifiesto de Bizkaia por el envejecimiento activo (2007)* que indica la consideración de tres ejes en el proceso:

a.- Realidad multidimensional de la persona, que incluye:

- El bienestar emocional, que se produce cuando la persona experimenta sentimientos de felicidad y satisfacción porque se siente valorada y aceptada como es.
- El bienestar físico, cuando la persona se percibe sana y con adecuada atención sanitaria.
- El bienestar material, relacionado con los recursos socio económicos suficientes.
- Inclusión social, cuando la persona no ve dificultado su acceso a la comunidad y participa en la misma en roles socialmente aceptados.
- Calidad de relaciones interpersonales, con interacciones significativas de amistad e intimidad con otros.
- El desarrollo personal y mejora de competencias de cualquier tipo.
- La autodeterminación o posibilidad de elegir y tomar decisiones libremente y según las preferencias personales.

b. Los necesarios ámbitos de intervención de diversos agentes para promover procesos de envejecimiento activo:

- **Ámbito micro:** persona (preparación cultural, física, de salud, social ..) familia, amigos, relaciones directas cotidianas, grupo de iguales.
- **Ámbito meso:** el vecindario, la comunidad, las agencias de servicios, las organizaciones.
- **Ámbito macrosistema:** patrones culturales, valores, creencias.

c.- Las fases de implementación para la implantación del modelo de envejecimiento activo:

- La sensibilización. La formación. La experimentación.
- El refuerzo de la autoestima de las personas, que se consigue a través de la participación, la toma de conciencia, la autogestión, el compromiso personal y comunitario y la propia evolución y maduración en el fortalecimiento de la identidad personal y de sentido de comunidad.

## 2. Avance conceptual de la importancia del envejecimiento activo

En los últimos 25 años ha ido evolucionando el paradigma del envejecimiento: del envejecimiento *saludable* (OMS, 1990), a *envejecimiento competente* (Fernández - Ballesteros, 1996) o *envejecimiento activo*, que es una contribución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en 2002 y que se recoge en el documento titulado, "*Envejecimiento Activo Un marco político*". Este último concepto es mucho más integrador y viene a definir el envejecimiento activo como *el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad, en orden a mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen*" (p. 12).

Destaca en este concepto, la salud, como promoción y como prevención de la misma, la participación, que se contempla cada vez más en actividades profesionales y no profesionales y la seguridad, conside-

rada al menos desde dos ópticas, la seguridad económica y la seguridad personal y del entorno.

El término activo no se refiere únicamente a la capacidad física, mental y social de la persona; se concreta además en la participación continua de ésta en la realidad de la que forma parte. Ello implica la continuidad con realización de algunas de las actividades que realizaba y la sustitución o incorporación de otras nuevas.

Desde una perspectiva general, la facilidad o dificultad para el mantenimiento de la vida activa a medida que se envejece, ha de considerarse teniendo en cuenta que, el individuo y la sociedad, son parte integrante de un único sistema por lo que no pueden ser entendidos aisladamente. En esta relación inseparable, cabe considerar distintos ámbitos, tal como nos indican MONREAL BOSCH P. et al (2009: 270-271, citando a Brofenbrenner 1987).

En un ámbito cercano, las relaciones próximas que se establecen entre el individuo y la sociedad forman un "ecosistema" o "microsistema", integrado por el conjunto de interrelaciones que se establecen y que la persona vive directamente en la vida cotidiana. También en la vida cotidiana, pero en un ámbito más amplio, se producen una serie de eventos, situaciones y circunstancias que acontecen en el entorno, sin que, en este caso, la persona, influya o participe directamente en ellos, es lo que Brofenbrenner denomina "exosistema". Y en una esfera aún más amplia, y con influencia en los dos sistemas anteriores, hemos de considerar el "macrosistema", esto es, el conjunto de ideas, valores, creencias, de una sociedad que configuran las imágenes que determinan nuestra percepción y la manera de representarnos y representar nuestro entorno social.

La presencia, influencia y participación en los tres ámbitos anteriores, están con frecuencia relacionados con la vida productiva, reproductiva y social. La persona va disminuyendo su influencia en cada uno de ellos a medida que se envejece, lo que dificulta el mantenimiento de la vida activa.

Aunque sea simplificando, se pueden considerar diversos enfoques del proceso del envejecimiento y de la jubilación. Un enfoque que proyecta una imagen de la vejez como deterioro, como en ruptura, como desvinculación de relaciones sociales entre la persona que envejece y las demás personas del medio social, porque la persona tiende a aislarse socialmente, pierde seguridad y no se siente útil, ni se percibe su función (CUMMING, E. y HENRY, W. 1961). Otros enfoques ponen el énfasis en la actividad de la persona como aspecto importante para ser felices, por lo que la persona que envejece conviene que permanezca como en la vida adulta con actividades similares a las que venía desarrollando sustituyendo los roles que han podido perderse por otros nuevos, por otras funciones que estructuren y den sentido a la vida (MOODY, 1982, SUBIRATS, J. 1992; AMORÓS, P. y otros 2006).

Desde la perspectiva de política social, el envejecimiento de la población supone un progreso, dada la mayor esperanza de vida, y a la vez un reto para las políticas y sistemas de bienestar social, dado el menor valor social que se atribuye a los mayores y al mayor gasto social que implica su bienestar (PÉREZ ORTIZ, L. 2006).

Ante estas consideraciones generales y comunes en el proceso de envejecimiento, hemos de contar con los referentes personales de cada cual, lo que hace que cada persona viva de manera distinta esta etapa

según la prevalencia de unos u otros como por ejemplo:

- El envejecimiento como *proceso vital*, desde la consciencia del proceso evolutivo. En esta etapa, la persona acentúa, más que en cualquier otra etapa de la vida, la consciencia del proceso evolutivo.
- El envejecimiento como una *tarea personal*; cada cual realiza ese proceso por sí mismo, para lo que puede necesitar y contar o no con ayudas.
- El envejecimiento como *proyecto personal* que imprime un sentido a esta fase de la vida, de forma que no irrumpa desde fuera, sino que su sentido mane desde dentro y afecte a toda la persona. Esto no es fácil en un contexto con preferente valoración a la productividad y con escasa valoración hacia la vejez.

En las prevalencias anteriores influyen más o menos dos límites o condicionamientos, que pueden ser positivos o negativos y que nos sitúan ante dos respectivas preguntas o visiones fundamentales. Una de ellas tiene que ver con la vida vivida desde la mirada hacia atrás; ello nos refleja el estilo de vida vivida considerada como el conjunto de comportamientos y actitudes que configuran la manera en la que vive una persona. “Esta configuración de la vida cotidiana tiene, por un lado, una gran resistencia al cambio y por otro lado una gran importancia predictiva en el desarrollo durante la vejez. De ahí la relevancia e interés de su estudio para los profesionales de servicios orientados a las personas mayores activas” (MONREAL BOSCH, P. et al. 2009: 271). La otra visión, que va a condicionar el proceso de envejecimiento, tiene que ver con la vida hacia delante, con el fin vivible. En esta visión pesan los signi-



ficados sociales de la edad que implica patrones de comportamiento condicionantes de la evolución personal de cada cual, proyectado todo ello en lo que haga y lo que piense hacer.

De la aceptación y configuración de esta doble frontera, la vida vivida y la vida hacia delante, traída y atraída hasta el presente en la confrontación clara con ellas, dependerá el sentido y la dignidad personal de la vejez, cuya caracterización no le viene de los achaques, de la debilidad o del decaimiento progresivo, sino del talante con que conscientemente se asuma y se configure.

Todo ello influye en la utilización y enfoque de las oportunidades que esta etapa de la vida permite. Una de esas oportunidades tiene que ver con el tiempo para la realización de aquello que se desea y que había sido aplazado porque no se ha tenido tiempo suficiente. Es la oportunidad de desarrollar las aficiones personales y sociales, y organizar la vida cotidiana en torno a su desarrollo personal. También puede considerarse como oportunidad para continuar cultivando los objetivos que han guiado la vida anterior. Se trata de continuar con actividades relacionadas con las realizadas anteriormente, desde el querer realizarlas, más que desde el deber, porque son consideradas propias y gratificantes.

Estas oportunidades van valoradas también desde la capacidad de hacer frente a la soledad que comporta la reducción de redes de relaciones, muchas veces vinculadas a la realidad laboral y a la pérdida de reconocimiento social porque no se es útil, ni válido, es una etapa con menos objetivos reconocidos, y considerada social y personalmente, como la final y previa a la muerte.

En cualquier caso, el cómo se vivan estas y otras oportunidades y condicionamientos, “dependerá en buena medida de dos procesos, la aceptación y el ajuste. La aceptación caracterizada por la percepción de la vejez como algo inevitable, esperado, propio del vivir, no se siente dolor y se mantiene una actitud positiva ante el avance de la vida y del paso del tiempo. El ajuste implica la articulación, aunque pasiva, de una vida cotidiana que se amolda a una visión típica y socialmente prevista de las actividades, funciones y responsabilidades de las personas mayores” (MON-REAL BOSCH, P. et al. (2009: 274).

Una vida activa de las personas mayores, parece más compatible con la tendencia cultural de los nuevos tiempos. A este propósito, el analista alemán HAN MAGNUS ENZENSBERGER, en su ensayo sobre *Los lujos del futuro*, nos indica que las expectativas sociales están cambiando de dirección; ya no consisten en el acopio de objetos superfluos y en su exhibición, sino en el disfrute de bienes aparentemente más básicos, pero escasos, como el tiempo, el espacio, la tranquilidad, el entorno saludable, o la seguridad (MAGNUS ENZENSBERGER, H. 1996: 108- 116).

La revolución de las expectativas sociales empieza a verse acompañada por el deseo de participación en lo más elemental y cotidiano que se ha incubado en el interior de los cambios culturales; a esta orientación de tendencias culturales la denomina GARCIA ROCA (2004:55) la política de la vida cotidiana donde son mas amplios los espacios para la vida activa de las personas mayores.

Pero además, desde la perspectiva personal, encontramos un determinante común en la aceptación y en el ajuste, que tiene que ver con los motivos para vivir.

### 3. Los motivos en el envejecimiento activo, vividos en el actual contexto social

Afirma FRIEDERICH NIETZSCHE que *quien tiene un por qué para vivir, soporta bien casi todos los cómo*s. Esto habrá de estar presente en las personas y los profesionales encargados de los programas con personas mayores. Lo mismo que no concebimos la calidad de un programa pedagógico para los niños sin conocer los procesos evolutivos de la infancia, sus potencialidades, los apoyos que necesitan para que cada uno sea él mismo, los programas con adultos y mayores habrán también de reforzarse desde algunas cuestiones que nos ayuden a responder a preguntas como por ejemplo:

- ¿Por qué se reducen los motivos para vivir de las personas mayores?
- ¿Cuánto influyen los factores personales y cuanto los factores sociales en la reducción de motivos?
- ¿Qué papel tiene la cultura, la valoración de los mayores en los motivos de éstos para vivir?

La evolución de las circunstancias en las que viven hoy las personas mayores no facilitan la valoración de la vejez lo que repercute también en la erosión de los motivos.

Sin duda han avanzado significativamente las respuestas a las necesidades de las personas mayores en la normativa y su desarrollo administrativo. Los planes, programas y proyectos hacia las personas mayores contemplan y recogen la cobertura de las necesidades materiales, de protección, de

ocio, pero se han de considerar además las necesidades de significado personal y vital que tiene que ver con la valoración cultural de la vejez. Además es evidente que se han erosionado la consideración de las respuestas vinculadas con la reciprocidad, la ayuda mutua, la interrelación, la presencia en las redes sociales, el significado en el tejido social, con marcada repercusión en las relaciones de las personas no productivas económicamente.

Antes, las personas mayores tenían reconocimiento y protagonismo en la vida cotidiana también cuando dejaban de trabajar. Antes, las necesidades eran menos complejas, mas vinculadas a las necesidades materiales, estando las afectivas y relacionales resueltas en la vida cotidiana. El sistema de respuestas estaba integrado en la sociedad.

Ahora, la cultura centrada en lo económico, en el eficientismo, en la utilidad económica en lo material, reduce la importancia a los que no participan en el sistema productivo. Desde esta cultura y respecto a los mayores, observamos que han avanzado los servicios y prestaciones materiales, se han especializado los procesos de atención, científicos, etc.

Pero esos servicios y prestaciones se han segregado de la vida diaria, de la vida cotidiana e incluso del sistema de los mismos servicios sociales; se han sectorializado en prestaciones a menores, mujeres, mayores, minusválidos, migrantes. A veces añadiendo significado de minusvaloración en el concepto de ciudadanía. El sector al que se pertenece puede comportar cierta estigmatización. Con ello se ha debilitado la importancia y la actividad de los mayores en el espacio social.

Todo ello reduce el espacio social para la vida activa de las personas mayores en nuestra realidad actual.

Nos dice PITÁGORAS, *Una buena vejez es el resultado, el producto, de una buena vida*. Pero en nuestra sociedad la “buena vida” está vinculada particularmente al trabajo y a la economía y reduce el espacio para la vida no productiva, reduce el espacio para los “pasivos”.

En el proceso evolutivo de la vida, al cambiar las referencias de la buena vida, nos viene bien recordar la consideración Ortegiana, *yo soy yo y mis circunstancias* Y SI NO LAS SALVO A ELLAS NO ME SALVO YO. Ciertamente, el *yo soy yo*, la persona, tienen un progresivo deterioro físico. Además el *yo personal*, tiende a ser visto por las circunstancias como menos útil, menos productivo, distinto, lo que influye en la autopercepción, en la autoimagen, y por tanto en la calidad de vida. Las circunstancias de la persona mayor vienen influidas por unos referentes vinculados a circunstancias marcadas por la cultura de la eficiencia, de la productividad, de la utilidad económica, de la juventud, de la agilidad, de la escasa atención al envejecimiento.

Las personas y la sociedad encuentran dificultades para enfrentarse con la decadencia y las limitaciones, lo que repercute en el proceso de envejecimiento. El cómo cada cual aborda esta situación varía de unas personas a otras.

#### 4. Expresiones y estilos personales del envejecimiento activo

Afirma V. CAMPS, en una reciente conferencia<sup>2</sup> que el tema de la vejez ha sido escasamente tratado por la filosofía de un modo directo. En su opinión, la humanización o deshumanización de la vejez reflejan el éxito o el fracaso de la civilización.

Admitiendo, como ya hemos señalado, que la vejez comporta un declive irreversible de facultades físicas y con frecuencia una disminución de la curiosidad por lo que ocurre en el mundo, la posición de cada persona puede variar considerablemente. Un ejemplo de ello lo encontramos en dos personajes NORBERTO BOBBIO (1909 – 2004) y de RITA LEVI MONTALCINI (1909 – 2004) con dos expresiones de vejez bien distintas; uno lo vive como problema otro lo vive como oportunidad. Bobbio, a los 80 años en su texto ciceroniano *De senectute*, nos dice:

*La sabiduría para un viejo consiste en aceptar resignadamente los propios límites, pero, para aceptarlos, hay que reconocerlos. Para conocerlos hay que buscar alguna razón que los justifique. No he llegado a ser un sabio. Los límites los conozco bien, pero no los acepto. Los admito únicamente porque no tengo más remedio.*

*Diré con una sola palabra que mi vejez es la vejez melancólica como la conciencia de lo que no he conseguido ni podré conseguir, es la imagen de la vida como una calle donde la meta siempre está más lejos y, cuando creemos que la hemos alcanzado, no es lo que habíamos pensado como definitiva. La vejez se convierte entonces en el momento en el que nos damos cuenta de que el camino no sólo no está realizado y que hay que renunciar a conseguir la última etapa.*

#### notas

2. V. CAMPS, en la conferencia pronunciada sobre el envejecimiento activo el 26 de abril de 2012 en la Fundación Juan March.

También con la misma edad que BOBBIO, RITA LEVI MONTALCINI escribe, tres años más tarde, en su obra *Un as en la manga* (1999): *Pienso al contrario que Bobbio, que no debemos vivir la vejez recordando el tiempo pasado, sino haciendo planes para el tiempo que nos queda, tanto si es un día un mes o unos cuantos años, con la esperanza de realizar unos proyectos que no pudieron acometerse en los años de juventud.*

Para Rita Levi Montalcini, el cerebro es un as en la manga que todas las personas tienen y deben saber utilizar adecuadamente en la vejez. La vejez como oportunidad y no como problema es un reto que se nos presenta a nivel individual y colectivo en una sociedad cada vez más envejecida.

Para favorecer el envejecimiento activo de las personas mayores en esta sociedad parecería necesario el refuerzo de la autoestima, es el as en la manga y la estima social, lo que JOHN RUWALS denomina “condiciones sociales de la autoestima”, como condición inexcusable de lo que llamamos calidad de vida. ¿Qué hacer para favorecer las condiciones sociales de la autoestima?

## 5. Responsabilidad profesional en el envejecimiento activo

El cumplimiento real de cualquiera de las leyes sociales requiere de la revitalización del espacio social. El avance de los desequilibrios económicos (lógica suma cero) y sociales (disparidad entre conciencia de derechos y deberes) han debilitado el espacio social próximo. La implicación de diversos agentes, de las administraciones, mercado y no gubernamentales, a los que nos hemos referido más arriba, contribuye al refuerzo del espacio social a través de las respectivas solidaridades administrativas, de intercambio y sociales. En ello tiene que ver el papel del profesional.

Los analistas sociales citan con frecuencia tres dimensiones para definir el espacio social: la reciprocidad, la redistribución y la administración doméstica (POLANY, 1994). Además de debilitarse la tercera dimensión en nuestra realidad, la existente cuando viene ejercida por las personas mayores, queda distorsionada por la visión social de la vejez tal como podemos ver en la percepción social y la realidad en la participación de las personas mayores en actividades informales:

Actividad	Percepción	Imagen menos vista
Cuidado de personas dependientes	Las personas mayores como receptoras de atención con los gastos que eso genera	Muchos mayores como cuidadores principales de personas dependientes
Hogares multigeneracionales	Personas mayores rotando en casa de los hijos	Personas mayores con hijos no emancipados en su casa
Solidaridad intergeneracional	Apoyo a mayores desvalidos por parte de personas más jóvenes	Personas mayores como cuidadores de nietos
Voluntariado	Las personas mayores como objeto de voluntariado	Personas mayores como sujetos de voluntariado

Fuente: CES Castilla y León (2009). *Perspectivas del envejecimiento activo en Castilla y León. Informe a iniciativa propia IIP 1/09. P.252*

Se pone de manifiesto que las personas mayores siguen siendo parte de un entramado social y económico aunque no ejerzan el “rol de productores” y sean perceptores de una pensión y no de un salario. Igualmente resulta evidente la importancia y repercusión de las personas mayores, aunque no estén suficientemente cuantificadas en términos económicos.

Se trata de destacar particularmente aquí las aportaciones de los mayores al capital y tejido social que se han visto empobrecidos en los últimos tiempos. Contribuyen así los mayores a recuperar algo de aquellas formas de organización relacionadas con la ayuda mutua, las relaciones sociales de reciprocidad, la gratuidad, el dar y el recibir que eran la expresión de la participación social en la respuesta a las necesidades materiales, pero también afectivas, relacionales, de comunicación.

En definitiva actualmente hoy, en la respuesta a las necesidades, parece prevalecer el aspecto administrativo y material, y disminuye la participación personal. Se pierde así una dimensión importante de la participación en la respuesta a necesidades

próximas, personales, familiares y comunitarias. Los mayores se ven afectados por esta pérdida, lo que repercute en la integridad de respuesta a sus necesidades particularmente en su dimensión no material y, a su vez, los mayores, contribuyen a cierta revitalización del tejido social y la reciprocidad, a través de actividades informales en el ámbito familiar y social antes de encontrarse en situación de dependencia.

Es habitual reconocer cuatro esferas de actividad no profesional realizadas por las personas mayores en nuestra sociedad como “agentes de conciliación de la vida laboral y personal a través de la atención a los niños, amortiguadores del difícil acceso de los jóvenes al mundo laboral, cuidadores de personas dependientes y colaboradores desinteresados para atender situaciones de necesidad” (CES, 2009: 411). Los profesionales pueden contribuir a la visibilidad de estas aportaciones, lo que significaría poner en valor las aportaciones en positivo de los mayores a la realidad social de la que forman parte.

Se pone así de manifiesto lo tantas veces subrayado de que la persona no se identi-

fica ni se agota en la necesidad que pueda presentar y por lo tanto implica que no se puede limitar la atención a la situación, o mejor, que una intervención respetuosa, justa y eficiente parte y se conduce desde la persona, considerada ésta desde su capacidad, potencialidades y la activación de los propios límites, pero no únicamente éstos.

### Bibliografía

- AMORÓS, P. y otros (2006), *Construyendo futuro. Las personas mayores: una fuerza social emergente*, Madrid: Alianza.
- BOBBIO, N. (1996), *De senectute*, Turin: Einaudi
- CAMPS, V., Conferencia pronunciada en la Fundación Juan March sobre "el envejecimiento activo", el día 26 de abril de 2012.
- CES Castilla y León (2009), *Perspectivas del envejecimiento activo en Castilla y León Informe a iniciativa propia IIP 1/09*. Castilla y León.
- CUMMING, E. y HENRY, W. (1961): *Growing old: The process of disengagement*. Basic Books. Nueva York.
- GARCIA ROCA, J., (2004), *Políticas y programas de participación social*, Síntesis. Madrid.
- LEVI MONTALCINI, R., (1999), *El As en la manga*, Barcelona: Crítica.
- MONREAL BOSCH, P., VALLE GÓMEZ ARANTZA, SERDA FERRER B., "Los grandes olvidados: Las personas mayores en el mundo rural", *Revista de intervención psicosocial*, Vol 18, nº 3, 2009, pp. 269- 277.
- OMS (2000), *Envejecimiento activo: un marco político*. Consulta on – line en [www.imserso-mayores.cis.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf](http://www.imserso-mayores.cis.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf). (fecha última consulta: 06/11/12).
- PÉREZ ORTIZ, L. (2006), *La estructura social de la vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer*. IMSERSO, Colección Estudios. Serie Documentos Estadísticos. Madrid.
- SOTO VALLE, J. I. "Transparencia y participación ciudadana en los gobiernos locales". En *Revista de estudios locales* nº 116 (2009), pp. 18-27 (21).
- SUBIRATS, T. (2004), *La vejez como oportunidad. Un estudio sobre las políticas de tiempo libre dirigidas a la gente mayor*. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Colección de Servicios Sociales. Madrid.

# Conectad@s.

## Centros Residenciales para personas mayores

**Gustavo García Herrero**

### Resumen

Los centros residenciales para personas mayores han sufrido importantes transformaciones en los últimos 30 años: de *asilos para ancianos* a *residencias para la tercera edad*, y de éstas a *centros residenciales para personas en situación de dependencia*. Cinco trabajadores sociales que trabajamos en centros residenciales y gestión de solicitudes de ingreso analizamos la encrucijada actual en la que se encuentran estos centros, comentando algunos de los aspectos esenciales en los mismos, incluido el papel de los trabajadores sociales, así como las tendencias de futuro de estos equipamientos.

### Palabras clave

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

### Abstract

Residential centers for seniors have changed significantly over the last 30 years: from old people's homes to residences for the elderly, and of these to residential centers for dependent persons. Five social workers, who work in residential centers and income applications management, analyze the current crossroads of these centers; and comment on some of the essential aspects of the same, including the social workers role and future trends of these facilities.

### Key words

Elderly people, residential, 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](mailto:aitavo.gg@gmail.com)

## Conectad@s. Centros residenciales para personas mayores



**Diana Jabalera Romero (D.J.).** Trabajadora Social en una Residencia y Centro de Día de Personas Mayores de la Comunidad de Madrid.

Ha trabajado como animadora socio cultural desde el 2005 con menores en programas de voluntariado y en proyectos educativos de conciliación de vida familiar/laboral. Además ha trabajado como educadora en una residencia de personas discapacitadas intelectuales con graves trastornos de conducta.

[dianajabalera@hotmail.com](mailto:dianajabalera@hotmail.com)



**María Aránzazu Santana Cabrera (A.S.).** Trabajadora Social responsable de atención al cliente en el Centro Residencial SARQuavitae El Serrallo (Granada).

Su trayectoria profesional está vinculada a la intervención profesional abordando a la persona mayor en todos sus aspectos bio-psico-sociales. Ha colaborado y colabora en estudios de investigación de aspectos sociales relativos a los beneficiarios, para así poder efectuar la valoración personal, familiar y social. [atcliente.elserrallo@sarquavitae.es](mailto:atcliente.elserrallo@sarquavitae.es). [asantana.gr@gmail.com](mailto:asantana.gr@gmail.com)



**Alberto Sergio Aragón Díaz (A.A.)** Trabajador social en la Residencia Alborada de Torrelavega.

De 2000 hasta 2005 trabaja con diversos colectivos, principalmente con menores en riesgo de exclusión social, mujeres maltratadas, programas formativos del fondo social europeo, discapacitados, etc. Desde el año 2005 en Residencia Alborada de Torrelavega, como responsable del Departamento de Trabajo Social, auditor interno, responsable de orden de acreditación (2010), coordinador de voluntariado y

colaborador profesional de la UNED y la USAL. [albertosaragon@hotmail.com](mailto:albertosaragon@hotmail.com)



**Ana Agúndez Basterra (AAB).** Trabajadora social del Servicio de Centros de la Diputación Foral de Bizkaia.

Desde el año 2000 su cometido profesional está dirigido al estudio, valoración y propuesta de resolución de las solicitudes de ingreso en centros residenciales de estancia permanente, temporal, socio sanitaria y centros de día para persona mayores de la Diputación Foral de Bizkaia. Anteriormente, desarrolló su actividad profesional en el servicio de infancia, en la red psiquiátrica de Osakidetza y en diversos modelos de atención psico social de Bizkaia.

[anaagundez@gmail.com](mailto:anaagundez@gmail.com)

---

*Las opiniones que expresan los participantes en esta sección, reflejan opiniones personales, en base a su experiencia y conocimiento del tema tratado, sin que eso signifique que tengan que coincidir con la institución o empresa para la que trabajan.*

---

Cuando los servicios sociales comenzaron su profunda transformación, en los años 80 del pasado siglo, los asilos eran los únicos establecimientos donde se alojaba a los ancianos con escasos recursos o sin familia que pudiera atenderlos; para quienes tenían recursos propios o familia, no se concebían los cuidados fuera de su propia casa o al margen de su propia familia; de ahí la mala imagen que fue necesario superar cuando se pusieron en marcha las primeras *Residencias de Tercera Edad*; eso de llevar al padre o a la madre a una de ellas se consideraba poco menos que un abandono del mayor, una vergonzosa dejación de las responsabilidades de sus hijos y, sobre todo, de sus hijas.



Pero la calidad de las nuevas residencias fue abriendo mella en esa mentalidad todavía anclada en conceptos benéficos: modernas instalaciones, equipos profesionales, esmerados servicios y reconocimiento de derechos fueron las claves para que las residencias para personas mayores no solo lograran en pocos años la definitiva superación del modelo asilar, sino que fue la aspiración de todo pueblo, por pequeño fuera: los alcaldables prometían invariablemente en sus programas electorales construir esa ansiada residencia para la Tercera Edad. Y no solo las Administraciones Públicas (Comunidades Autónomas y Ayuntamientos) rivalizaban por tener más y mejores residencias, sino que comenzó a surgir, no sin iniciales sorpresas y recelos, un cada vez más pujante sector empresarial vinculado a estos centros.

Las residencias de personas mayores eran ya en los años 90, un servicio prestigioso y en plena expansión. Pero apenas sin tiempo para consolidarse, tuvieron que afrontar un nuevo cambio: el modelo de los años 80 dirigido mayoritariamente para personas mayores válidas (en muchos de estos centros era incluso un requisito el de “ser válido”) fue abriendo paso a la necesidad de reconvertirse para acoger a una población cada vez más dependiente. Se impone entre las personas mayores válidas el deseo de mantener, el mayor tiempo posible, una vida autónoma en su propio domicilio o en otro tipo de alojamiento autónomo, al margen de modelos de vida residencial; es el momento de los servicios domiciliarios y de las viviendas tuteladas. Y las residencias construidas para alojar personas válidas, tienen que acometer un importante proceso de reconversión para adaptarse a una demanda que requiere mayor intensidad en los cuidados y unas instalaciones adecuadas a esas nuevas necesidades marcadas por una edad más

avanzada y unas circunstancias de mayor dependencia. Es la época de las acreditaciones, los estándares de calidad, los aprendizajes para intervenir con personas en situación de dependencia...

Un proceso de reconversión que se acelera desde el año 2007 por el impulso de la Ley de la Dependencia y su consiguiente desarrollo normativo, especialmente las condiciones de concertación de plazas para personas con el derecho reconocido en el marco del Sistema para Autonomía y la Atención a la Dependencia. Las residencias de válidos ven así terminado su recorrido, al menos en el ámbito de lo público, apenas 20 años después de haber iniciado su andadura.

Así pues, en tres décadas hemos vivido el paso de los tradicionales *Asilos de Ancianos* a la *Residencias de Tercera Edad* para válidos, de éstas a los *Centros Residenciales para personas mayores en situación de dependencia* y, sin apenas tiempo para afrontar estos cambios, la actual situación marcada por las extraordinarias restricciones de los presupuestos de las Administraciones y consiguientes recortes en la financiación del Sistema, enfrenta a estos centros a nuevos procesos de reestructuración.

Cinco trabajadores sociales que desarrollamos nuestra labor profesional relacionada con los centros residenciales para personas mayores en zonas muy diversas, vamos a analizar la situación actual de estos centros, con la vista puesta en la encrucijada en que se encuentran y en como ha de ser el modelo de centro residencial para personas mayores en el futuro.

\*\*\*\*\*

*(G.G.) En esta ocasión, además de recoger las opiniones de quienes os habéis ofrecido*

*a participar en esta sección, quiero aportar también mis propias opiniones o dudas a través de las cuestiones que vaya planteando, ya que yo también trabajo en una residencia: desde hace más de 4 años dirijo la Residencia Municipal Casa Amparo, en Zaragoza, con 187 plazas para personas en situación de dependencia y para personas mayores en especial situación de desamparo o necesidad. Desde mi propia experiencia, la primera cuestión que quiero plantearos es la siguiente: por lo que yo escucho a algunas personas quizás no todo el mundo tenga una imagen ajustada a la realidad de lo que son actualmente los centros residenciales para personas mayores, y sigan teniendo una imagen más propia de otras épocas ¿Cómo son en la actualidad estos centros?*

(D.J.) Un Centro residencial es un lugar donde conviven personas mayores de 65 años de forma permanente o temporal. En ellos se da una atención sociosanitaria integral que permite atender a personas con diferentes grados de dependencia física o psíquica, que precisan por circunstancias personales, familiares o sociales, de supervisión y/o asistencia continuada en la realización de las actividades de la vida diaria, permitiéndoles mantener una calidad de vida digna. Son centros donde se busca fomentar su autonomía y satisfacción, favoreciendo así su desarrollo personal, convirtiéndose así en su nuevo hogar.

(A.S) El centro en el que yo trabajo, y todos los centros de mi empresa, son centros abiertos al entorno, donde se promueve y se participa para fomentar la integración e interrelación, y se ofrecen servicios personalizados y especializados para promover al máximo la calidad de vida y la autonomía de las personas a las que se atiende. Cuentan con servicios especializados para las personas con dependencia, para satisfacer de manera perso-

nalizada sus necesidades en el desarrollo de su vida diaria.

(A.A.) Yo también quiero destacar que los centros residenciales para personas mayores son actualmente centros de atención integral a personas en situación de dependencia con una visión de trabajo basada en la multidisciplinariedad y en la atención individualizada. Dan cobertura a necesidades de personas que, como norma general, tienen un grado de dependencia tal que sus necesidades de asistencia, que ya son continuadas, no pueden prestarse en su medio habitual o son insuficientes. Los principios de actuación son las buenas prácticas y el respeto al usuario al que se trata desde el mismo ingreso (por lo menos en mi centro) de hacer sujeto activo y decisor de las actuaciones que día a día se realizan con cada uno de ellos y primando siempre sus decisiones sobre las de la propia familia si existe conflicto entre ambas partes. Cuando los usuarios padecen una afectación cognitiva significativa o cuando por patologías físicas delegan la toma de decisiones, las mismas son tomadas por las familias.

(AAB) En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) están definidas como centros de convivencia con capacidad superior a 14 plazas, destinados a servir de vivienda permanente y común, en los que se presta una atención integral y continuada a las personas mayores, y que necesariamente deben estar dotados de medios materiales suficientes para la atención de discapacidades de alto grado.

*(G.G.) ¿Sigue teniendo sentido esa división tradicional de residencia de "válidos" y de "asistidos"?*

(D.J.) Desde mi punto de vista esta división no tiene sentido, dado que la evolución de nuestro estado de salud con los

años tiende a ir empeorando, por lo que una persona pasará de ser “válida” a “asistida” en algún momento de su vida. Incluso se puede dar la situación inversa, de quienes pasan de una situación “asistida” a una “válida”, por ejemplo, tras superar una rotura de cadera, que es algo que vemos con frecuencia en los centros.

De esta forma no es necesario que la persona se traslade de centro, puesto que dentro del mismo se podrán satisfacer sus necesidades psico-fisiológicas, reubicándola en la zona apropiada.

Por mi experiencia, el punto débil a la integración de “válidos” y “asistidos” en un mismo centro, se encuentra cuando hay una gran diferencia entre ambos; en ese caso es frecuente que uno de los colectivos, sobretudo el de “válidos”, tenga mayores dificultades en la adaptación social al centro.

(A.S.) En nuestros centros consideramos a las personas como *válidas*; yo creo que todo el mundo es válido aunque parezca obvio; personas con autonomía, por evolución natural bien por edad o por enfermedad, serán personas con necesidad de asistencia profesional. Los centros SARquavitae están organizados en unidades de convivencia según las necesidades de cada residente con el fin de promover una atención individualizada a cada persona, teniendo en cuenta su dependencia física o cognitiva.

(A.A.) En la realidad cántabra yo también creo que no tiene sentido la división entre *válidos* y *asistidos*. Cada vez mas el perfil del usuario es más dependiente y acude él o su familia cuando se han agotado previamente recursos de tipo intermedio como el servicio de ayuda a domicilio, la teleasistencia, la prestación para cuidados en el entorno familiar, etc. Creo que el usuario

válido rara vez se plantea ir a un centro residencial cuando solo precisa ayuda para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, ya que puede recurrir al servicio de ayuda a domicilio o la teleasistencia sin tener que abandonar algo que a todos nos costaría dejar: nuestro hogar.

(AAB) En la CAPV, según el reparto de competencias, la atención residencial de las personas autónomas corresponde a los Ayuntamientos y la de las dependientes a las Diputaciones. En el Territorio Histórico de Bizkaia, el día uno de enero del año 2006, se crea el servicio público foral residencial al que acceden los sujetos calificados como dependientes.

Según mi experiencia, la demanda de ingreso en residencias de personas válidas ha evolucionado, aunque no desaparecido. Sin embargo, la Administración responde mayoritariamente a las necesidades de los/as grandes dependientes. Por otro lado, los centros residenciales para personas mayores, públicos y privados, están acogiendo a nuevos perfiles de sujetos. La clasificación ya no es sólo válidas o asistidas, sino de personas convalecientes con necesidades de rehabilitación. Los sujetos dependientes, mayores de 50 años con situaciones personales y socio-familiares (pacientes psiquiátricos, drogodependientes, discapacitados...) están viviendo en las residencias de personas mayores.

Finalmente, la cuestión tal vez sea ¿los centros residenciales deben estar clasificados en función del colectivo de atención y de la edad de las personas usuarias?

(G.G.) *Si, realmente es una cuestión muy interesante la que planteas relacionada con los centros residenciales, pero que muy bien podría ampliarse a otros centros y servicios sociales; pero un debate de tal calado des-*

***borda las posibilidades de este espacio; por eso, volviendo al tema que nos ocupa, y planteándolo a un nivel más operativo ¿creéis que tienen sentido hoy las residencias para personas mayores válidas, al menos en el ámbito de la responsabilidad pública?***

(D.J.) Creo que no tiene sentido y que, en su lugar, deberían existir alternativas como son los pisos tutelados para personas mayores o pisos compartidos intergeneracionales, de esta forma los mayores permanecerían en su entorno de una manera más autónoma y se potenciaría su independencia.

(A.S.) Yo creo que lo importante es que en los centros residenciales se garanticen atenciones personalizadas y con la suficiente especialidad en todos los servicios, para que cada persona pueda elegir según sus preferencias.

(A.A.) En la situación actual del país, en la cual se ha dejado claramente planteado por nuestro actual gobierno la escasez de recursos de los que se dispone, sería un derroche seguir dando plazas residenciales públicas a personas válidas, ya que considero que se deben invertir recursos en aquellos que más los necesitan: los dependientes.

Por otro lado creo que el Gobierno debería apostar por otras soluciones con menor coste en infraestructuras y mantenimiento de servicios, como las que ya se han apuntado, y me refiero a las viviendas tuteladas, que en nuestra región ya se está probando en proyecto piloto; por lo que me informan las compañeras que las dirigen, estas viviendas son prácticamente autosostenibles para personas válidas, y dejar las residencias para los más asistidos.

(AAB) En Bizkaia prácticamente ya no existen residencias públicas para personas vá-

lidas. Según mi opinión, esto no significa que a la Administración no le corresponda responder a las necesidades de alojamiento de este colectivo. Y es peligroso ampararse en la crisis económica para dejar de atender a las personas autónomas. Además considero que habría que reflexionar sobre el criterio de ordenación en la adjudicación de las escasas plazas residenciales públicas: el grado de dependencia. Considero que hay que priorizar la capacidad económica. En mi trabajo suelo adjudicar plazas públicas a grandes dependientes con importantes recursos económicos, y quienes tienen menor grado y disponen de inferiores capitales se quedan en la lista de espera.

***(G.G.) ¿Podrían estar evolucionando las residencias de mayores a hospitales de baja intensidad, como algunos afirman? ¿Y qué opináis de considerar estos centros como “socio-sanitarios”?***

(D.J.) Yo si considero que los centros residenciales para personas mayores son centros socio-sanitarios, ya que se rigen por un equipo técnico interdisciplinar compuesto por profesionales de ambas ramas (social y sanitaria)

(A.S.) Yo también creo que sí. Nuestro centro cuenta con una unidad de Convalecencia y Rehabilitación para estancias temporales a personas que precisan un proceso evolutivo de mejora después de una intervención, un traumatismo, un trastorno cardiovascular, etc. Cuenta con un equipo interdisciplinar de fisios, terapeutas, médico y enfermería, etc., así como tratamientos específicos. Todo ello en un entorno agradable y adaptado a cada persona. En definitiva, no somos un hospital, pero hay personas que no pueden aún volver a su domicilio sin una recuperación de actividad diaria. Ahí estamos nosotros: de curamos a personas pero si las cuidamos.

(A.A.) Yo, creo que un hospital y una residencia son dos tipos de centros con objetivos bien distintos entre si, pero que por otro lado comparten ciertos aspectos. Entre sus diferencias destacaría aspectos como la temporalidad: normalmente en las residencias se permanece con carácter indefinido y en los hospitales la permanencia tiene un carácter mas temporal. Si bien es cierto que muchos usuarios que están hospitalizados suelen ser dados de alta de manera prematura, porque un centro con un volumen asistencial relativamente alto dispone de personal sanitario que va a poder continuar con tratamientos que en un domicilio o una residencia pequeña serían implantables (como tratamientos endovenosos, etc). Entre los aspectos que comparten están los criterios de salud, de fomento de la autonomía, del trabajo individualizado por casos, los departamentos médicos de las residencias trabajan con métodos similares a los hospitalarios (con historia clínica, tienen horarios de consulta y pasan visita por planta acompañados juntos el médico/a y la enfermera/o ,etc). En definitiva, yo no creo que la residencia sea un hospital de baja intensidad, aunque las grandes residencias suelen tener un ratio de personal más elevado que en el caso de las pequeñas; por eso pueden destinar una parte de ese personal a tareas sanitarias (en Cantabria se exige un ratio de profesionales de carrera, y cada centro es libre de decidir qué tipo de profesionales contrata en función de sus necesidades). Estas residencias suelen tener un funcionamiento que se puede parecer mas al de un hospital, aunque no dejan de ser lo que son. Una residencia pequeña suele tener, con suerte, una enfermera y el seguimiento médico lo suele llevar principalmente el médico del centro de salud de zona que tengan asignados los usuarios. Además la estructura física de estos centros pequeños se parece más a una casa familiar grande.

(AAB) Comparto lo que acaba de decir Alberto: los hospitales son lugares de tratamiento y las residencias espacios para vivir. Y como la vida misma, evolucionan y deben adaptarse a la satisfacción de las personas que en ellas residen: convalecientes, con pluripatologías, necesitadas de cuidados sanitarios, rehabilitadores... Otra cuestión, es la necesidad de la red sanitaria de disminuir costes. El alta hospitalaria no suele coincidir con la finalidad de cuidados ni con la capacidad de las personas para no ser dependientes. Y ahí están las residencias, cuyo coste sí hay que abonar.

**(G.G.) ¿Entonces vosotros no creéis que los centros residenciales de personas mayores deban considerarse centros sociosanitarios?**

(A.A.) Si consideramos la definición de centros de personas con problemáticas de necesidad social y sanitaria, no respondería mucho a la tipología de usuarios que tenemos ahora, ya que se ha eliminado en Cantabria las plazas socio-sanitarias y los nuevos usuarios son todos beneficiarios de la ley de dependencia que no tienen porqué tener una problemática social o necesidades sociales significativas. Ahora nuestro "nuevo nombre" es el de "centros de atención a la dependencia". Por otro lado, todos los usuarios en mayor o menor medida tienen una necesidad social a la hora de acudir a nuestros centros, ya que gran parte de ellos no cuentan con apoyos socio-familiares suficientes para permanecer en su domicilio, pero el matiz que determina el que les oferten plaza es el que sean dependientes en el grado exigible, y no siendo determinante este apoyo socio-familiar , ya que aquí si no tienen un grado II no hay plaza residencial concertada.

(AAB) En mi opinión los centros residenciales pueden acoger diversos programas. La estancia más habitual, la permanen-

te, puede coexistir con la temporal por descanso de la persona cuidadora y con las convalecencias fruto de las altas hospitalarias. Otra cuestión, es qué finalidad tiene cada programa, qué personal y qué servicios específicos son necesarios para el desarrollo de las diferentes atenciones. Implícito en el debate siempre está el coste de la plaza socio sanitaria pública. Y la necesidad de cooperación de los servicios sanitarios y de los servicios sociales.

(A.S.) “Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948). Esta definición, es la que creo que es el pilar de nuestro trabajo y de todos los profesionales en su intervención interdisciplinar. La atención integral de todos los aspectos bio-psico-sociales son el componente de bienestar y cada vez más existe como modelo asistencial en los centros residenciales; de ahí que yo creo que los centros deben de ir cada vez mas enfocados a esta atención. Por eso creo que sí, que los centros residenciales de mayores deben considerarse centros socio-sanitarios donde la persona ha de ser tenida en cuenta desde su ámbito de salud como ya definió la OMS en 1948.

(G.G.) Creo que sería interesante profundizar allí sobre esta idea; pero aunque sea de manera breve, mi opinión es que los centros residenciales para personas mayores son centros sociales donde la prestación fundamental es el alojamiento, algo definitorio de los servicios sociales; ahora bien, las características de sus usuarios, de sus residentes, de cada vez mayor edad y mayor grado de dependencia, va a obligar a que integren cada vez mayor número de atenciones sanitarias. Ello repercutiría en primer lugar en la calidad de vida de las personas residentes, pero además, como habéis señalado, puede

suponer una racionalización del gasto sanitario. Es evidente que una persona mayor en una convalecencia o en una fase de cuidados paliativos, puede estar mejor atendida en un centro residencial que en un hospital, donde priman las atenciones sanitarias especializadas y no tanto los cuidados personales, como en las residencias; en consecuencia, si se dota a los centros residenciales de una mayor capacidad para ofrecer determinadas atenciones sanitarias, estas convalecencias o estos cuidados paliativos podrían llevarse a cabo en ellos con una mejor calidad de vida para las personas y, por supuesto, con un coste muchísimo menor para el sistema sanitario; ahora bien, para que esto sea así hay que dotar adecuadamente a los centros residenciales, y eso supone para unos precios de concertación más elevados que los actuales. Pero cambiemos de tema y abordemos algo que es también muy actual: *¿Realmente les está afectando tanto la crisis a las residencias de personas mayores? ¿Se están produciendo tantos retornos como se dice a las familias, por las dificultades para seguir pagando un centro residencial o por el interés en recibir las ayudas a cuidadores familiares de la Ley de la Dependencia?*

(D.J.) Los casos que conozco de retorno al domicilio por falta de recursos económicos son los de las personas que disfrutaban de estancias privadas, ya que el costo de estas es mucho mayor que el de una plaza concertada por la Comunidad Autónoma. Las familias tienen miedo a quedarse sin recursos para abonar dicha plaza, y muchas de ellas desde el inicio no pueden soportarlo económicamente debido a la situación de crisis que estamos viviendo. En la mayoría de los casos asumen dicho gasto en espera de que les conceden una ayuda económica o hasta que finalmente les conceden una plaza concertada.

(A.S.) En nuestro caso realmente sí se nota la crisis. Y más en nuestra ciudad, Granada, donde el índice de paro se sitúa por encima de la media nacional, está afectando a nuestra ocupación, y nuestro índice de rotación está siendo elevado, máxime siendo un recurso privado cuyo precio no puede ser asumido por una pensión media del residente. Por eso los ingresos se producen sólo cuando la condición física o psíquica del residente esta altamente deteriorada, manteniéndose en el domicilio hasta que no hay otra posibilidad.

(A.A.) La crisis estaba ya afectando a las residencias desde que los proveedores subían los costes de los suministros cada vez más; por si fuera poco, en el mes de julio de 2012 la Comunidad Autónoma ha bajado un 7% su aportación por plaza concertada, además de otras medidas que son especialmente perjudiciales para los centros, como suprimir los niveles y modificar a la baja algunos grados de dependencia, lo que supone que el Gobierno paga menos por ellos a los centros concertados, poner un baremo de valoración del BVD más excluyente que el anterior (hay un notable descenso este año en los beneficiarios de la dependencia). Respecto a los demandantes de plaza privada, han descendido de manera notable porque antes varios hijos se ponían de acuerdo para pagar una plaza privada, hasta que se podía optar a la plaza por dependencia que ahora no todos pueden asumir.

Con respecto a la segunda pregunta he de decir que no se ha producido, hasta el momento, ni una sola baja del centro en el que trabajo por dificultades económicas de las familias o por su interés de cobrar la prestación de cuidados familiares en el hogar. Además creo que, de producirse, sería de manera puntual, ya que el 90% de nuestros residentes ocupan plazas concertadas y

tienen edades entre los 80 y 90 años; estas personas normalmente vivían con apoyo familiar y con otros recursos intermedios, como centros de día, teleasistencias, SAD, y muchos con prestación económica para cuidados en el entorno familiar, etc. Ingresaron al producirse un empeoramiento del grado de dependencia que tenían, llegando a precisar asistencia las 24 horas y asistencia para todas las Actividades Básicas de la Vida Diaria, lo que se agravaba más aún en viviendas con barreras arquitectónicas dentro de las mismas o en el acceso desde el exterior. Muchos de los hijos o sobrinos de estos usuarios están jubilados y tienen entre los 50 y los 70 años de media, y sólo en algún caso puntual son más jóvenes, y en esos casos suelen darse problemas de desempleo o precariedad laboral.

(AAB) Por mi experiencia laboral creo que se debe diferenciar la demanda de plazas residenciales públicas de las privadas. En Bizkaia en el año 2006, para acceder a una plaza del sistema público foral residencial (integrado por centros públicos forales y municipales y centros privados concertados) se estableció el requisito del reconocimiento de deuda, garantizándose la misma por medio de una garantía real o personal (hipoteca sobre la vivienda). Este hecho sí supuso una importante caída en la demanda de plazas residenciales públicas. En el mes de marzo del año 2009 desaparece la referida obligación. Y, aunque la demanda mayoritaria de las personas mayores sea la PCEF, en la actualidad, la petición de plazas públicas es superior a la oferta existente.

No obstante, por mi experiencia profesional, soy conocedora de las dificultades de muchas residencias privadas para su mantenimiento económico ante la escasez de clientes. Algunas de ellas, con una trayectoria profesional relevante han cerrado sus puertas.



Las personas ingresadas en plazas públicas no están renunciando a la misma. Sin embargo, sí se está empezando a observar que la demanda es inferior. Por ejemplo, cuando el cónyuge se queda en casa con todos los gastos de ésta y a la vista del precio público que le corresponde abonar, los hijos/as se plantean la renuncia a la plaza residencial y atender a ambos progenitores en el domicilio.

**(G.G.)** *¿Están funcionando las alternativas de alojamiento temporal? ¿Porqué?*

**(D.J.)** Si están funcionando. Es una alternativa a una hospitalización de larga estancia o a una recuperación ambulatoria, ya que estos casos tienen el inconveniente de que la persona se tiene que trasladar de su domicilio al centro de salud; de esta forma, la estancia temporal en un centro residencial permite que la rehabilitación/recuperación se lleve a cabo en el mismo centro, sin necesidad de desplazamientos y sin depender de otras personas.

En el caso concreto de los accidentes cerebrovasculares esta alternativa supone una gran ventaja, ya que el equipo rehabilitador actúa a diario y de forma continua.

Además esta alternativa también favorece a las familias ya que les permite ese descanso temporal tan importante para el cuidador o la cuidadora.

**(A.S.)** En nuestra experiencia las estancias temporales solo nos funcionan cuando llegan los meses de verano y vacacionales, y siempre acompañadas con fuertes campañas de descuento. Siempre hemos apostado por estas estancias puesto que ayudan a muchas familias y usuarios a romper con el miedo a una estancia en un centro Residencial, debido a las creencias antiguas de abandono y “asilo”, y conlleva ser

un recurso que ayuda al cuidador a afrontar mejor la enfermedad de su familiar. No siempre es contemplado así, pero las familias lo van viendo cada vez más como un recurso necesario para estas situaciones.

**(A.A.)** Mi opinión es que las estancias temporales no son demasiado frecuentes en las residencias de personas mayores, pero no tengo datos suficientes para afirmarlo, ya que solo puedo observar que en mi centro se reciben muy pocas y principalmente son en caso de operaciones quirúrgicas y rehabilitación posterior del cuidador principal, o de que dicho cuidador lo solicite para algún viaje o periodo vacacional en verano. En algunos años hemos tenido una o dos estancias temporales por respiro familiar y ninguna en otros, pero desconozco si en los demás centros tienen la misma escasez. Creo que muy frecuentes, de todas maneras, no son, aunque repito, no tengo datos para afirmarlo.

Pero considero que es importante que existan y sigan existiendo para aquellas personas que han decidido asumir los cuidados de una persona en situación de dependencia, como alternativa a situaciones concretas que puedan sobrevenir durante los años que dediquen a cuidar del mismo. Si se usan, aunque sea con poca frecuencia, considero que funcionan correctamente, por lo menos por la experiencia de las mismas en mi centro, ya que se utilizan para el fin para el que se crearon, el gobierno Cantabria las gestiona con normalidad, etc.

**(AAB)** El programa de respiro de la persona cuidadora con el ingreso temporal en un centro residencial de la persona mayor, desde hace más de una década, tiene desde hace una fuerte implantación en Bizkaia. Los motivos van desde el descanso de la persona cuidadora, a la intervención quirúrgica o ingreso hospitalario de ésta, así



como otras situaciones de urgencia que impidan o dificulten el cuidado en el domicilio. Por otro lado, el sujeto activo del programa de atención socio sanitaria es la persona mayor. Y su estancia máxima se ha reducido de un año a 6 meses.

Desde mi experiencia son dos programas que están en alza, permiten continuar en el domicilio y aportan apoyos al cuidado informal.

(G.G.) Yo también coincido con vosotros en que las estancias temporales pueden ser una alternativa muy interesante como apoyo al cuidador/a en determinadas circunstancias, como por ejemplo, cuando han de someterse a alguna operación quirúrgica, o como desahogo para que puedan disfrutar de periodos de descanso, vacaciones, viajes, compromisos familiares... Por eso tienen que estar disponibles, aunque de momento es verdad que se utilizan muy poco. Quizás por desconocimiento, por lo que se me ocurre que los propios trabajadores sociales, particularmente en los servicios sociales comunitarios y en los servicios sanitarios, deberían conocer estas alternativas e informar de ellas a sus usuarios.

En la Residencia que yo dirijo, al ser un centro municipal, recogemos otras estancias temporales cuando hay que llevar a cabo un intervención de urgencia en el domicilio de alguna persona mayor, para llevar a cabo una limpieza de choque o determinados arreglos o mejoras imprescindibles en la vivienda. En estos casos los trabajadores sociales de los centros municipales solicitan una estancia temporal en nuestra residencia, que está contemplada en su reglamento.

Las estancias temporales, por otra parte, como decía Arantxa, pueden contribuir a

crear una imagen de los centros residenciales para mayores que no sea la de un alojamiento sin retorno, una especie de abandono definitivo del mayor; el carácter temporal de las estancias puede aportar ese importante elemento simbólico que hace de estos centros un alojamiento abierto y variado, por el que pasan personas que vuelven a sus casas con sus familias, y no necesariamente un lugar del que solo se sale cuando la persona fallece. Romper con ese elemento simbólico tan negativo creo que es otra de las utilidades de las estancias temporales.

Pero cambiemos ahora de tema para mirar hacia delante: *¿hacia donde creéis que va el modelo residencial para las personas mayores en el futuro?*

(D.J.) Dada la situación económica actual del país es difícil pensar en ello de cara al futuro, ya que no sabemos qué rumbo tomará la "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia"

(A.S.) Nosotros creemos que vamos hacia un modelo de especialización y personalización, con un entorno dinámico asistencial y de atención especializada.

(A.A.) Yo creo que van a evolucionar hacia un modelo de centro para personas en situación de dependencia severa o gran dependencia, como se está dando actualmente, y me gustaría pensar que con unos estándares de calidad y unos ratios de personal como los actuales, con un pago de la administración por las plazas mas justo (algún día superaremos esta crisis). Creo que para el resto de los usuarios que precisen recursos, se deberían desarrollar un abanico más amplio de recursos con menor coste que el de centro residencial.

**(G.G.)** Si, por mi experiencia y por lo que conozco de otros centros, yo también creo que la tendencia de las residencias para personas mayores va a ser la de especializarse en una población cada vez más envejecida y, sobre todo, con mayores necesidades de apoyo y de cuidados por su situación de dependencia; para quienes no se encuentren en esa situación, los apoyos domiciliarios o las viviendas tuteladas o equipamientos similares serán la alternativa. En consecuencia, creo que una de las claves de futuro para los centros residenciales de personas mayores ha de ser, como ya comentábais, la especialización por un lado y, por otro la buena coordinación con los servicios sanitarios; serán imprescindibles para el futuro de estos centros, para la calidad de sus atenciones e incluso para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sociales; a ver si alguien se da cuenta de ello y se empiezan a tomar medidas.

**(AAB)** Comparto sólo en parte vuestras apreciaciones. La demanda de ingreso en centros públicos de Bizkaia está cambiando el tipo de usuarios/as. Ante la carencia de otros alojamientos, las personas dependientes mayores de 50 años ingresan en las residencias de mayores. Por tanto el perfil de residentes está evolucionando. En el mismo centro conviven: la mujer mayor con demencia, el paciente psiquiátrico que ha vivido en una unidad de larga estancias más de 20 años, el discapacitado psíquico que acude al taller ocupacional, el hombre alcohólico que al alta hospitalaria no puede continuar en la calle... y las necesidades de unos y otros no son las mismas. Los retos y las respuestas imaginativas a las nuevas situaciones son el presente y el futuro.

**(G.G.)** Sin duda alguna, las respuestas imaginativas son imprescindibles para resolver los retos que se nos plantean.

Pero vamos a acercarnos ahora a algo más próximo para nosotros: *¿cual es el papel del/a trabajador/a social en un centro residencial para mayores?*

**(D.J.)** Me resulta difícil responder a esta pregunta ya que somos el gran “cajón de sastre”, pero intentaré en la medida de lo posible resumirlo. Nos encargamos de gestionar los ingresos en el centro y una vez que los mayores ingresan se realiza el proceso de acogida, se les da orientación jurídica y administrativa, se gestiona la solicitud de ayudas técnicas, etiquetados, prótesis dentales y auditivas, etc., se realiza un informe social en el momento del ingreso y posteriormente a petición de las distintas administraciones, solicitud y seguimiento del proceso de reconocimiento de grado y nivel de dependencia.

En cuanto al trabajo en equipo participamos en las reuniones interdisciplinares para observar el desarrollo y funcionamiento del centro y, como parte de un sistema de gestión de calidad, se realiza junto al resto de técnicos un Plan Individualizado de Atención (PIA) para cada usuario.

Además se presta atención a sus familiares, apoyo emocional, asistencia administrativa y jurídica, y somos el nexo entre usuarios, familiares y residencia.

**(A.S.)** Coincido en que el papel del trabajador social es principalmente de información, asesoramiento y acogida a familiares y residentes. En este contexto quiero destacar como una de nuestras funciones la de fomentar un clima de confianza y de apoyo ante el sentimiento de culpa que a menudo acompaña el ingreso o previamente a la decisión de ingresar en un centro. Así mismo el trabajador social se ocupa de la preparación de documentación técnica y legal de residentes. Y a la vez debe coor-

dinar el programa de actividades Socioculturales del Centro y el programa de voluntarios.

(A.A.) Los trabajadores sociales tenemos, a mi entender, dos variables: las funciones que les atribuye el convenio y la realidad de cada centro, ya que conozco varios ejemplos en los que en función de la persona que ejerza la gerencia/dirección del centro y del profesional del trabajo social que haya en el mismo, puede haber grandes diferencias. Me refiero, por ejemplo, a casos en los que el trabajador social ejerza de terapeuta ocupacional; ante la escasez de recursos de personal especializado en ese centro, a veces no hay más opciones, pero considero que esa función no nos compete. En mi caso cuento con la confianza de dirección de mi centro y algunas de las funciones que desempeño son las que considero que se deberían ejercer, tales como gestión de plazas, de relaciones públicas de la empresa, de información de servicios del centro, gestión de recursos públicos, seguimiento y evolución de la adaptación de los usuarios en el centro, referencia inicial para las familias y usuarios en el centro; y estando al mismo nivel jerárquico dentro del centro que el médico, psicólogo, etc.

Considero que somos muy válidos para muchas y diversas funciones, sin entrar en las de otras profesiones.

***(G.G.) ¿Cómo ven las familias la alternativa residencial para sus mayores: una necesidad cuando no se puede atender de otra manera, un abandono real de la persona mayor, aunque sea bajo una gran exigencia al centro y a sus profesionales...?***

(D.J.) Hay diversos puntos de vista, pero generalmente las familias deciden ingresar a su ser querido en un centro cuando han barajado o probado otras alternativas para sus

cuidados, hasta que la situación de dependencia se ha agravado hasta tal punto que les ha sido inviable mantener a la persona en el domicilio.

Algunas familias viven de forma traumática el hecho de ingresar a su ser querido en un centro residencial y en ocasiones lo viven peor ellos que el propio residente, ya que piensan que se van a sentir abandonados. En parte debido al concepto erróneo que tienen las personas mayores (y no tan mayores) de lo que es un centro residencial; las familias que viven así estas situaciones suelen mostrarse más exigentes con el centro y con sus profesionales. Por el contrario, las familias que tienen asumido el deterioro y el rol actual de su familiar, llevan mejor este cambio.

(A.S.) En las familias se da a menudo una combinación de varias de esas sensaciones o expectativas que dices. Y coincido con Diana en que las expectativas que se generan, la exigencia al centro y a sus profesionales vuelca ese sentimiento de culpa que los familiares tienen dentro, es el reflejo del desahogo de sus propios sentimientos. La tristeza y sensación de abandono se trasforma, en muchos casos, en desesperación y exigencia desproporcionada, no estando adecuada al bienestar del residente.

(A.A.) La mayoría de los casos que llegan a nuestra residencia lo hacen cuando existe una necesidad que no se puede atender de otra manera, casos en que los familiares tienen que delegar el cuidado ante la evidente imposibilidad que tienen de prestar directamente los cuidados que precisa una persona en situación de dependencia, cuando son continuados; y coincido en que ello supone un sentimiento de culpa en gran cantidad de familias. Sentimiento, por otro lado, que se supera cuando ven como se normaliza la adaptación de esa

persona al centro, pasado un tiempo tras el ingreso en el mismo.

**(A.AB)** Quien realiza los trámites para ingresar a la persona mayor en una residencia suelen ser sus familiares. Los motivos son múltiples y variados. Unos sujetos lo hacen porque no pueden seguir cuidando, en otras ocasiones al generarse una situación de crisis. Hay quién lo vive como un abandono y para otros es una liberación. Creo que los profesionales del Trabajo Social no debemos juzgar los motivos y sobre todo no podemos olvidarnos de la persona mayor, y, de preguntarle si desea ir a una residencia. En caso de negarse considero preceptiva la autorización judicial.

**(G.G.)** *¿Cómo es vuestra experiencia en relación con las familias de los/as residentes, y en particular en cuanto a la participación se refiere?*

**(D.J.)** Mi experiencia es bastante positiva; desde que se hace el proceso de acogida intentamos que ambas partes participen activamente en la dinámica del centro, favoreciendo así el proceso de adaptación. Creo que es importante que se sientan cómodos con el equipo desde el principio ante esta nueva situación porque, como ya he mencionado anteriormente, va a ser su nuevo hogar.

**(A.S.)** Las familias en nuestro centro, son parte del equipo asistencial del mismo, no entendemos nuestro trabajo sin esta premisa, así se lo hacemos saber. La realidad es que cada familia responde de una manera particular, siendo el proceso de adaptación al centro costoso, siempre dependiendo de la actitud con la que se enfrente al ingreso de su familiar. Sabiendo que la mayoría de ocasiones la participación de la familia es de estar a la defensiva, la comunicación directa, continua y transparente, en esta pri-

mera etapa es fundamental para conseguir su implicación activa.

**(A.A.)** Supongo que tu pregunta se refiere a si participan en la vida residencial, en el aspecto de acudir a actos lúdicos que organiza el centro, etc. Como es lógico, la mayoría de la oferta de actividades de ocio/lúdicas/ culturales y ocupacionales se organizan para los residentes, pero se organizan también una serie de actividades periódicas (aniversario de la residencia, corales y obras de teatro) a las que acude una gran cantidad de las familias, pero mas bien como espectadores, no suelen formar parte activa de estas.

**(G.G.)** Si, quería saber la implicación de las familias tanto en como mantienen las relaciones con el residente, como en si se implican o no en las actividades que se organizan en el propio centro. Mi experiencia en este sentido puede ser un poco diferente, ya que el centro que dirijo aunque es muy grande (187 residentes), muchos de ellos se alojan en él por su situación de desamparo, es decir, que son muchos los residentes que no tienen familiares que se ocupen de ellos. Por cierto, en estos casos estamos encontrando una interesantísima alternativa en el voluntariado municipal, emparejando a un/a voluntario/a con cada residente sin familiares que se ocupen de él o de ella. Se llegan a establecer vínculos relacionales continuados e intensos, como si fueran verdaderas familias; tenemos casi 50 parejas residente/voluntario en esta situación; tanto es así que en caso de fallecimiento hacemos llegar al voluntario/a la condolencia del centro, como si fuera su familia. Pero por otro lado estamos empeñados en facilitar al máximo que los residentes mantengan la mayor relación con sus familiares, facilitando el acceso de éstos al centro así como motivando que salgan con su familia a comer o a pasar

unos días. Para que los familiares puedan acceder lo más fácilmente al centro, no tenemos ninguna restricción en horario de visitas, lo cual, dicho sea de paso, no deja de generar situaciones complicadas, ya que algunas personas permanecen en el centro en momentos muy delicados, como sabéis, por ejemplo a la hora de las cenas y de acostar a los residentes, lo que además de las molestias al personal, genera con frecuencia actitudes hipercríticas; pero asumimos esos inconvenientes en aras a facilitar el contacto de los familiares con los residentes. Incluso, y no se si habrá alguna residencia que haga algo igual, nosotros permitimos que los familiares que quieran puedan comer o cenar cualquier día en la residencia con su familiar, a un precio muy reducido. Sin embargo la respuesta no es tan intensa como esperábamos y como nos gustaría. De la misma manera somos un centro con una extraordinaria oferta de actividades lúdicas (teatro, coral, salidas, fiestas espectaculares...) en las que residentes y voluntarios participan y disfrutan; pero no se registra una significativa presencia de familiares; resulta en este sentido, algo frustrante. Y ya que hablamos de dinamización, ***¿cual es vuestra experiencia en esta materia? ¿Se puede hacer algo más que la tradicional terapia ocupacional? ¿Existe el riesgo de que las residencias se conviertan en lugares aislados de la vida social? ¿Cómo prevenir estos riesgos? ¿cual es el papel del/a trabajador/a social como dinamizador? ¿Cómo es vuestra experiencia en este sentido?***

(D.J.) En primer lugar creo que no debemos confundir la Terapia Ocupacional con la Animación Socio Cultural, os cuento mi experiencia: en el centro en el que trabajo hemos elaborado entre el departamento de Terapia Ocupacional y el de Trabajo Social un Programa de Animación Socio Cultural en el que además se involucra el resto

del personal del centro. Con este programa pretendemos la integración del mayor en su medio sociocultural siendo esto fundamental para el desarrollo y mantenimiento de sus capacidades físicas y cognitivas, ayudando así a potenciar su autonomía y su autoestima y con ello mejorar su calidad de vida.

Desde mi experiencia no solo como Trabajadora Social sino también como Animadora, pienso que la dinamización de un centro y de la organización actividades dentro y fuera del mismo es muy importante para prevenir ciertos riesgos como es el sedentarismo y el aislamiento social de las personas mayores

(A.S.) El centro residencial ha de ser un centro dinámico y abierto, especializado y adecuado a las necesidades de tratamiento y horarios de cada persona. A menudo son centros rígidos en horarios y en servicios que no cubren las necesidades de los residentes y familias.

Han de ser Centros que por su ubicación no acarreen el desarraigo con el entorno. A menudo se encuentran alejados de los centros de las ciudades y con dificultad para su salida o escasos recursos de ocio o comercios. Se convierten en una institucionalización de las personas. Desde nuestro centro trabajamos a través del programa "Conoce tu entorno" para que esta integración sea efectiva, aunque dada las características de nuestros residentes es difícil, muy difícil conseguir la participación de los mismos.

La propuesta de ocio y de actividades también se coordina con el consejo de Mayores del centro que se reúne cada tres meses donde hay tres vocales residentes y yo como Trabajadora Social soy la Secretaria. La oferta de cine, salidas etc. se consulta y se elabora también con ellos.

(A.A.) En mi centro el peso de la dinamización lo lleva principalmente una de mis compañeras, la terapeuta ocupacional, y tiene organizados un amplio número de tipos de actividades en función a las necesidades, y hace una valoración de cada usuario para determinar en qué grupo de actividades le incluye y qué actividades podrían ser de su interés o a las que necesitaría acudir para alcanzar unos objetivos. No creo que las residencias estén aisladas de la vida social, ya que en sus actividades trata de ubicar a los usuarios en la realidad actual tanto social como política, económica, etc, y tratan de promover actividades fuera del centro todo lo posible mediante salidas a actos culturales de la ciudad, etc. Mi papel en la dinamización, como ya he explicado, es más bien secundario y apoyo a esta compañera en aspectos como informar a las familias cuando se van a producir las salidas, coordinarme con ella para conseguir los consentimientos para las mismas cuando proceda, etc.

(G.G.) A mi me preocupa extraordinariamente que las residencias se conviertan en centros con buenos servicios para los mayores, pero con escasa relación con el entorno, aislados de la vida vecinal y, sobre todo, me preocupa que toda la vida del residente se instale en una rutina continua. Comparto eso que señaláis de que puede resultar difícil tal y como las residencias están evolucionando hacia personas con niveles de dependencia muy avanzados, conseguir esa dinamización que rompa la rutina y sobre todo, esa integración en el entorno haciendo que los/as residentes participen de la vida vecinal, y que la vida vecinal llegue también al centro residencial. Nosotros tenemos la suerte de estar ubicados en un entorno muy céntrico en la ciudad y en un barrio muy dinámico, en el que nuestro centro es ya una institución tradicional con más de 140 años

de presencia; nuestros salones, un magnífico teatro o una iglesia del siglo XIV con culto diario y, especialmente en fines de semana, son oportunidades para que el vecindario entre en la residencia de manera habitual; aunque ello cree alguna molestia, es infinitamente mayor el beneficio que conseguimos. También nos aporta mucho en este sentido la presencia de un centro de convivencia del mayor dentro de nuestras instalaciones y una cafetería abierta a todo el mundo; gracias a los mayores del centro de convivencia, además de la inestimable colaboración de decenas de voluntarios y voluntarias del Cuerpo Municipal del Voluntariado y, por supuesto, de algunos trabajadores y trabajadoras especialmente motivados/as, podemos mantener activo nuestro grupo de teatro, la coral y muchísimas actividades y concursos abiertos a toda la ciudad; por ejemplo, el Gran Concurso Anual de Cuplés, con importantes premios en metálico, que desborda las más de 200 plazas de nuestro teatro y que alcanza importante repercusión mediática, incluso con retransmisiones en directo; y como esa actividad, muchas más: encuentro-degustación con Casas Regionales, encierro en San Fermín, recorrido por la ciudad en coches de época ataviados a la usanza, Territorio Tenorio, el Gran Belén, el Día Perro (llenamos la residencia de perros en colaboración con Asociaciones protectoras de animales) o días tan especiales y transgresores como "El Día Golfo", en el que por la mañana llenamos de humo la residencia con barbacoas de chorizo, morcilla, panceta..., y por la tarde el teatro con espectáculos de revista atrevida; en definitiva, por la mañana lo que perjudica el colesterol y por la tarde la subida de la tensión... Todo pensado para romper las rutinas del centro, porque como decía, consideramos que ese es uno de los mayores riesgos de una residencia de personas mayores.

Pero se nos va acabando el tiempo y el espacio, así que decidme si *hay algún otro comentario que os parezca oportuno respecto a los centros residenciales para personas mayores, a nuestra labor profesional en ellos, alguna experiencia novedosa o de especial interés en esta materia...*

(A.S.) Solo añadiría algo que define al Grupo SARQuavita. Somos “Personas que cuidamos de Personas”, como profesional diría que me siento privilegiada pues estoy siendo espectadora de una etapa de la vida contada por sus protagonistas.

*(G.G.) Pues muchas gracias por vuestras opiniones; para mi ha sido especialmente interesante esta conversación, quizás por mi vinculación profesional e inevitablemente personal, al tema. Espero que haya resultado igual de interesante para los lectores y lectoras vinculados profesionalmente o como colaboradores en un centro residencial, y para cualquier colega interesado en conocer como son actualmente los centros residenciales para personas mayores, cuales son sus tendencias de futuro y como es la actividad profesional de los y las trabajadores/as sociales en esos centros.*





# Factores determinantes de la confianza de los familiares en los centros residenciales

Concha Lacámara Romero

## Resumen

El aumento de la esperanza de vida, la dependencia asociada a la edad y la falta de recursos sociales suficientes, abocan a las familias españolas, que no pueden o no quieren seguir con el cuidado de sus familiares, a las residencias privadas.

El uso de estos centros suele ir acompañado de cierto recelo por parte de los familiares que favorecen las demandas de atención excesivas e incluso quejas, hacia los profesionales, no siempre justificadas. ¿Por qué?

## Palabras clave

Demografía, familiares, residencias.

## Abstract

The increasing life expectancy, the age-related dependency and lack of sufficient social resources force Spanish families, who are unable or unwilling to continue caring for their families, to private residences.

The use of these centers is usually accompanied by some suspicion by the family, and they favor excessive demands attention and even complaints, to professionals, not always justified. Why?

## Key words

Demography, family, residences.

Autora



### Concha Lacámara Romero

Psicóloga.

Evaluada de la Agencia de Cualificación Nacional y de la D.G.A. para la atención a personas dependientes en instituciones y domicilios.

[c.lacamara@cop.es](mailto:c.lacamara@cop.es)

# Factores determinantes de la confianza de los familiares en los centros residenciales

## 1. Relación entre demografía y dependencia. Evolución desde 1999

La reciente entrada en vigor de la LAPAD (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y a las familias) conlleva la necesidad de documentar y conocer la población diana para el desarrollo del Sistema Nacional de Dependencia. Esto ha favorecido una prolija serie de estudios, en mayor o menor medida rigurosos y sus consiguientes publicaciones. En este artículo vamos a tomar como referencia aquellos publicados por los organismos oficiales de mayor amplitud y repercusión en la aplicación de las políticas sociales.

Diversos estudios previos a la LAPAD, pusieron de manifiesto la clara correlación existente entre la edad y las situaciones de dependencia (IMSERSO 2004). Dicha correlación no se distribuía uniformemente en todos los estadios de edad, sino que se acentuaba a partir de la octava década. Ya en el trabajo sobre discapacidad, realizado por el INE en 1999, los resultados arrojaban un porcentaje superior al 32%, de las personas mayores de 65 años, con algún tipo de discapacidad.

Sin embargo, en los datos más recientes, proyectados por la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008), se observa una tendencia a la baja en los tramos etarios superiores a los 65, con pronunciada propensión al descenso en los tramos de 75 a 79 años (disminuye un

16.2%) y en el intervalo de 80 a 84 años (con un 10.2%). A pesar de que en las notas de prensa se concluye textualmente lo siguiente:

*«se puede afirmar que, en general, la discapacidad aparece a edades más tardías»*»,(INE 2008: 2)

Consultando la documentación original de dicho trabajo estadístico, resalta el hecho de que una mayor esperanza de vida no va asociada a mayor discapacidad. Por contra, parece que los grupos de menor esperanza de vida, sufren mayor número de años perjudicados por algún tipo de discapacidad.

De estos conjuntos de población afectados, el 74% de ellos no son autónomos para las Actividades Básicas de la Vida Diaria y es en este aspecto donde cobra relevancia el factor de la edad, aumentando considerablemente la necesidad de ayuda en la década de los 80 (8.6 de cada 10 personas), para desempeñar este tipo de actividades (EDAD 2008).

De ese porcentaje, el 25.4% de los hombres y el 31.9% de las mujeres, (más de dos millones en total), reciben ayuda de terceros para poder valerse en el día a día independientemente de otro tipo de ayudas.

Haciendo referencia al trabajo de ABE-LLÁN y COLS. (2011:2) la diferencia entre discapacidad y dependencia se resume en:



Si procedemos a realizar una clasificación de la categoría de dependencia, en función de las horas de ayuda percibida, quedaría la siguiente:



**Fuente datos:** Estudio comparativo de la dependencia en España según EDDDES 1999 y EDAD

Lo relevante de todos los datos expuestos estriba en que este tipo de ayuda es dispensada en mayor parte por familiares, el 84% y solo el 4% es dispensado por los servicios sociales

## 2. Perfil actual del familiar cuidador

La existencia de una red de apoyo familiar, o lo que más comúnmente se conoce como “apoyo informal” que “consiste en el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista y gratuita a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención” (RODRÍGUEZ P., 2004), es un factor determinante y necesario en el curso de la implantación del Sistema Nacional de Dependencia.

Tradicionalmente, la asignación de los roles sexuales ha posicionado a las mujeres en el papel de delegadas de las labores que requiere el cuidado, no sólo de un hijo, sino de cualquier familiar inmediato. Esta especie de “deontología familiar tradicional” se ha consumado en un elevado porcentaje de personas mayores de 65 años que son atendidos por su familia, exactamente un 84% de estos ancianos que se encuentran en situación de dependencia. Cusinato aclara que la razón por la que el ser humano invierte tantos esfuerzos para mantener este sistema se debe al temor de la pérdida de identidad como perteneciente al grupo: “La familia representa una entidad tranquilizante y protectora porque tiene como objetivo la propia estabilidad y autoconservación” CUSINATO, (1992: 240).

El perfil de los cuidadores principales no ha variado mucho desde los primeros estudios, en cuanto a que siguen predominando abrumadoramente las mujeres sobre los hombres, habitualmente con un grado de parentesco filial y mayores de cincuenta años. Lo cual contrasta con el hecho de

que sólo un 8.8 % menores de 30 años se hacen cargo de las tareas de cuidado. En su globalidad muchos de los cuidadores superan la barrera de los 65 años.

Frente a las predicciones del aumento de dependencia a esta edad, resulta paradójico el que sea el grupo mayoritario dedicado a cuidar de otros más mayores (sus progenitores). Cuando se habla de solidaridad entre generaciones, algunos autores afirman que cuanto más nivel de afecto entre las generaciones, mayor asociación existe entre estas; y a su vez el afecto es mayor si existe un compromiso intergeneracional. Dicho compromiso no es otra cosa que el intercambio del rol de cuidador entre padres e hijos.

Respecto a los hombres cuidadores, los datos (EDAD 2008) permiten observar que son principalmente casados y mayores de 65, lo cual nos hace concluir que asumen estas tareas principalmente cuando se trata de sus esposas.

Independientemente del perfil del cuidador, las tareas de cuidados en enfermos crónicos son poco gratificantes en cuanto a que no se percibe mejoría inmediata en el enfermo; esto desanima, agota, quema a la persona que desempeña las tareas de cuidado “en una proporción inversa al peso de la deuda de lealtad, de la historia en común y de las guías éticas de los participantes” SLUZKI (2002: 83), por no hablar de la consabida sobrecarga, y efectos sobre la salud física, psicológica y social, del cuidador principal. Frente al 4% de los cuidados dispensados por servicios sociales, el resto de ellos (que no son atendidos por sus familiares), son llevados a cabo por entidades privadas. Las familias acuden a este tipo de centros privados cuando no pueden asumir el cuidado de su ser querido y/o no pueden disponer de plaza en

un servicio social. Pero, pese a confiar algo tan importante como ello, la postura de las familias es de desconfianza sistemática y generalizada hacia los citados centros.

### 3. Familiares de usuarios de residencias privadas

La actitud de la familia ha despertado siempre mi interés hasta convertirse en el objeto de estudio en mi tesis de licenciatura. En la actualidad, y gracias a mi trayectoria profesional, he tenido la oportunidad de recorrer diversos tipos de recursos de atención directa a las personas mayores: centro de estancia diurna, Intervención domiciliaria, voluntariado, atención hospitalaria y centros residenciales.

Aprehendiendo, en todo momento, que hablamos de personas mayores con algún grado de dependencia bien sea por causa física, bien psíquica o incluso en situación de fragilidad... en cualquier caso, la familia es un factor inherente en la intervención del equipo profesional con el geronte, llegando incluso a ser considerado un problema para el desempeño laboral.

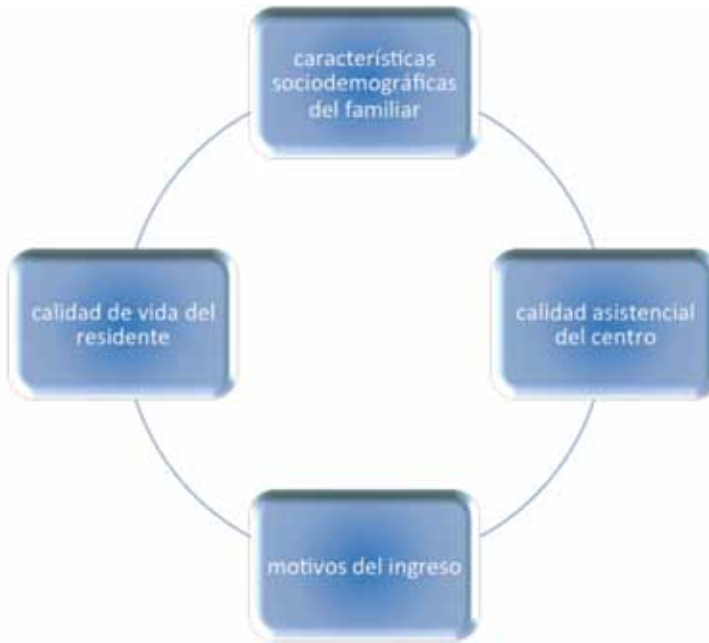
### ¿Por qué esa actitud?

Según la Teoría de la Compensación, de Adler, el sentimiento de inferioridad generado en el familiar que debe o quiere ceder la asistencia de su progenitor (o ser querido), provoca una reacción compensatoria demostrando un interés meticuloso a cerca de los cuidados que recibe su residente. El sentimiento de inferioridad al cual se alude, según la teoría de Adler, se reconoce ampliamente, entre los profesionales del campo, como "*sentimiento de culpabilidad ante el abandono en la residencia*" (ADLER, 1907).

El interés desmedido puede llegar a entenderse como la justificación de *cumplir con su deber* y dar paso a demandas excesivas e incluso injustificadas al personal que les atiende.

Con la intención de descubrir si existen variables que pudiesen influir en este tipo de comportamiento, que pudieran servir de punto de partida a futuros estudios, procedo a la entrevista de nueve familiares en diversos centros residenciales privados, de diferentes provincias y autonomías (Aragón y Andalucía).

Las entrevistas realizadas son de carácter semiestructurado y consisten en una relación de 15 preguntas, que pretenden abarcar:



**Fuente:** elaboración propia.

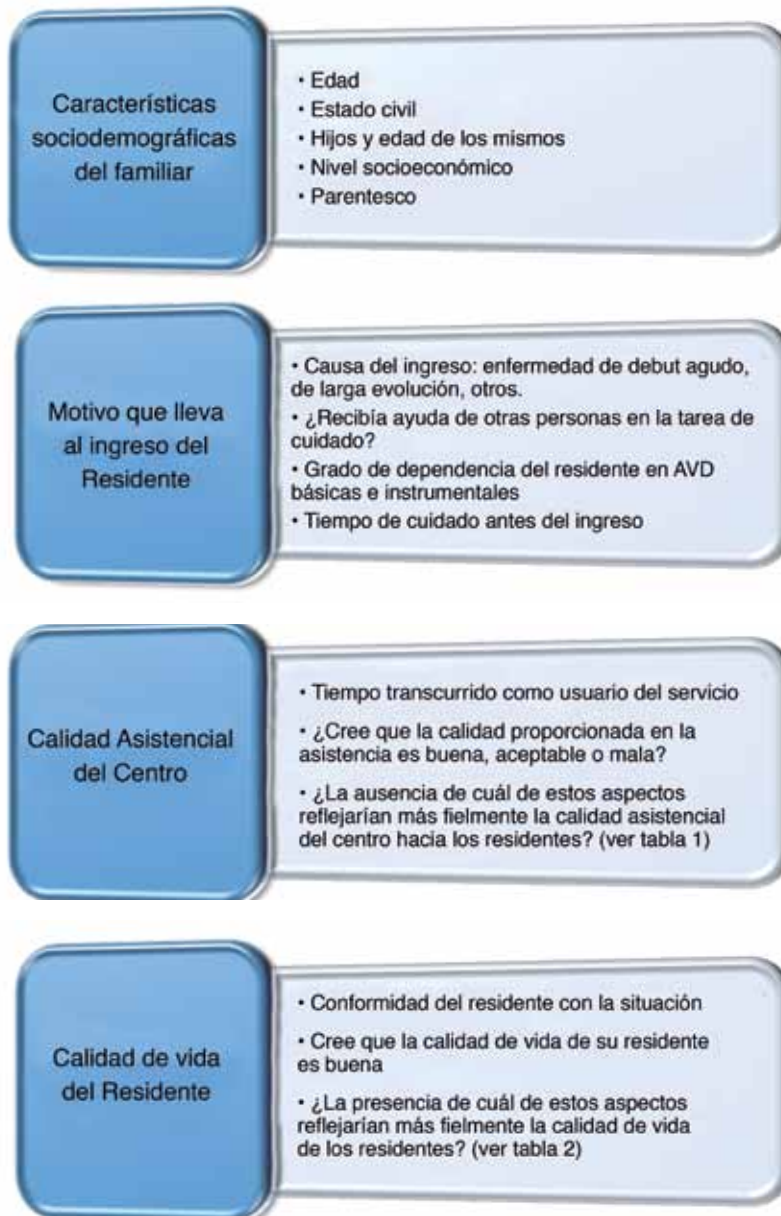
En ningún momento pretendo establecer relaciones causales, que en todo caso serían inconcebibles, debido a lo reducido de la muestra y a la selección completamente arbitraria de los familiares escogidos para la entrevista, en función de su conocida predisposición a colaborar o por su inclinación a poner quejas sistemáticamente y ser demandantes de mayor tiempo de atención.

Del mismo modo resultaría pretencioso arrojar resultados inferenciales, al ser utilizados en la encuesta, una serie de indicadores de calidad, los cuales nos pueden ayudar a recopilar abundante y valiosa información pero aportan una cuantificación limitada de la perspectiva global en la

calidad de una residencia, a fecha de hoy. Tan solo pretendo ilustrar con algunos ejemplos, frecuentes en mi práctica cotidiana, la extracción de los factores que, desde mi perspectiva, pueden resultar más o menos determinantes en la conformidad o disconformidad de la familia.

El guión permite a los familiares entrevistados explayarse en aquellos puntos donde proyectan sus principales temores y preocupaciones, lo cual proporciona gran cantidad de información relativa y a veces de especial relevancia para entender su perspectiva. No obstante, esa misma naturaleza dificulta cuantificar todos los detalles del testimonio recogido.

## 4. Guión de la entrevista realizada a los familiares





Me resulta de especial relevancia matizar la diferencia entre “calidad asistencial dispensada por el centro” y “calidad de vida del residente”, justificado por la constante

equiparación de ambos términos por parte de los entrevistados, como se explicará más adelante.

Basándome en los indicadores para residencias publicados por el Observatorio de Personas Mayores, incluyo las tablas 1 y 2, con el listado relativo a tales conceptos y sobre los que baso dos de las preguntas más comprometidas de la encuesta (IM-SERSO, 2011).

La citada publicación recoge el esfuerzo del proyecto: *“Gestión de Calidad mediante Indicadores de Resultados: Hacia una Evaluación Comparativa de los Cuidados Residenciales para las Personas Mayores”*, por hallar la forma de valoración del liderazgo, el rendimiento económico, el contexto social, la calidad de los cuidados y la calidad de vida. “...de forma que se puedan evaluar, comparar, controlar y apoyar los esfuerzos del sector para obtener unos resultados más adecuados a las necesidades de los usuarios”.

**Tabla 1: Relación de indicadores de calidad en la intervención con residentes**

¿La ausencia de cuál de estos aspectos reflejaría más fielmente la calidad asistencial del centro hacia los residentes?
Porcentaje de residente que sufren escaras
Porcentaje de residente que sufren intértrigo
Porcentaje de residente que sufren pérdida de peso en el último mes
Porcentaje de residente que sufren deshidratación
Porcentaje de residente que sufren una caída en el último mes
Porcentaje de residentes que muestran comportamiento agresivo en la última semana
Porcentaje de residentes que fueron físicamente inmovilizados (7 días)
Porcentaje de residentes que tienen incontinencia urinaria al menos una vez por semana
Porcentaje de residentes con catéter de larga duración (más de 14 días)



Porcentaje de residentes que sufren dolor
Porcentaje de residentes que utilizan medicación antipsicótica
Porcentaje de residentes con demencia que utilizan neurolépticos
Porcentaje de residentes que utilizan antidepresivos
Porcentaje de residentes que se les ha diagnosticado depresión en algún momento
Porcentaje de residentes con deficiencias dentales y orales
Porcentaje de residentes con necesidades de cuidados por enfermedad geronto-psiquiátrica
Porcentaje de residentes satisfechos con sus cuidados personales
Porcentaje de residentes que sufren trombosis
Porcentaje de residentes que sufren contracturas
Porcentaje de residentes encamados
Porcentaje de residentes con sonda enteral
Porcentaje de residentes evaluados con autonomía para alimentarse y/o riesgos relacionados

**Tabla 2: Relación de indicadores de calidad en calidad de vida de los residentes**

¿La presencia de cuál de estos aspectos reflejaría más fielmente la calidad de vida de los residentes?
Porcentaje de residentes que se sienten apoyados para manejar su pérdida
Porcentaje de familiares y amigos que se sienten emocionalmente apoyados
Porcentaje de residentes que creen que el personal de su unidad conoce su hª de vida
Porcentaje de familiares y amigos que creen que el personal sabe quiénes son (les conocen)
Porcentaje de familiares y amigos que se sienten bienvenidos a la residencia
Porcentaje de residentes familiares y amigos que sienten la residencia como parte de su comunidad
Porcentaje de decisiones implementadas por la dirección basándose en las decisiones del consejo de residentes
Porcentaje de residentes que sienten que sus derechos se reconocen y se tienen en cuenta
Porcentaje de familiares y amigos que se sienten implicados en la toma de decisiones acerca de los cuidados que recibe su familiar residente

Porcentaje de residentes que creen que se fomenta su salud para optimizar su calidad de vida
Porcentaje de familiares y amigos que opinan que su residente tiene un acceso adecuado a los servicios sanitarios
Porcentaje de residentes que se sienten capaces de hablar con el personal sobre la muerte y el proceso de morir, cuando lo deseen
Porcentaje de familiares y amigos que han comentado con el personal los planes para cuando muera su residentes
Porcentaje de residentes que creen que no hay suficientes empleados disponibles para atender sus necesidades
Porcentaje de familiares y amigos que creen que el personal es competente para cuidar a su familiar residentes
Porcentaje de residentes que creen que hay un ambiente positivo en la residencia
Porcentaje de familiares y amigos que creen que sus sugerencias son bienvenidas por el personal
Porcentaje de residentes que se sienten seguros protegidos y a salvo en la residencia
Porcentaje de residentes que opinan que el personal es amable con ellos
Porcentaje de residentes que creen que pueden tener visitantes cuando lo deseen
Porcentaje de residentes que creen que el personal les anima a ser autosuficientes
Porcentaje de residentes que creen que el personal les concede tiempo para que hagan las cosas por sí mismos
Porcentaje de residentes que creen que el personal respeta sus pertenencias

Como ya hemos hecho mención previamente, durante las entrevistas hubo que explicar e insistir en diferenciar la naturaleza de ambos conceptos: por una parte está la valoración de los cuidados recibidos por parte del usuario - que pueden ser más o menos objetivos- y por otra, la valoración de la calidad de vida percibida subjetivamente por los usuarios; un residente puede percibir todo tipo de cuidados esmerados pero sentirse desgraciado por no ser independiente o no vivir con sus hijos.

## 5. Discusión

La necesidad de hacer uso de un recurso privado para atender a nuestros seres queridos es, a menudo, inevitable y suele ir acompañado de temores generados por:

- las noticias alarmantes sobre malos tratos en residencias ilegales que golpean esporádicamente la conciencia de la población...

- el dilema moral y los sentimientos ambivalentes sobre lo que desearía hacer y lo que se puede o se debe...
- el imaginario social sobre las residencias como lugares donde se abandona a los mayores a su suerte...
- la queja constante de muchos residentes que manifiestan desagrado por todo lo que les rodea, excepto a la idea de volver a su casa...

Cualquiera de todos estos aspectos, o todos ellos, pueden contribuir a la sensación de desconfianza que transmite la familia al personal de las residencias privadas.

## 6. Factores determinantes en la percepción del familiar

De los largos encuentros mantenidos, las respuestas obtenidas me alientan a mantener los siguientes factores como determinantes en la percepción subjetiva del familiar, respecto a la residencia:

**El tiempo transcurrido desde el ingreso.** A lo largo de los meses se genera una relación entre profesionales, residente y familia, basada en la confianza y que permite disminuir el *«temor por lo que ocurre cuando yo no estoy aquí»* (palabras textuales de un participante en el sondeo).

**La causa precipitante del ingreso.** Cuando se trata de una enfermedad de inicio agudo que provoca una situación crítica en la familia, el estrés de la situa-

ción alarga el periodo de adaptación al nuevo entorno. Lo mismo ocurre con el proceso de adaptación del residente (*“un día estaba bien y al otro no podía andar y aquí estoy ahora... con toda mi casa montada...”*).

**Conformidad con la situación.** Cuando el residente conserve las capacidades intelectuales superiores y la opinión de éste sea conforme o al menos comprensiva con la necesidad de recibir cuidados especializados; en este caso, resulta absolutamente favorable para la tranquilidad de su familia respecto al centro.

**Salud del residente o tipo de afectación.** Resultaría razonable que aquellos que tienen que cuidar de alguien con movilidad reducida y por ende con mayor sobrecarga física, sintieran en mayor medida el alivio del apoyo de cuidadores profesionales. No obstante, resultan más colaboradoras las familias de los residentes con alteraciones psíquicas (ya sean demencias degenerativas o de otro tipo). Este hecho se observa incluso en los casos en los que simplemente no ha existido enfermedad psíquica pero sí una incompatibilidad de caracteres que han sustentado una mala relación a lo largo de los años.

**Apoyo en las tareas de cuidado.** El equilibrio entre las relaciones familiares de los hijos del residente, o el hecho de ser uno o varios hermanos dispuestos a asumir el rol de cuidadores, determinaría el momento del ingreso y el tipo de relación con los profesionales del centro. En el caso de existir una relación turbulenta entre ellos, he sido testigo de numerosos casos en los que buscan la complicidad del personal en detrimento de “los otros”.

Por contra, cuando un cuidador disfruta de una red social amplia (familiar o de amistades), la percepción subjetiva de apoyo y la buena predisposición aparecen con naturalidad.

## 7. Otros factores de interés

Sobre otros de los factores que en mi opinión podrían ser influyentes, en esta ocasión, no puedo extraer información, por ejemplo:

**Tipo de recurso** (estancia diurna, unidad de respiro, residencia...). En este caso la sensación del cuidador que recoge a su familiar, al terminar el día o tras unas semanas de descanso, en ningún caso puede ser similar al de un hijo que

se marcha a casa solo y con sus sentimientos, frecuentemente contrariado, a cerca de la situación: *“me gustaría cuidar de mi padre, pero no puede ser...”*

El nivel socioeconómico de familia y residente. Al tratarse siempre de usuarios privados la información extraída no puede ser concluyente, pero sirva como nota de interés cómo es superior la presión, sobre el trato recibido, ejercida por los familiares que aportan una cantidad mensual o temen que se agoten los recursos económicos del residente.

Otro caso similar ocurre con la salud de los cuidadores, imposible de justificar sin detalles más específicos sobre la misma. Es apreciable una mejor disposición a la comprensión y facilitación de la labor del centro y sus profesionales, en aquellos que padecen algún tipo de dolencia que disminuya



Foto: Concha Lacámara (2011)

sus capacidades, total o parcialmente, de forma esporádica o permanente.

**La falta de información periódica o accesible sobre el estado de salud del residente**, es otro factor del que sólo puedo plasmar mi opinión como facilitador de la confianza del familiar en el centro así como el hecho de que haya unas personas concretas, de referencia como responsables de procurar esta información.

## 8. A modo de reflexión:

Espero que estas líneas sirvan para compartir que más allá de los esfuerzos

-justificados y necesarios- por hallar formas de medida objetivas y garantes de calidad y homogeneidad del servicio ofertado a los usuarios/clientes; más allá de las ratios, sobre el número exigible de personal cualificado, marcadas en la legislación de cada comunidad autónoma... sería conveniente descender de los corsés establecidos sobre el papel. Éstos mal interpretados pueden producir la cosificación del residente; es necesario conocer las motivaciones e intereses particulares de cada caso que justifiquen el halo de desconfianza inicial y que nos facilite romper esa barrera para poder prestar mejor servicio, al obtener la confianza y consecuentemente el bienestar de familiares y residentes.



Foto: Concha Lacámara (2011)

**Bibliografía**

ABELLÁN GARCÍA, A., ESPARZA CATALÁ, C. Y PÉREZ DÍAZ J. (2011): Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuadernos de Relaciones Laborales* Vol. 29, núm. 1, p. 43-67.

ABENGÓZAR MC, (1995): *La mujer como soporte psicológico de la familia con un enfermo con demencia senil* Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. Facultad de Psicología.

CASADO MARÍN, D. y LÓPEZ I CASANOVAS, G. (2001): "Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro". *Colección estudios sociales*. FUNDACIÓN "LA CAIXA". n.º 6

CUSINATO, M (1992): *Psicología de las relaciones familiares* editorial Herder pág 240  
HERRANZ, P.; MARTÍN, A.; SEGOVIA, M.M. y GUERRERO, F.M. «Estudio comparativo de la dependencia en España según EDDDES 1999 y EDAD 2008» *Anales de ASEPUMA* n.º 19: 0106

IMSERO (2004): *Atención a las personas en situación de Dependencia en España*. Libro Blanco.

IMSERO (2011): *Midiendo el progreso: indicadores para las residencias*. Boletín sobre el envejecimiento n.º 49, Observatorio de Personas Mayores.

INE. Instituto Nacional de Estadística. Area de prensa. 4 noviembre 2008. *Notas de prensa sobre Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008*.

RODRÍGUEZ P. (2004): *El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencias. Una visión desde el análisis de género*, en Ley de Dependencia y Educación Infantil como medidas de conciliación de la vida laboral y familiar. Forum de Política Feminista. Madrid.

SLUZKI, C. (2002): *La red social: fronteras de la práctica sistémica*. pág 83. editorial Gedisa, Argentina.

# Envejecimiento activo y dependencia: retos actuales y futuros de la atención en centros residenciales

Iciar Ancizu García  
Dulce Fontanals de Nadal

## Resumen

La evolución en el estudio y conceptualización del envejecimiento desde el ámbito social durante los últimos cincuenta años ha favorecido el desarrollo del paradigma de Envejecimiento Activo. El presente artículo plantea las condiciones de posibilidad y requisitos para implementar el enfoque de envejecimiento activo en centros residenciales, considerando los perfiles y necesidades de las personas atendidas en centros SARquavitaes, que han cambiado significativamente en los últimos años. Se concluye que la innovación asistencial requiere organizaciones y profesionales competentes y comprometidos capaces de diseñar programas y evaluar los resultados obtenidos con el objetivo de mejorar la práctica asistencial y generar evidencia.

## Palabras clave

Envejecimiento activo, dependencia, innovación asistencial.

## Abstract

The progress in the study and conceptualization of ageing from the social field over the last fifty years has favoured the development of the Active Ageing paradigm. The current article sets out the conditions of possibility and requirements to implement the active ageing approach in care homes, considering the profiles and needs of persons cared for in SARquavitaes homes, which have changed significantly over the last years. It is concluded that care innovation demands competent and committed organisations and professionals capable of designing programmes and assessing results with the aim of improving care practices and generating evidence.

## Key words

Active ageing, dependency, care innovation.

Autoras



### Iciar Ancizu García

Psicóloga y Socióloga.  
Directora de Investigación en SARquavitaes.  
[iancizu@sarquavitaes.es](mailto:iancizu@sarquavitaes.es)



### Dulce Fontanals de Nadal

Trabajadora social y Diplomada en Gestión de Profesionales de la Salud y de Alta Dirección por EADA.  
Adjunta a Dirección General de SARquavitaes.  
[dfontanals@sarquavitaes.es](mailto:dfontanals@sarquavitaes.es)

# Envejecimiento activo y dependencia: retos actuales y futuros de la atención en centros residenciales

## 1. Intervención psicosocial en la vejez: de la Teoría de la Desvinculación al Paradigma de Envejecimiento Activo

La sociedad española ha sufrido una importante transformación sociológica en las últimas décadas. De hecho, si hay un aspecto que caracteriza a España es su rápida evolución social, unida a importantes cambios políticos, económicos, culturales y estructurales. En concreto, dos de las grandes transformaciones sociales ocurridas en el último cuarto del siglo XX tienen que ver con la mayor participación social de las mujeres y el envejecimiento de la población.

Que una sociedad aumente el número de personas que alcanzan una edad más elevada indica, no solo el desarrollo de la economía, sino las buenas condiciones materiales de vida de los ciudadanos. “Se envejece más que en el pasado y en condiciones de salud y económicas como jamás había sucedido a capas tan amplias de la población. No hablamos pues de problemas, sino de los retos que se les presentan a las sociedades contemporáneas” (BAZO 2012: 26).

Sin duda, uno de los retos más significativos en el escenario socio-económico actual es la cobertura de las situaciones de cronicidad y dependencia mediante un sistema de cuidados de larga duración dominado por la familia, que resulta básico, pero insuficiente; y un sistema sanitario que requiere una profunda reorganización para ser más eficiente y sostenible, ya que actualmente está preparado para *curar* y no tanto para *cuidar*.

En este contexto, se plantean nuevas demandas y necesidades que requieren una respuesta coordinada por parte de los diferentes niveles asistenciales en su conjunto y una mejor comprensión de la vejez como fenómeno psicosocial. Por lo tanto, *el abordaje psicosocial del envejecimiento y el papel de los centros residenciales como dispositivos de atención* son dos aspectos clave que conviene analizar.

La consideración del envejecimiento como proceso de transformación esencialmente físico y biológico hizo que, originalmente, los aspectos geriátricos primaran en su abordaje científico. Sin embargo, desde los años cincuenta y sesenta, los investigadores sociales comenzaron a plantearse amplias cuestiones teóricas que buscaban completar el estudio tradicional del envejecimiento desde un nuevo enfoque, introduciendo conceptos como el rol social de las personas mayores, su autoestima o satisfacción con la vida.

De entre todas las perspectivas teóricas de la Gerontología Social contemporánea, cabe destacar la teoría de la desvinculación y la de la actividad, ya que ambas recogen un amplio espectro del pensamiento sobre el envejecimiento (adaptado de BAZO y MAIZTEGUI 1999).

La *teoría de la desvinculación*, formulada inicialmente por Cumming y Henry en el año 1961, fue una de las primeras y más influyentes teorías que intentó estructurar de una manera comprensiva la posición de los mayores en la sociedad. El punto central considera que durante el proceso de envejecimiento las personas experimentan una separación gradual de la sociedad, un decrecimiento de la interacción entre la persona y su medio.

Desde esta perspectiva, el proceso se considera como una tendencia normal derivada



de los ritmos biológicos. En otras palabras, se asume que es funcional, que sirve tanto a las necesidades individuales, ya que la persona se ve liberada de una serie de compromisos y obligaciones implícitas a su anterior rol más activo, como a las sociales, ya que de esta manera se facilita la incorporación de otras generaciones a la compleja maquinaria social.

En los últimos treinta años, la transformación de la población de edad avanzada, tanto en cantidad como en calidad de vida, parece que ha hecho evolucionar este concepto y, aunque se puede afirmar que existe cierto nivel de desvinculación, no es lo mismo que considerarla como un proceso inevitable, ni una respuesta adaptativa positiva a los cambios sociales y corporales.

La *teoría de la actividad*, enunciada por Havighurst en 1961 y, posteriormente, desarrollada por Neugarten y Hagestad en los años 90, se encuentra en el polo opuesto a la teoría de la desvinculación, puesto que argumenta que cuantas más actividades se realizan, más posibilidades se tiene de estar satisfecho con la vida. Es decir, las personas mayores más activas se encuentran más satisfechas y mejor adaptadas. Esta concepción considera que la manera de pensar de uno mismo se basa en los roles o actividades que se desempeñan y, por tanto, muchas personas mayores procuran continuar con las mismas actividades de su juventud ya que mantienen las mismas necesidades, psicológicas y sociales, de etapas anteriores.

El propio concepto de *envejecer con éxito* implica en cierta medida una visión simplista, puesto que asume que el anciano debe sustituir las actividades laborales que desempeñaba por otras compensatorias, de forma que cuanto mayor sea el número de actividades mejor será su adaptación a

esta etapa de la vida. Sin embargo, parece que las personas mayores se sienten bastante satisfechas con ciertas actividades derivadas de sus propias relaciones sociales y familiares, sin necesidad de tener rol compensador concreto.

La evolución de estas teorías sociológicas de la vejez de carácter macro (que han sido progresivamente abandonadas en favor de perspectivas centradas en los problemas de ajuste derivados del proceso de envejecer), particularmente la de la actividad, han permitido el desarrollo del concepto de *Envejecimiento Activo*, adoptado por la Organización Mundial de la Salud (WHO 2002) y que ha tenido un impacto relevante a nivel clínico, ético y político.

El envejecimiento activo supone un paradigma positivo a la hora de afrontar el enorme logro que supone para la humanidad incrementar su esperanza de vida en unas condiciones globalmente mucho más óptimas que las que había disfrutado hasta ahora. Dicho enfoque se fundamenta en la capacidad de las personas de aprovechar las *oportunidades de salud, participación y seguridad* con el fin de mejorar su calidad de vida a medida que envejecen. Se reconoce que el proceso de envejecer activamente depende de una serie de determinantes que rodean a individuos, familias y países y que se necesita mayor evidencia del papel que juega cada uno de ellos a lo largo del ciclo vital, pero especialmente en la vejez.

El cambio teórico expuesto que se ha gestado en los últimos cincuenta años, es decir, pasar de entender el envejecimiento como desvinculación a poner el acento en la capacidad de las personas mayores para seguir construyendo su proyecto vital y colaborando en el proyecto social global, tiene claras implicaciones y un amplio recorrido en el contexto de envejecer en casa.

**Figura 1. Determinantes del Envejecimiento Activo**



Fuente: WHO (2002:19).

Tradicionalmente, se asocia envejecer activamente con envejecer en casa: todas las personas aspiran a continuar en su domicilio durante toda su vejez, en el entorno más próximo. En este sentido, hasta hace pocos años, no había muchas opciones para desarrollar *actividades con sentido*, ni participar activamente en otro contexto que no fuera el domicilio. De hecho, el ingreso en un centro residencial, se consideraba como un ejemplo paradigmático de la teoría de la desvinculación, ya que implicaba una desconexión con el entorno social y comunitario.

En el marco de servicios de atención a personas en situación de dependencia, que en la mayoría de los casos presentan varias enfermedades crónicas, parece que hay menos oportunidades para envejecer activamente. Sin embargo, en estos casos,

los servicios residenciales y comunitarios asumen un papel más activo ofreciendo al individuo programas terapéuticos y actividades significativas para mantener su bienestar en base a sus deseos y preferencias. De esta forma, la posible disminución de la iniciativa individual se ve compensada por la seguridad del entorno, las oportunidades de participación que hay actualmente y el cuidado de la salud.

En los últimos años, el *paradigma del envejecimiento activo* ha tenido, junto a la promoción de la salud, un papel protagonista en la vida diaria de una gran mayoría de dispositivos de atención social. Articular este enfoque requiere, sin duda, competencia técnica y ética, pero también implantar un modelo de atención integral que se ve reforzado por tres perspectivas:

1. *Enfoque biopsicosocial*: Nace gracias al trabajo del internista y psiquiatra George Engel que lo formula en 1977 como respuesta a la aplicación exclusiva del modelo biomédico en la práctica clínica (SHORTER 2005). Según este enfoque, la salud y la enfermedad son un continuum. La salud no es un producto, ni un estado, sino un proceso multidimensional en el cual interactúan permanentemente sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares, ambientales. Cambia, por lo tanto, la función de los profesionales, ya no sería exclusivamente paliar déficits y curarlos, sino cuidar la salud, teniendo en cuenta a la persona en su contexto vital (VARGAS 2009).

2. *Atención centrada en la persona*: La persona se sitúa en el centro de la actividad asistencial y, por ello, resulta esencial conocer cuáles son sus preferencias e intereses con el objetivo de responder a sus necesidades haciéndola protagonista de su día a día. Se trata de compaginar los procedimientos e intervenciones ya contrastados con una nueva visión participativa de la persona en los procesos asistenciales donde los profesionales juegan el papel de coordinadores de apoyos del entorno, posibilitando su rol activo (MARTÍNEZ 2011).

3. *Enfoque ético de la atención*: En los últimos veinte años, la visión ética ha adquirido mayor presencia en la práctica asistencial social. Se reconoce que la atención a personas vulnerables tiene un sustrato ético que no se puede olvidar en la praxis y que se fundamenta en cuatro principios: el principio de dignidad, el de autonomía, el de integridad y el de vulnerabilidad (Comité de Ética Asistencial SARquavitaie 2011: 26-33). Dichos principios, junto a los cuatro

principios básicos de la Bioética, ofrecen una guía para los profesionales en su práctica diaria.

Según todo lo expuesto, la cuestión sería entonces cómo implementar el paradigma del envejecimiento activo en centros residenciales considerando los perfiles y necesidades de las personas atendidas que han cambiado significativamente en los últimos años. Para ello, primero conviene explorar cuáles son, a grandes rasgos, las características de las personas mayores en España y, en particular, las de las personas que viven en centros residenciales.

## 2. Perfiles de las personas mayores y necesidades de atención

El 1 de enero de 2012 había en España 8.221.047 personas mayores, el 17,4% sobre el total de la población (análisis de tendencias tomado de ABELLÁN y AYA-LA 2012). Si las previsiones se cumplen en 2049, las personas mayores de 65 años supondrán el 31,9% de la población. Además, sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios; ahora representan el 5,3% de toda la población (2.491.700 personas) y en el 2049 representarán el 11,8% (5.644.340 personas). El sexo predominante en la vejez es el femenino. Hay un 35% más de mujeres que de varones.

En cuanto a la longevidad y el estado de salud, la esperanza de vida al nacer es de 82 años (84,9 años para mujeres y 78,9 años para varones en 2010). El 45,5% de las personas mayores destaca que goza de buena salud. Este porcentaje ha crecido 8

puntos y medio: en 1993 sólo reconocían sentirse así un 37% de las persona mayores de 65 años. Paralelamente, el porcentaje de las personas que afirman tener mala salud se ha reducido significativamente en el mismo periodo: del 24 % al 14,5%. Estas cifras revelan que las políticas públicas de sanidad y bienestar social han tenido un efecto directo sobre la mejora en la calidad de vida (IMSERSO 2011).

Ha habido una reducción de morbilidad hospitalaria (altas) en población infantil y joven hasta 34 años, y un aumento entre las personas de edad, en los últimos lustros. Los mayores suponen el 39,9% de todas las altas hospitalarias y presentan estancias más largas que el resto de la población. El patrón de mortalidad de la población española en su conjunto está determinado por las causas de muerte de los mayores: El 83,75% de todos los fallecidos en España son personas de edad. Destaca el aumento de mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas (demencias, Alzheimer) en los últimos lustros.

La posición económica de los mayores ha mejorado en los últimos años, pero a pesar de ello, la tasa de riesgo de pobreza entre los mayores es superior en cuatro puntos a la media de los españoles: 21,7% de los mayores presentan ese riesgo. Con respecto a las características sociales, se ha observado en los últimos años un incremento de los hogares unipersonales, aunque en proporciones más bajas que en otros países europeos. Cabe destacar que el 53% de personas mayores inician nuevas actividades después de los 65 años. En 1993 sólo el 9,5% de las personas mayores de 65 años habían iniciado una actividad después de la jubilación. Las personas mayores expresan una clarísima voluntad de autonomía, como manifiesta el hecho de que un 87% desea vivir en su casa el mayor tiempo po-

sible, pero, a la vez, desean mantener relaciones familiares intensas, de las que ya disfruta el 89%. Fruto de esto y de la gran solidaridad intergeneracional que demuestran un 70% contribuyen al cuidado de sus nietas y nietos (IMSERSO 2011).

Los datos presentados conducen a reflexionar sobre la heterogeneidad del colectivo de personas mayores, diferenciando entre vejez autónoma, relativamente satisfecha con su salud, que disfruta habitualmente de soporte familiar y económico y los viejos de los viejos (mayores de 85 años). De éstos, el 50% de las mujeres y el 34% de los hombres están en situación de dependencia con una importante prevalencia de problemas físicos, psíquicos y sociales cuyos cuidados requieren ayuda de terceras personas para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Estos aspectos son clave a la hora de articular políticas e intervenciones dirigidas a la promoción de un envejecimiento activo en el ámbito comunitario.

Por lo que respecta al porcentaje de personas mayores que viven en residencias (públicas o privadas), ha pasado de 3,14% en 1998 a 4,15% en 2010, con un mayor peso de las personas mayores de 85 años. El índice de cobertura recomendado por la OMS es de 5% y España se sitúa en 4,3% en 2010 con 344.310 plazas por lo que, aparentemente, considerando las necesidades de atención y la demanda a satisfacer existe margen para crecer sobre la base de una profunda reorganización del sector (EQUIPO PORTAL MAYORES 2011).

Teniendo en cuenta la información global presentada, parece interesante explorar las características socio-demográficas y necesidades de atención de una muestra significativa de población atendida en 49 Centros Residenciales SARquavitae distribuidos por

todas las Comunidades Autónomas con el objetivo de extraer conclusiones para la práctica diaria. Estos datos sobre actividad asistencial de los últimos tres años se han extraído del sistema de información asistencial GCR® que permite la explotación de la información para la obtención de indicadores de gestión, descriptivos de los usuarios y de calidad asistencial. El total de personas analizadas son: 12.989 en 2010, 12.622 en 2011 y 12.272 durante el primer semestre de 2012 (esto es debido a que se ha duplicado el volumen asistencial con el nacimiento de SARquavita).e).

Los residentes de los centros residenciales SARquavita analizados provienen principalmente de dispositivos sanitarios: hospital de agudos, recurso sociosanitarios, hospital a domicilio y consultas externas (alrededor del 40% de los ingresos del periodo de estudio). El 60% restante procede de su domicilio (25%) o de otro centro residencial (35%).

Alrededor de un 75% de las personas atendidas están menos de doce meses en el centro residencial. Este tipo de estancia

marca las limitaciones de la intervención, que se circunscribe a un periodo temporal concreto en el que los objetivos asistenciales varían en función del tipo de plaza y las necesidades a satisfacer.

De las personas que son alta en los centros examinados desde el 2010 al 2012, alrededor del 41% vuelve a su domicilio, el 19% se va a otro centro residencial y un 31% es exitus. Tan solo el 7% causa alta hacia un dispositivo sanitario y el 2% deja el centro residencial por otras causas.

Como se puede observar en la figuras de la 1 a la 4, la mayoría de las personas atendidas son mujeres entre 75 y 94 años con un elevado nivel de dependencia funcional y presencia de deterioro cognitivo. En concreto, en SARquavita el 15,3% de la población que cuidamos a fecha de hoy está diagnosticado de Enfermedad de Alzheimer. De este 15,3% que padece enfermedad de Alzheimer, el 80% son mujeres y el 20% hombres. Además, es una población muy envejecida, ya que la mayoría, el 50%, tiene entre 75 y 84 años, y el 37% son mayores de 85 años.

Figura 1. Distribución por sexo.

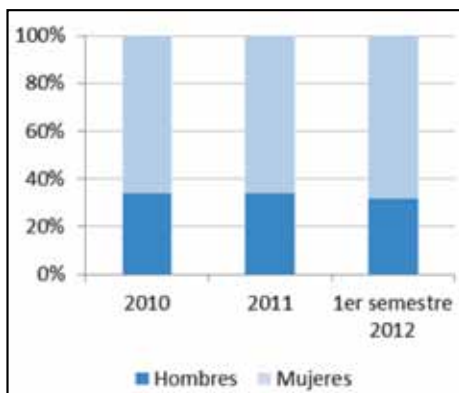
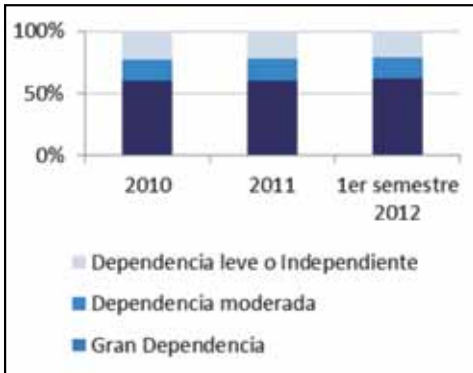


Figura 2. Distribución por edad.

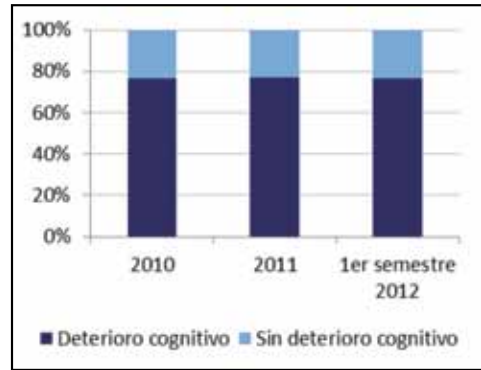


**Envejecimiento activo y dependencia: retos actuales y futuros de la atención en centros residenciales**

**Figura 3. Barthel.**



**Figura 4. MMSE.**



Resulta muy relevante señalar que cerca del 80% de las personas que atendemos en SARquavitaie tiene algún tipo de deterioro cognitivo (MMSE inferior a 22 puntos) y que más del 40% corresponde a demencias no filiadas. Es fundamental avanzar en la identificación y diagnóstico de esta población ya que ésta es la base de una intervención integral eficaz.

Con respecto al nivel de dependencia, se observa que alrededor del 60% de las personas que se atienden en los centros

residenciales tienen un Grado 2A y 3 de dependencia, según el grado SARquavitaie. El grado de dependencia SARquavitaie ha sido diseñado y validado científicamente con el objetivo de identificar el perfil de necesidad de los usuarios y poder elaborar conjuntamente un plan de atención integral que responda a sus necesidades.

Conviene resaltar que la gran estabilidad de los perfiles de atención en los últimos años, marcados por un aumento de los diagnósticos de demencia y de los trastor-

**Figura 5. Nivel de dependencia según grado SARquavitaie.**

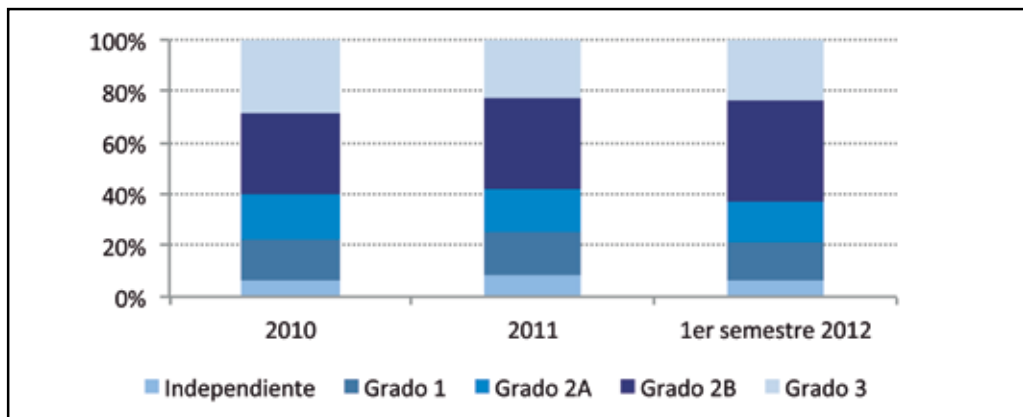


Figura 6. Continencia intestinal.

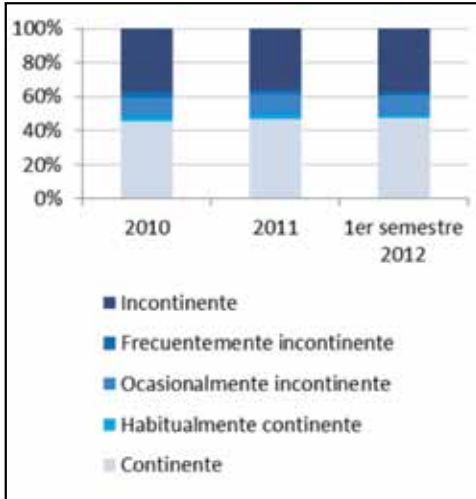
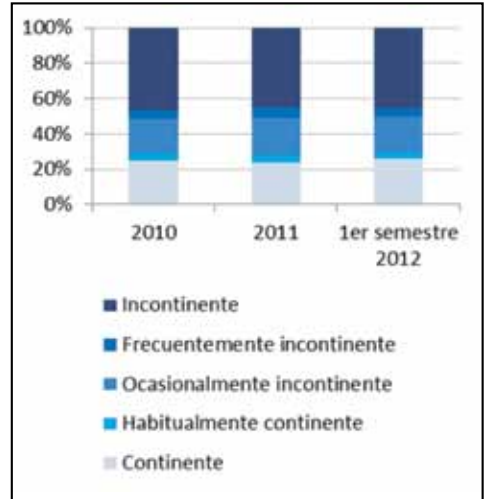


Figura 7. Continencia vesical.



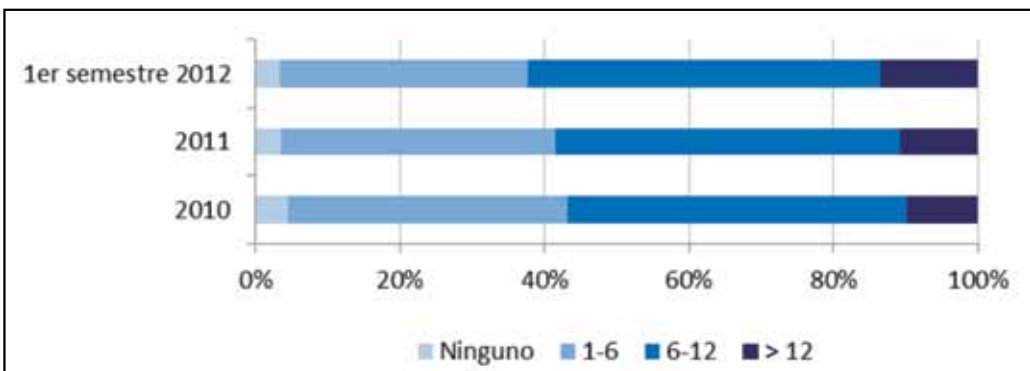
nos de conducta asociados, es una característica del análisis presentado. Como se puede observar, el sistema se equilibra, lo que hace que no haya muchas variaciones en el conjunto de los centros examinados, aunque existen diferencias significativas a lo largo de los años a nivel intra-centro.

trar el escenario de cuidados, se presentan datos que muestran el peso diferencial de los cuidados sanitarios y terapéuticos en la población atendida.

El análisis del nivel de carga asistencial arroja resultados interesantes. Para ilustrar

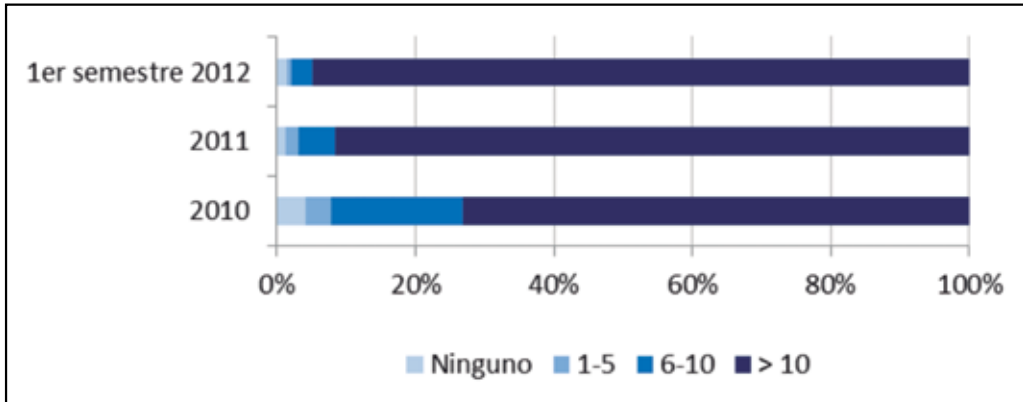
La figura 7 muestra los elevados niveles de continencia vesical de la población atendida, lo que requiere la puesta en marcha de programas de reeducación de la vejiga en aquellas personas ocasional o frecuen-

Figura 8. Número de fármacos prescritos por persona.





**Figura 9. Planes de Cuidados por persona (Enfermería + Auxiliar)**



temente incontinentes. Esta labor ha permitido evidenciar una disminución de la incontinencia desde el año 2010, lo que avala la efectividad de las actuaciones.

Los gráficos 8 y 9 muestran de manera sencilla un aspecto esencial de la carga sanitaria de los centros residenciales: el número de fármacos prescritos y los planes de cuidados por persona. Como se pone de manifiesto, la carga asistencial ha ido aumentando progresivamente a lo largo de los años porque los perfiles de atención son cada vez más complejos. Éste es un aspecto muy interesante que conviene

tener en cuenta a la hora de diseñar e implementar estrategias de envejecimiento activo.

Por último, la actividad terapéutica que se realiza por áreas refleja una intensidad diferente en función de las necesidades de los residentes (Figuras 10-14).

La mayoría de las personas realizan entre 1 y 4 terapias funcionales, bien sea en el área de fisioterapia o en el de terapia ocupacional, lo que muestra una importante actividad rehabilitadora y de mantenimiento en los centros residenciales.

**Figura 10. Planes de terapia ocupacional**

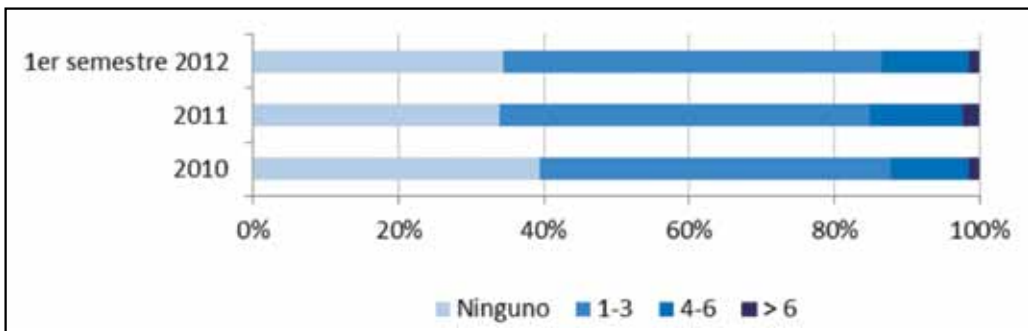
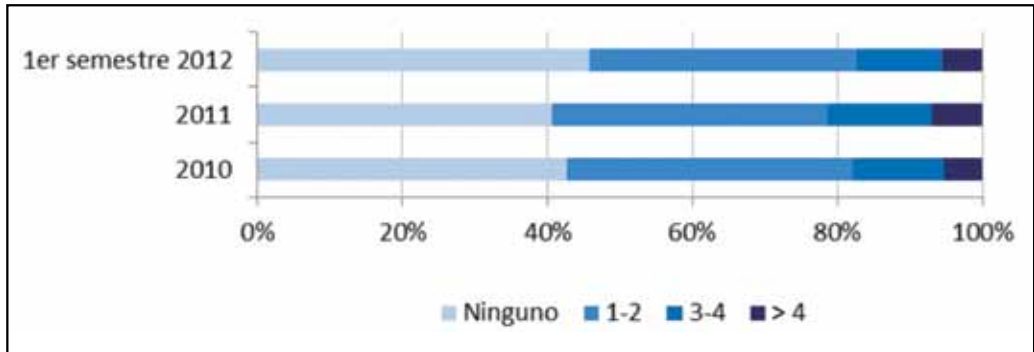




Figura 11. Planes de terapia psicológica



Por lo que respecta a las terapias psicológicas, más del 50% no está realizando ningún tipo de intervención específica, ya que este tipo de terapias especializadas se dirigen fundamentalmente a los usuarios con mayor deterioro cognitivo.

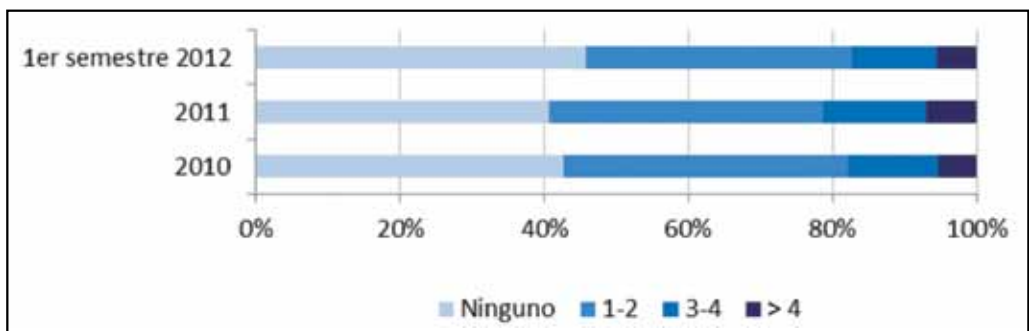
Alrededor de un 50% de los usuarios atendidos disfrutan de planes de ocio. Los usuarios participan en actividades en función de sus intereses y posibilidades, por lo que dado el nivel de dependencia observado, se considera un porcentaje elevado.

En definitiva, la información proporcionada es relevante porque permite visuali-

zar que la población atendida en centros residenciales tiene un importante nivel de dependencia. En este sentido, resulta necesario que el concepto de envejecimiento activo tenga un impacto real y significativo en la práctica diaria si se quiere mejorar el bienestar de las personas.

Se requiere un enfoque biopsicosocial real, una atención integral y una coordinación efectiva con otros niveles asistenciales, ya que disponer de todos los profesionales en los centros residenciales, de la misma manera que ocurre en domicilio, es complicado en el actual contexto socio-económico.

Figura 12. Planes de ocio.



### **3. Innovación asistencial: un objetivo permanente**

Consolidar y mejorar el sector de atención a la dependencia, teniendo en cuenta las nuevas necesidades y demandas, pasa por la implantación y evaluación de buenas prácticas terapéuticas que contribuyan a mantener los objetivos de bienestar en el marco de un envejecimiento activo.

La participación de las personas mayores en su entorno, residencial y comunitario, resulta necesario para evitar el aislamiento social al tiempo que se potencia la autoestima y el bienestar. Si bien la realización de actividades terapéuticas y de ocio no siempre ha estado presente en la vida cotidiana de los centros residenciales, la evolución de los modelos de atención, la experiencia acumulada y la progresiva mejora de la especialización profesional han permitido poner en marcha intervenciones terapéuticas y lúdicas más innovadoras, eficaces y ajustadas a los deseos y preferencias de las personas que se atienden.

Las acciones orientadas a impulsar el envejecimiento activo son diversas y de distinta índole y se pueden clasificar en distintas áreas: terapias cognitivas y funcionales, actividades de ocio, actividades comunitarias y formativas.

Un ejemplo paradigmático de una actividad concebida a la luz del concepto del envejecimiento activo es el *Proyecto de Circuito Biosaludable*. Pensada como una actividad encaminada a promover y motivar las relaciones sociales de los usuarios a través del ejercicio físico, ha permitido aprovechar los recursos del entorno y potenciar el contacto con la comunidad. El proyecto ha consistido en desarrollar, mediante sesiones de noventa minutos fuera del

centro, un programa de actividades físicas haciendo uso de los aparatos de gimnasia adaptados a personas mayores instalados en un parque cercano.

La evaluación de los resultados del programa tanto desde el punto de vista cuantitativo (con tests validados) como cualitativo (mediante diarios de campo) muestra beneficios globales a nivel funcional, psicológico y social para la mayor parte de los usuarios. La mayoría de participantes han mantenido sus capacidades cognitivas, fortalecido su identidad personal y ampliado su movilidad articular y muscular.

Otros ejemplos de proyectos innovadores en el campo de la atención a personas en situación de dependencia son:

- *Proyecto de mejora de la condición física a través de la Wii Sports*, que permite establecer competiciones intercentros lo que favorece la participación y el cuidado de la salud. Se ha obtenido una mejora en la realización de patrones de movimiento neuromuscular propioceptivo, un mantenimiento de los arcos articulares y tono muscular en un 95%. Además, se ha mejorado la coordinación general en un 75% de los usuarios y la óculo-motora, en particular, en un 85%. Por otro lado, se ha producido una mejora de la velocidad de respuesta en un 50% de los casos.
- *El cine como herramienta de integración en centros residenciales* dirigido a rodar un cortometraje para integrar en la misma actividad a personas con o sin deterioro cognitivo y/o limitaciones funcionales. Se obtuvieron buenos resultados a nivel cognitivo, afectivo y social. Al finalizar el rodaje, se necesitaban menos repeticiones para el aprendizaje de los textos, se incrementaron

las conductas dirigidas a interactuar con los demás, a la ayuda del otro y los gestos empáticos.

- *Proyecto de envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional* que incluye una planificación de diversas actividades semanales en distintas áreas: 1) Promoción de la salud: Aquagym, yoga y charla para fumadores. 2) Intergeneracionales: Visita de a guarderías y colegios para transmisión de conocimientos y realización de actividades conjuntas. 3) Actividades recreativas: Senderismo, bailoterapia, taller de jardinería, salidas a la playa, salidas culturales 4) Actividades educativas: taller de fotografía y charlas sobre envejecimiento activo. 5) Voluntariado: Acompañamiento a nuevos ingresos y visitas a encamados. Este tipo de acciones, enmarcadas en una estrategia terapéutica coordinada con la comunidad y con los recursos sanitarios y sociales del entorno tienen una elevada efectividad y permiten visualizar cómo se aplica el concepto de envejecimiento activo en la práctica.

Ofrecer a las personas la oportunidad de participar en iniciativas como las descritas es importante para que la vivencia del proceso de envejecer pueda ser experimentada desde una postura activa, lo que acaba traduciéndose en una mejora general del bienestar personal, incluso en personas con elevados niveles de dependencia, ya que las actividades se adaptan a sus capacidades y posibilidades.

## 4. Perspectivas de futuro

El sector de atención residencial, que es un sector productivo que genera empleo

estable y no deslocalizable, está llamado a tener un papel relevante en los sistemas de atención a las personas en situación de cronicidad y dependencia en el futuro. Principalmente por dos motivos: la población envejece y plantea nuevas demandas pero, además, los sistemas sociales y sanitarios no son sostenibles tal y como están organizados en la actualidad.

Teniendo en cuenta el escenario dibujado, ¿Cuáles son las claves para conseguir este objetivo y colocar el envejecimiento activo en la agenda de los dispositivos de atención social de forma generalizada?

1. Reconocimiento de su labor sanitaria y social. Se deben potenciar las alianzas entre diferentes centros y servicios, aprovechando las posibles sinergias.
2. Establecimiento de mecanismos de coordinación con los recursos en el territorio: este aspecto será clave en los próximos años. Las restricciones económicas actuales y la ausencia de una actuación conjunta de los dispositivos de atención, sanitarios y sociales, impiden una coordinación efectiva y generan más ineficiencias, aumentando la carga económica y asistencial sobre el sistema.
3. Integración en el entorno comunitario donde estén ubicados los centros residenciales: la comunidad debe entrar en el centro y generar oportunidades reales de participación.
4. Nueva conceptualización de los centros residenciales como especializados para la atención a perfiles de cronicidad y dependencia. Se requiere una acreditación que permita diferenciar la capacidad asistencial de los centros, ya que no todos están preparados técnica y es-

tructuralmente para atender a todos los perfiles de dependencia.

5. Los centros deben abrirse a la comunidad y ofrecer servicios de ocio, bienestar y relación a personas que viven en domicilio.

En los últimos años, se ha conseguido avanzar en la profesionalización de los centros residenciales y se debe trabajar para mantener los logros alcanzados a pesar de las actuales dificultades, ya que resulta importante para el sistema de cuidados de larga duración en su conjunto.

Las próximas generaciones tendrán mayores niveles de instrucción que en el pasado y serán usuarias de nuevas tecnologías lo que ampliará la capacidad de participación y de implicación en la propia salud.

En conclusión, la innovación asistencial pasa por tener organizaciones y profesionales competentes y comprometidos capaces de diseñar nuevos programas y evaluar los resultados obtenidos. Solo así será posible avanzar en la definición de actividades con significado que permitan aplicar en la práctica diaria las directrices del paradigma de envejecimiento activo.

## Bibliografía

ABELLÁN GARCÍA, AYALA GARCÍA, (2012). "Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, *Informes Portal Mayores, nº 131*. [Fecha de publicación: 1/06/2012]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos12.pdf> (Consultado: 26 de julio de 2012).

BAZO, (2012) "El desafío del Envejecimiento" (p. 17-30) en BAZO, María Teresa (Coord.) *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia. El desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa*. Nau Llibres: Valencia.

BAZO, MAIZTEGUI, (1999) "Sociología de la Vejez" (p. 47-102) en BAZO, María Teresa (Coord.) *Envejecimiento y Sociedad: Un Perspectiva Internacional*. Editorial Médica Panamericana: Madrid.

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL SARquavitae (2011) *La virtud en el cuidar. Ética para profesionales de la salud*. SARquavitae: Barcelona.

EQUIPO PORTAL MAYORES (2011). "Estadísticas sobre residencias: distribución de

centros y plazas residenciales por provincia. Datos de noviembre de 2011". Madrid, *Informes Portal Mayores*, nº 128. [Fecha de publicación: 17/11/2011]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-estadisticasresidencias2011.pdf> (Consultado: 24 de agosto de 2012).

IMSERSO (2011) *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Imsero: Madrid.

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, (2011) *La Atención Gerontológica centrada en la persona. Gobierno Vasco*. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales: Vitoria.

SHORTER, Edward. (2005): *The history of the biopsychosocial approach in medicine: before*

*and after Engel* en White, Peter. (Ed) *Biopsychosocial Medicine. An integrated approach to understanding illness*. Oxford University Press: Oxford.

VARGAS, (2009): *El modelo Biopsicosocial: Un cambio de paradigma. Importancia de trabajar con familias* (Cap. VI: 1-9) en Ceitlin, Julio. et al. *Introducción a la Medicina Familiar*. Intramed: <http://www.intramed.net/sitios/librovirtual13/> (Consultado: 20 de agosto de 2012).

WHO (2002) *Active Ageing. A Policy Framework*. WHO: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf) (Consultado: 30 de julio de 2012)



# El libro blanco del envejecimiento activo de Andalucía

Fernando Hernández Rey

## Resumen

Andalucía está haciendo una apuesta decidida por las políticas de Envejecimiento Activo. Un nuevo derecho social y un principio rector de las políticas públicas de las que emana el Libro Blanco del Envejecimiento Activo de Andalucía en el año 2010. Consta de cuatro ejes en los que se abordan los temas de la seguridad; la salud y la prevención de la dependencia; la participación y la contribución a la sociedad y la continua formación en las personas mayores. Realiza ciento treinta recomendaciones que son las coordinadas que regirán la acción política andaluza de envejecimiento en los próximos años.

## Palabras clave

Envejecimiento Activo, Libro Blanco del Envejecimiento Activo y Personas Mayores.

## Abstract

Andalucía is doing a firm commitment to the Active Ageing politics. A new social right and a guiding principle of the new public politics emanating from safety the Andalucía Active Ageing White Book in the year 2010. It has got four parts about the security; the health and the prevention of the dependency; the participation and the contribution to the society and the continuous education in the older people. The Andalucía Active Ageing White Book carries out one hundred and thirty recommendation which bound to be the main guide action in the next years about the andalusian ageing politics.

## Key words

Active Ageing, Active Ageing White Book and Older people

Autor



**Fernando Hernández Rey**

Trabajador Social.

Experiencia profesional como animador sociocultural con personas mayores.

[fhrey@cgtrabajosocial.es](mailto:fhrey@cgtrabajosocial.es)

# El libro blanco del envejecimiento activo de Andalucía

Andalucía está haciendo una apuesta decidida por las políticas de Envejecimiento Activo. Un nuevo derecho social y un principio rector de las políticas públicas, tal y como reconoce y obliga el Estatuto de Autonomía.

Con ellas se pretende avanzar, con perspectiva de género, en un modelo de sociedad más igualitaria, justa y solidaria, así como adecuar la atención a las necesidades presentes y futuras de las personas mayores, aprovechando todo su potencial, riqueza y sabiduría.

El Gobierno de Andalucía puso en marcha un proceso de participación pionero en España y en Europa, cuyo resultado ha sido la elaboración del Libro Blanco del Envejecimiento Activo (2010) (LBEAA)

La visión del envejecimiento activo en Andalucía, parte de la definición de envejecimiento activo dada por la Organización Mundial de la Salud. (2002)

Se entiende el envejecimiento activo como el *“proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”*. Y se añade la educación y formación para toda la vida. Como un proceso sin interrupción que nos acompaña a lo largo de toda la existencia y que no se queda en la puerta de la jubilación. En torno a esos cuatro ejes se aplican los postulados anteriormente referidos.

Un Libro por tanto que es un instrumento científico de análisis y estudio sobre la realidad de las personas mayores en Andalucía, que aporta claves y recomendaciones para construir una Andalucía sostenible desde el Envejecimiento Activo.

Se trata de una herramienta para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, su salud y su entorno; para prevenir situaciones de dependencia, y garantizar su seguridad jurídica, económica y física, así como para combatir la visión estereotipada de la vejez y proyectar una imagen de esta ajustada a la realidad. Un Libro para fomentar su participación activa en la construcción de la sociedad, para promover la educación y la formación a lo largo de la vida, la cooperación y la solidaridad entre generaciones. (LBEAA, 2010).

En los siguientes apartados se va a hacer un recorrido por los cuatro ejes esenciales en los que se basa el LBEAA, a partir de los cuales se ceñirán las políticas de esta comunidad autónoma para personas mayores.

El primer eje versa sobre la seguridad, el segundo sobre la salud y prevención de la dependencia, el tercero sobre la participación y la contribución a la sociedad y el cuarto sobre la continua formación.

## 1. Vivir en seguridad

Un eje esencial del modelo de envejecimiento activo es garantizar una protección adecuada frente a situaciones de riesgo o necesidad.

La seguridad es una sensación, un sentimiento que la persona tiene en relación con su situación presente o futura. Viene a ser el reverso del miedo de modo que, en la medida en que se afirme aquella, se desvanece este.

Es obvio que la seguridad es una conquista social e individual. Algo que compete al



Estado y al individuo completo. Al Estado corresponde definir y dotar los recursos necesarios destinados a procurar la seguridad de la ciudadanía.

En los siguientes epígrafes se va a repasar los distintos “marcos de seguridad” que, bien por previsión del Estado, bien por iniciativa particular pueden contribuir a que las personas, a medida que envejezcan, afronten su futuro con la sensación de que sus necesidades van a estar debidamente cubiertas y que van a recibir las atenciones que precisen.

En el texto se han realizado interesantes reflexiones entorno al ejercicio de los derechos por parte de las personas mayores que en su condición de ciudadanos y ciudadanas, tienen reconocidos y garantizados unos derechos fundamentales. Sin embargo, nos encontramos cada vez más con situaciones atentatorias contra sus derechos fundamentales contra la igualdad. Se ha de tener en cuenta que después de la discriminación por razón de género, una de las principales causas de discriminación en España es la que se genera por razón de la edad. En este contexto, el camino a seguir requiere afinar los mecanismos de garantía y protección de los derechos de las personas mayores.

El LBEAA realiza una serie de recomendaciones es este aspecto de entre las que se destacan la colaboración con las administraciones en la lucha contra la discriminación de las personas mayores. Informar al colectivo sobre los derechos que les otorga el ordenamiento jurídico y las medidas a emprender en caso de vulneración de los mismos. Y dar a conocer la posibilidad de establecer las condiciones en la que cada persona quiere que le sea prestada la asistencia sanitaria a través del registro de Voluntades Anticipadas.

Se analizan las prestaciones económicas pública destinadas a garantizar la suficiencia económica de las personas mayores y en el LBEAA se realiza una serie de recomendaciones como igualar progresivamente, por motivos de justicia social y no discriminación, el importe de la pensión mínima que garantiza el sistema contributivo con la pensión no contributiva, acometer una reforma en profundidad de la pensión de viudedad. También se apunta que, cada persona particularmente, puede realizar contratos destinados a mejorar su situación económica tras la jubilación, entre los que se encuentran los Planes de Pensiones, los Seguros de Dependencia, los contratos de alimentos, la renta vitalicia o la hipoteca inversa.

No basta con que existan recursos y servicios, es preciso que puedan ser utilizados. Para ello deben ser eliminadas las barreras arquitectónicas (escaleras, aceras, etc.) que impidan la salida de casa o el traslado y acceso seguro a los espacios físicos donde se encuentran las instalaciones en las que se prestan los servicios.

En estrecha relación con esta seguridad en el acceso a los servicios y como complemento de la misma, se encuentra la seguridad de las personas mayores en cuanto consumidoras. Cuentan con un mayor o menor poder adquisitivo que les permite adquirir una variada gama de productos y servicios, pero lamentablemente, sus particulares circunstancias les hacen en ocasiones vulnerables a abusos por parte de empresas y entidades sin escrúpulos. Por eso se plantea que las Administraciones Públicas adopten medidas concretas dirigidas al colectivo en materia de protección de los derechos como consumidores.

Las personas mayores constituyen un grupo de riesgo en la medida en que pueden

ser víctimas de no pocos delitos. Tanto es así que el Ministerio del Interior cuenta con un programa específico para proteger a este colectivo. Los delitos más comunes de los que pueden ser víctimas se refieren tanto al ámbito personal (malos tratos, detenciones ilegales, abandono) como al ámbito patrimonial (defraudaciones, abusos en el ámbito del consumo, expolios, falsedades, etc.)

En el LBEAA se plantea como recomendaciones: solicitar a las autoridades competentes en Servicios Sociales que realicen una política preventiva destinada a descubrir y actuar ante situaciones de convivencia en condiciones extremas, con cargas asistenciales difícilmente soportables para los familiares cuidadores que pueden dar lugar a episodios violentos y la creación de grupos de policía especializados en la prevención y persecución de los delitos de los que más frecuencia son víctima las personas mayores, así como incluir en esta materia en los planes de estudio de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Otro aspecto de la seguridad es la vial. Las personas mayores presentan una dimensión de conductores y conductoras y de peatones a la que, a veces, no se le presta la necesaria atención. Estas participan de la conducción en nuestras carreteras, pero lamentablemente, también participan en el índice de siniestralidad de una forma destacada. Se plantea establecer programas específicos de educación y se considere necesario desarrollar acciones que salvaguarden la seguridad de las personas mayores en el uso de la red viaria y del tráfico.

Otra cuestión abordada es la protección de la propia imagen, y es que en buena medida, la apariencia es la realidad que importa, incluso parece que es la única que existe. Los medios audiovisuales y los de

comunicación tienen el enorme poder y responsabilidad de cuidar la imagen de las personas mayores, sin maquillar la realidad, pero tampoco sin escudriñar en sus aspectos más morbosos. En este sentido el LBEAA plantea redefinir la imagen social de las personas mayores desalojando del sentir colectivo los clichés y estereotipos desfasados y trasladando su realidad actual.

Por otra parte a nivel legal la participación de las personas mayores en la vida pública está reconocida y garantizada, pero todavía aparecen algunas posibles discriminaciones concretas como la participación en el Tribunal del Jurado, y también se han realizado planteamientos, aunque más discutibles, sobre la discriminación en el ámbito laboral por razón de edad.

## **2. Vivir saludablemente**

Llegar a un estado de salud favorable y óptimo exige, no solo medidas iniciadas por los poder públicos, sino también responsabilidad de la persona hacia el cuidado de su propia salud (desarrollo de hábitos saludables, mantenimiento de la actividad física y mental) y la inserción participativa en la realidad social (mantenimiento de las relaciones interpersonales, asociarse, estar presente en la vida de la comunidad).

Vivir y mantenerse en condiciones saludables es un derecho constitucional de la persona, parece obvio que de ello depende, en buena parte, el resto de su actividad existencial y debe de ser un objetivo a trabajar durante todo el ciclo vital. No habría que esperar a llegar a los sesenta y cinco años para comenzar a cuidarse, si bien al llegar a esta etapa de la vida algunas actividades requieren especial relevancia.

El LBEAA realiza recomendaciones para la consecución de una vida saludable desde la promoción de la salud, la prevención de la dependencia y otras áreas de salud como el maltrato, la investigación e incluso la formación.

En el apartado de la promoción de la salud establece varias líneas de actuación ya clásicas. Una de ellas es incidir en los hábitos alimentarios de la población ya que constituyen un factor determinante de su estado de salud y para ello se debe fomentar la dieta mediterránea y la pirámide de la alimentación. Así como el mantenimiento de una boca sana que previene la aparición de problemas, tanto específicos de salud bucodental, como los relacionados con la masticación, a las habilidades para comer y con otros que afectan a la comunicación o a la propia imagen y que inciden en su bienestar.

Otra línea es la actividad física como herramienta de prevención de primer orden pudiéndose utilizar en la prevención primaria, secundaria y terciaria de multitud de enfermedades. Está demostrado que su práctica regular puede contribuir a favorecer una longevidad más activa y con mayor calidad de vida, de manera que las personas mayores activas mantienen mejor su capacidad funcional y la utilizan más eficientemente que las sedentarias.

La alimentación sana y el ejercicio deben completarse con hábitos saludables como dejar de fumar y evitar el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

El envejecimiento supone un aumento del riesgo de enfermedades mentales con especial referencia a la depresión. Los factores psicológicos, incluyendo inteligencia y capacidad cognitiva (capacidad de resolver problemas y adaptación a los cambios y

a las pérdidas) son fuertes predictores del envejecimiento activo y la longevidad. La disminución de la función cognitiva se asocia con mayor mortalidad en personas mayores sin demencia. Por ello se plantea promover el entrenamiento de la memoria, la estimulación mental y las estrategias de compensación mental. Así mismo se quiere promover la capacitación de las personas para mejorar la autoeficacia, la resolución de problemas, una conducta prosocial y la capacidad de afrontamiento a lo largo del ciclo vital. Teniendo siempre en cuenta la influencia de las desigualdades existentes entre hombres y mujeres en la salud mental de éstas, con el objeto de impulsar medidas de discriminación positiva.

Un espacio destacado lo ocupa la sexualidad saludable, ya que la capacidad de disfrutar de la afectividad y la sexualidad es un aspecto en continuo desarrollo en la vida de las personas hasta su muerte. No hay razones para considerar que el proceso de envejecimiento nos conducirá a una etapa en la que la sexualidad desaparece, pues no hay que olvidar que la sexualidad no radica sólo en el coito, sino que a través de otros actos (besos, caricias...) se establecen relaciones afectivas esenciales. Son importantes para el desarrollo psicoafectivo, también de las personas mayores, fomentando su autoestima, haciendo que se sientan objeto de cariño y, en definitiva, colaborando a hacer la vida más agradable.

Para lograrlo el LBEAA se propone la puesta en marcha de un plan de Promoción de la Salud Sexual para personas mayores en Andalucía que garantizará la información, el dar a conocer, apoyar y aumentar la capacidad de las personas mayores para vivir como personas sexuadas y sexuales desde la integralidad, la autonomía personal, la

igualdad y la equidad, y favorecer desde la sociedad y desde las instituciones la normalización de la sexualidad en las personas mayores.

Respecto a la prevención de la dependencia se quiere lograr actuando sobre la prevención de las enfermedades potencialmente causantes de fragilidad, deterioro funcional o discapacidad. Una vez que esas enfermedades han sido adquiridas prevenir que evolucionen hacia la discapacidad y que la persona entre en riesgo de dependencia. Por tanto hay que detectar precozmente el riesgo y reducirlo. En el texto se insiste en establecer estrategias diferenciales para ambos sexos, para la prevención de enfermedades.

Se analizan y realizan propuestas en otras áreas vinculadas a la salud. Una de ellas es el maltrato a las personas mayores que no debe permanecer oculto y silenciado, para ello las sociedades científicas apuestan primero por un abordaje preventivo, dado que existe suficiente conocimiento de los factores de riesgo tanto para ejercerlo como para ser víctima, y en segundo lugar trabajar en la detección precoz y la intervención coordinada en un ámbito de colaboración institucional.

La investigación es un pilar básico para abordar aspectos relacionados con la prevención y el manejo de las enfermedades que pueden presentar las personas de edad avanzada. Existen varias áreas de interés, que van desde los mecanismos moleculares del envejecimiento a la investigación clínica o a la investigación en salud pública (incluyendo protección y promoción de la salud, prevención de enfermedades, discapacidad y fragilidad, mejoría de la calidad de vida, la calidad de la asistencia, la organización sanitaria y los aspectos económicos de la sanidad).

Pasar del actual modelo de atención al nuevo paradigma de envejecimiento activo requiere un gran esfuerzo por parte de la ciudadanía y también de los y las profesionales de la salud. Hay que desaprender antiguas formas de hacer, pensar, sentir, vivir la vida y envejecer. Es el inicio de un camino largo, pero de cuyos resultados puede esperarse una auténtica “revolución cultural”.

De gran ayuda serán las nuevas tecnologías y las ayudas técnicas para que las personas mayores aumenten su autonomía personal y tengan acceso a nuevas posibilidades y experiencias. Con ellas se puede favorecer en gran medida la comunicación y el acceso a los servicios sanitarios.

Respecto a los contextos que se tienen que analizar para una exitosa intervención, se deben de tener en cuenta tres. El Contexto Familiar Domiciliario, en el que la familia es la fuente principal de las creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud. Cuando la persona mayor enferma la familia (y, sobre todo, las mujeres de la familia) es la principal fuente de cuidados. Por ello, cada vez más, el sistema informal es reconocido y considerado un “sistema invisible de cuidados de salud”, la gran zona sumergida de un verdadero “iceberg” de atención a la salud.

El Barrio y el Municipio que pueden definirse como zonas geográficas delimitadas que tienen determinadas características medio-ambientales y que están dotadas de unos equipamientos e instituciones comunes (colegios, parroquias, centros de salud, servicios sociales, etc.). Las características urbanas de cada barrio conforman el entorno en el que transcurre la vida diaria. El nivel de salud de la población depende de factores ecológicos, geográficos, demográficos, socioeconómicos, culturales, polí-

ticos económicos, etc. Todos estos elementos constituyen un ecosistema que tiene una influencia directa en la calidad de vida de las personas.

El Contexto Institucional porque en el documento base de la OMS para el envejecimiento activo, se incluye como propuesta política fundamental promover entornos seguros y respetuosos con las personas mayores, (todos los centros institucionales: sanitarios, sociales, universidad, hacienda...) que deben de estar adaptados a las características de las personas mayores, orientados a prevenir las discapacidades y el empeoramiento de las mismas, a lo largo de todo el ciclo vital.

### 3. Vivir participando y construyendo sociedad

Existen muchas formas de entender el envejecimiento activo, pero todas ellas hablan de participación de un modo u otro. Es así porque envejecemos mejor si tomamos parte de forma activa de nuestro propio proceso de envejecimiento, es decir, si nos implicamos en la toma de decisiones que van a afectar cómo envejecemos. Algunas de esas decisiones son individuales pero otras muchas tienen que ver con otras personas, como la comunidad o la sociedad en la que vivimos y de la que formamos parte. Por eso, la participación es social y ponen a la persona en relación con esas otras personas que también envejecen.

Aunque tradicionalmente las personas mayores han sido vistas como las que envejecen, el envejecimiento activo nos propone considerar a esas personas como

un miembro más de nuestra sociedad, necesitadas, como cualquiera, de apoyo para envejecer de modo satisfactorio pero, a la vez, capaces, como cualquiera, de contribuir al bienestar y desarrollo colectivos. Por tanto, hablar de envejecimiento activo aludiendo más a las personas mayores, como solemos hacer en la actualidad, tiene que ser tan sólo una práctica transitoria: la clave para hacer del envejecimiento activo una oportunidad de desarrollo y bienestar está en incluir a toda la población en los esfuerzos para promover esta forma de envejecer.

Ahora bien, no se debe confundir el envejecimiento activo con un mero hacer ni con la hiperactividad, cuyas consecuencias no son positivas.

Se deben de crear una serie de condiciones para lograr la integración y la participación dentro del marco del Envejecimiento Activo. Las Naciones Unidas (UNECE 2009) marca que lo primero es lograr la integración funcional, que incluye la participación social, política y económica de las personas mayores; lo segundo es hacer que las infraestructuras públicas (vivienda, transportes, medios de comunicación etc.) estén al alcance de las personas mayores; y tercero potenciar las relaciones intergeneracionales desestigmatizando el envejecimiento y aumentando los intercambios entre personas de distintas generaciones.

Las personas mayores son cada vez más numerosas y exigen que se les tenga en cuenta, que se preste atención a sus opiniones, no sólo por el peso demográfico que tienen o por la experiencia que les avala, sino por el derecho a contribuir que, como ciudadanos, les ampara.

Las posibilidades de intervención en la construcción de una sociedad mejor, más

inteligente, se han de realizar en función de como se siente y de que desea la persona y no en función de su edad.

Las políticas de envejecimiento activo no han de ver a las personas mayores como un problema a resolver sino como parte de la solución a los retos generados por el envejecimiento demográfico. Y las personas mayores, por su parte, se tienen que reconocer a si mismas como protagonistas de su proceso de envejecimiento, demostrando que pueden aprender, cambiando actitudes para vivir mejor.

El envejecimiento activo se puede considerar una fuente de innovación en la medida en que la participación y la contribución ayudan a construir una sociedad donde envejecer es más y sobre todo mejor. Ahora se trata de que ese envejecer vaya acompañado de bienestar general para todas las personas y todas las comunidades, a lo largo de toda la vida.

La intergeneracionalidad es una parte fundamental de la innovación. Nos plantea precisamente que el contacto, el intercambio, la solidaridad entre todas las generaciones tienen resultados positivos a la hora de envejecer de forma activa. Los programas intergeneracionales ayudan a construir cohesión social y a crear un entorno inclusivo que permite a las personas mayores participar al máximo de todas sus capacidades.

Existen dos campos importantes de innovación con las personas mayores. El primero es la nueva demanda y productos entorno a ellos. Los mercados, los sistemas políticos, los servicios sociales y las propias entidades de personas mayores tienen que saber responder a esas demandas, de las que podemos citar los siguientes ejemplos: actividades asociativas, programas de ocio

y tiempo libre, productos financieros y de consumo, tecnología (ordenadores, teléfonos móviles, consolas de juego, etc.), juegos e instrumentos para desarrollar las capacidades físicas (visión, audición, fuerza, elasticidad, etc.) y cognitivas. Y el segundo es la relación entre envejecimiento y brecha digital. Nuestra sociedad está viéndose profundamente cambiada por la creciente capacidad de producir, almacenar y transportar información en formato digital. No ser capaces de incorporarse a esta revolución digital es una nueva forma de analfabetismo. De ahí lo urgente de asegurar las condiciones necesarias para que todas las personas, a medida que envejecen, puedan tener acceso a las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación. En este caso, las personas que, por su edad, no están familiarizadas con este tipo de productos, tienen un riesgo mayor de ser víctimas de una brecha digital que puede llevarlas a una situación de vulnerabilidad y hasta de exclusión.

Por otro lado se impone revalorizar el papel de las mujeres en los distintos escenarios de participación y seguir trabajando por la igualdad de género conforme se envejece, especialmente en las fases más avanzadas de la vida y en el medio rural.

## 4. Vivir en continua formación

De una manera amplia se entiende por formación permanente la capacidad de aprendizaje que tienen las personas, de todas las edades, que posibilita la adquisición de conocimientos e información para una vida satisfactoria, activa, adaptada, eficaz y de calidad a lo largo del ciclo vital. Desde esta perspectiva el Consejo Europeo

(Lisboa, marzo de 2000) estableció la necesidad de la educación a lo largo de toda la vida, como un derecho y una de las claves del siglo XXI, siendo necesario que las instituciones sociales, políticas, financieras, sanitarias y educativas, acomodasen sus objetivos y planteamientos a la sociedad en la que están inmersas.

De una manera concreta, el aprendizaje permanente, ya sea de carácter formal o no formal, se puede definir como toda actividad útil, realizada de manera continua que tiene por objeto mejorar los conocimientos, las cualificaciones y las capacidades. Por tanto la formación permanente de las personas mayores está plenamente justificada, ya que el aprendizaje constituye uno de los principales vehículos de la adaptación y un poderoso impulso del desarrollo personal y del progreso social. Además contribuye a conseguir una sociedad más culta, crítica y participativa, donde se construya una nueva imagen de los mayores y se combata su exclusión social. Desde este punto de vista deben desarrollarse programas innovadores, en los que se aborden aquellas acciones que deben ser acometidas en la actualidad por las personas mayores, para que estas se sitúen en las mejores condiciones como ciudadanos/as de una sociedad moderna y participativa.

Así el LBEAA plantea profundizar en tres programas que se consideran de vital im-

portancia para las personas mayores andaluzas.

El primero hace referencia a los Programas de Preparación a la Jubilación Activa, como base para la información y orientación de las personas mayores y como indicador de que otra forma de envejecer es posible a través del envejecimiento activo.

En segundo lugar, se profundiza en los Programas Universitarios de Mayores, no solo en los ámbitos urbanos, sino, también, en los rurales.

El tercero, se refiere a las personas mayores y las nuevas tecnologías, como acción clave para romper la “brecha digital” y, consecuentemente, la “brecha social” de la exclusión.

Es evidente que en Andalucía se ha hecho una apuesta importante para incorporar a la vida cotidiana el nuevo paradigma del envejecimiento activo. Ahora es necesario que la sociedad tome conciencia de la nueva realidad para materializar las palabras de la filósofa francesa Simone de Beauvoir en su tratado “La vejez”: *“...la edad postrera se conformaría como un momento de la existencia diferente de la juventud o de la madurez, pero con su equilibrio propio y que deje abierta al individuo una amplia gama de posibilidades”*.

**Bibliografía:**

BEAUVOIR, Simone. (1970): *La vejez*. Editorial; Sudamericana. Buenos Aires.

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y EL BIENESTAR SOCIAL LBEA (2010): *Libro Blanco del envejecimiento activo, Junta de Andalucía. Consejería para la igualdad y el bienestar social*, Sevilla.

INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES (2007). Foro de la sociedad civil sobre envejecimiento. Foro de ONGs y Foro científico. *Contribución de la sociedad civil a la conferencia ministerial de la ONU sobre envejecimiento León 5 de noviembre de 2007*. [http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/23004foroscivilenv\\_es.pdf](http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/23004foroscivilenv_es.pdf) (Consultado 14/08/2012).

NACIONES UNIDAS ASAMBLEA GENERAL (1999): *Marco Operacional del Año Internacional de las Personas de Edad*.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS 2002: *Envejecimiento activo: un marco político*. <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf> (Consultado 14/08/2012).

PARLAMENTO EUROPEO Consejo de Europa 2000. [http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1\\_es.htm](http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_es.htm) (Consultado 14/08/2012).

UNECE (2009). *Integration and participation of older persons in society*. Policy brief on aging, 4. Geneva: UNECE.



# De interés Profesional





# Fiabilidad del instrumento para valorar la situación de dependencia en España (Real Decreto 504/2007)

Rubén González Rodríguez  
Manuel Gandoy Crego  
Miguel Clemente Díaz

## Resumen

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo es estudiar si el instrumento que determina en España si una persona se encuentra en situación de dependencia es fiable como instrumento de valoración. Tratamos de investigar si existen diferencias entre los técnicos valoradores al aplicar el baremo (fiabilidad intersujetos) y si el propio instrumento de valoración es consistente al repetir su aplicación (fiabilidad intrasujetos).

**Material y métodos:** Seis técnicos valoradores aplican el instrumento para valorar la situación de dependencia en España a 68 sujetos usuarios del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia, comparando los resultados obtenidos a través del coeficiente de correlación de Pearson.

**Resultados:** Los resultados indican que por término medio los datos de las valoraciones realizadas obtienen correlaciones de 0,970 (intraobservadores) y 0,9585 (interobservadores).

**Discusión:** Con los datos obtenidos, tras el análisis de las valoraciones realizadas, se puede afirmar que a iguales medios, y con profesionales experimentados en la aplicación del baremo, el instrumento que valora la situación de dependencia en España es significativamente fiable.

## Palabras clave

Personas con discapacidad; Evaluación de la discapacidad; España; Reproducibilidad de los resultados.

## Abstract

**Objective:** The aim of this work is to study if the instrument which determines in Spain if a person is dependent is reliable as valuable tool. We try to investigate if there are technical differences between the valuers to apply the scale (inter-subject reliability) and if the value instrument itself is consistent when we repeat the application (intra-subject reliability).

**Material and Methods:** Six evaluators apply the instrument to value the situation of dependence in Spain to 68 subjects that use the System for the autonomy and attention to the dependence, comparing the results obtained through the Pearson's correlation coefficient.

**Results:** The results indicate that on average the data from the valuations, obtained correlations of 0.970 (intra-observer) and 0.9585 (inter-observer).

**Conclusions:** With the data obtained after analysis of the valuations, we can say that to equal terms, and with experienced professionals in the application of the scale, the instrument that values the situation of dependence in Spain is reliable.

## Key words

Disabled persons; Disability evaluation; Spain; Reproducibility of results.

Autores



### Rubén González Rodríguez

Trabajador Social y Terapeuta Ocupacional.  
Coordinador técnico Equipo de valoración de dependencia (Ourense) Xunta de Galicia.  
[ruben.gonzalez.rodriguez@xunta.es](mailto:ruben.gonzalez.rodriguez@xunta.es)



### Manuel Gandoy Crego

Doctor en Psicología.  
Profesor Titular de Universidad.  
Universidad de Santiago de Compostela.  
[manuel.gandoy@usc.es](mailto:manuel.gandoy@usc.es)



### Miguel Clemente Díaz

Doctor en Psicología.  
Catedrático de Universidad  
Universidad de A Coruña.  
[miguel.clemente@udc.es](mailto:miguel.clemente@udc.es)

# Fiabilidad del instrumento para valorar la situación de dependencia en España (Real Decreto 504/2007)

## Introducción<sup>1</sup>

Las sociedades occidentales, y por ende las sociedades europeas, han visto cómo la esperanza de vida de sus ciudadanos ha experimentado un aumento considerable en los últimos años. Como consecuencia de ello, se ha producido un proceso de envejecimiento progresivo de la población. Según la Comisión Europea (Comisión Europea [COM], 2005), entre las razones de esta situación destacan: el aumento de la longevidad debido a los avances médicos y a las mejoras en la calidad de vida, las bajas tasas de natalidad a causa de las dificultades para encontrar trabajo, el coste de la vivienda, el retraso para tener hijos y la incorporación de la mujer al mercado laboral, entre otras.

Este envejecimiento demográfico, afecta de modo especial a los Estados de bienestar, que dedican parte de sus políticas a la atención de personas que presentan necesidades de apoyo en actividades esenciales y básicas de la vida diaria (AVDB): alimentación, aseo personal, ir al servicio, desplazamientos y transferencias, actividades domésticas y relación con el entorno, entre otras. El proceso de envejecimiento, por sí solo, puede conllevar el declive de la aptitud física y de la capacidad funcional (PEREIRA, 2003). Por ello, si el número de personas que a causa de la edad o de su situación de discapacidad aumenta, es preciso que los Estados destinen mayor número de recursos para la atención a estos colectivos. Esto hace necesario el estudio de un nuevo fenómeno que se convierte en un problema socio-sanitario, pero también económico: la dependencia (OTERO, ZUNZUNEGUI, RODRÍGUEZ-LASSO, AGUILAR & LÁZARO, 2004).

*El Consejo de Europa (1998) define la dependencia como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria. La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado.*

España, es uno de los países de Europa en los que este proceso de envejecimiento es más acusado. Según Naciones Unidas (2011), en 2050 España será el país más envejecido del mundo. El propio texto constitucional (Constitución Española, 1978) establece en sus artículos 49 y 50 que los poderes públicos velarán porque exista un sistema de servicios sociales que proteja las necesidades de las personas mayores y las personas con discapacidad. Potenciando un avance en el modelo de Estado social que se consagra en la Constitución Española, y para aumentar la acción protectora que el Sistema sanitario y de la Seguridad social prestan a las personas en situación de dependencia, se aprueba la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia.

La Ley posibilita el acceso al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) de todas las personas que tengan reconocido el encontrarse en una situación de dependencia, por el órgano administrativo competente. El SAAD está configurado como una red de centros y servicios, tanto públicos como privados, pudiendo tener las prestaciones del Sistema de Atención a la Dependencia la natu-

raleza de servicios y/o de prestaciones de carácter económico.

A efectos de la titularidad de derechos de protección de la dependencia, el reconocimiento de una situación de dependencia actúa como requisito *sine qua non*, sea cual sea el origen de la dependencia, la edad del titular, su situación familiar o sus recursos económicos (CHARRO, 2008). Queda claro, por lo tanto, que para acceder al sistema ha de valorarse una situación de dependencia.

El término valoración, empleado en el lenguaje habitual para referirse a diferentes conceptos preferentemente cualitativos, consiste en asignar un valor a un bien o un servicio. Siendo la valoración de la dependencia de las personas una actividad profesional muy reciente, se convierte sin embargo en un procedimiento importante y necesario para que las Administraciones Públicas puedan planificar sus políticas de protección hacia este sector de la sociedad.

Para realizar una valoración es preciso contar con un instrumento para efectuar la medida. Al igual que el modelo alemán o francés (ALBARRÁN, ALONSO & BOLANCÉ, 2009), el baremo de valoración del sistema español, recogido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, tiene en cuenta el grado de apoyo que la persona en situación de dependencia necesita por parte de una persona cuidadora y la intensidad de dichos apoyos (este baremo se mantuvo vigente desde el 22 de abril de 2007 al 17 de febrero del presente año, siendo en la actualidad substituido por el baremo recogido en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en la Ley 39/2006, que deroga expresamente el RD 504/2007, y que tuvo su entrada en vigor el 18 de febrero de 2012).

Del mismo modo, en las Resoluciones ministeriales de 23 de mayo de 2007 y de 4 de febrero de 2010, se regularon las competencias y formación específicas que han de tener los técnicos que realizan la aplicación del baremo, y que pasamos a sintetizar: deben ser profesionales del ámbito social y sanitario (preferentemente titulados en medicina, psicología, terapia ocupacional, enfermería, fisioterapia y trabajo social); tener un conocimiento riguroso de la norma que regula la valoración y el baremo; poseer pericia en el empleo de técnicas de valoración, sobre todo la entrevista; y demostrar práctica suficiente, previa al ejercicio profesional, que les haya puesto en contacto con situaciones reales de valoración de dependencia, especialmente con menores, personas con discapacidad intelectual, personas con enfermedad mental y personas mayores con deterioro cognitivo .

Todo instrumento de medida debe poseer dos requisitos básicos para poder asegurar su cientificidad: la fiabilidad y la validez. El primero de estos conceptos se refiere a la consistencia de la medida, es decir, al hecho de poder asegurar que el instrumento mida siempre lo mismo. Y el segundo, a que haya la mayor relación posible entre el aspecto medido por la prueba y el concepto que queremos determinar (en este caso, que el instrumento detecte y mida exactamente el nivel de dependencia). En esta investigación nos vamos a referir sólo a la fiabilidad.

#### notas

1. DECLARACIÓN DE LOS AUTORES: Esta investigación se ha realizado sin el apoyo financiero (becas, ayudas u otro soporte económico) de ninguna institución pública o privada. No existe, por lo tanto, ningún conflicto de intereses.

Como venimos de señalar, un cuestionario es fiable si mide algo de forma consistente, es decir, si la aplicación del instrumento produce medidas estables (SARRIA, 2001). Las principales formas de comprobarlo en el campo de la dependencia son: mediante la prueba de test-retest, o fiabilidad intraobservador, que consiste en aplicar dos veces la misma medida de forma que se verifique si la puntuación obtenida en ambas aplicaciones es suficientemente similar; y la fiabilidad interobservadores, consistente en que dos evaluadores diferentes apliquen el mismo instrumento a la misma persona pero por separado, y de nuevo verificar si se obtienen puntuaciones similares. La verificación estadística de dichas fiabilidades se efectúa mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson, que puede ser significativo bajo un nivel de confianza, variable en función de la muestra utilizada.

El presente artículo pretende recoger los resultados de una investigación realizada durante los años 2010 y 2011 para estudiar la fiabilidad del Baremo de valoración recogido en el RD 504/2007. En ese período temporal, el citado baremo, conformaba la puerta de entrada al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Como ya hemos avanzado, creemos que es importante matizar que, si bien la escala de valoración analizada en este trabajo no está vigente en la actualidad, sí lo estaba en el momento de desarrollar nuestra investigación (más concretamente en el período que abarca de 22 de abril de 2007 a 17 de febrero de 2012), y por lo tanto, es el instrumento que se describe en el apartado Material y métodos.

El objetivo pretendido con este trabajo es, en resumen, verificar si es fiable como instrumento de medida el baremo utilizado para valorar la situación de dependencia

en España en personas mayores de tres años. Entendemos, por consiguiente, que como el cometido de la investigación es el estudio de la fiabilidad de un instrumento que determina y gradúa la situación de dependencia, sigue siendo de interés la publicación de los resultados de la misma.

## **Material y métodos**

El Sistema de dependencia español, materializado con la Ley 39/2006, establece que la situación de dependencia se clasifica en tres grados (Grado I, Grado II y Grado III) (tabla 1). En cada uno de los grados de dependencia se incluyen dos niveles<sup>2</sup>.

Los grados y niveles de dependencia se determinan mediante la aplicación del baremo para personas mayores de tres años BVD (las personas menores de tres años tienen un instrumento de valoración específico) aprobado mediante el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril. Este *instrumento* valora, con una puntuación que oscila de cero a cien puntos, la capacidad de desempeño de la persona para realizar las actividades de la vida diaria y, en su caso, el grado de apoyo que necesita de una tercera persona en el caso de que no sea autónomo en esa actividad (siendo 0 puntos una situación de autonomía/independencia y 100 puntos una situación de dependencia máxima). Para que se determine que una persona se encuentra en una situación de dependencia debe alcanzar, al menos, una puntuación igual a 25 puntos (tabla 1).

Se valora, por lo tanto, respecto de las once actividades que componen el instrumento las siguientes variables: el nivel de desempeño, los problemas de desempeño y el grado de apoyo en cada una de las 53 tareas (tabla 2). Esto es, tal y como se estable

en los criterios de aplicación del BVD, es necesario determinar si una persona ejecuta, o no, el desempeño de una tarea, y en el caso de que necesite ayuda, cuantificar el grado de apoyo que necesita de una tercera persona para ejecutarla.

En nuestra investigación, la *muestra* está formada por 68 sujetos (48 mujeres y 20 hombres) todos ellos usuarios de recursos del Sistema Gallego de Atención a la Dependencia (SGAD) en la provincia de Ourense, y con edades comprendidas entre los 69 y los 100 años. Más concretamente, en nuestro estudio, los servicios y programas que reciben son Centro de Día (21 sujetos), Centro residencial para personas mayores (39 sujetos) y Servicio de Ayuda a domicilio (8 sujetos). Cada uno de ellos, o en su defecto su representante, firmó un consentimiento informado previo a su participación en la investigación. El proceso de selección de la muestra, entre los beneficiarios del SGAD, se realizó mediante un muestreo incidental no probabilístico por cuota temporal.

El *procedimiento* empleado en el trabajo de campo consistió en valorar a los 68 sujetos utilizando a pares de evaluadores que aplicaban el instrumento de valoración a cada sujeto, repitiendo cada evaluador dos veces la aplicación de la escala sobre cada uno de ellos. La metodología utilizada para la aplicación del BVD fue la observación directa de los sujetos evaluados respecto del desempeño de las tareas a valorar si bien, tal y como se expuso al inicio de este artículo, el evaluador también utiliza la técnica de la entrevista.

Las dos evaluaciones se realizaron en semanas consecutivas para evitar minimizar las variaciones en el entorno de los 68 sujetos, verificando en todo caso que no existiesen cambios significativos en su estado

de salud. Las variables a estudiar fueron el *Nivel de desempeño* (con las categorías No aplicable; Si es capaz de realizar la tarea sin apoyo; y No es capaz de realizar la tarea por sí mismo) y el *Grado de apoyo personal* (con las categorías supervisión/preparación, asistencia física parcial, asistencia física máxima, asistencia especial). Se desechó el analizar la variable *Problema en el desempeño*, puesto que esta variable no afecta al resultado numérico que determinará el grado y nivel de dependencia reconocido.

Los seis evaluadores (tres pares) son todos ellos técnicos valoradores en el SGAD. Tienen por lo tanto, formación específica, un conocimiento exhaustivo del instrumento de valoración y experiencia profesional en este campo.

A partir de aquí hemos tratado de determinar si el instrumento que se utiliza para determinar la situación de dependencia en España es fiable. Teniendo en cuenta que los principales procedimientos para el cálculo de la fiabilidad son los basados en los porcentajes de acuerdo y los basados en el enfoque correlacional (CARRERA & FERNÁNDEZ, 1992), hemos analizado mediante el Coeficiente de correlación de Pearson los datos de las 272 evaluaciones efectuadas (cuatro por cada uno de los 68 sujetos), para determinar si las correlaciones entre los resultados de las evaluaciones de cada evaluador, y las correlaciones entre pares de evaluadores son significativas.

notas 2. Los niveles en los cuales, según establecía la Ley 39/2006 (art. 26.2), se dividía cada uno de los grados de dependencia, fueron suprimidos por el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad (art. 22). A pesar de ello, se ha optado por recogerlos puesto que estaban vigentes en el período temporal en el que se ha desarrollado nuestra investigación.

## Resultados

Los resultados se han calculado, de acuerdo a lo especificado en el procedimiento, según se haya valorado a la misma persona la primera o la segunda vez por parte del mismo evaluador (fiabilidad intraobservadores), o según se haya valorado a la misma persona por dos evaluadores diferentes (fiabilidad interobservadores). Este procedimiento permite obtener, por lo tanto, cuatro evaluaciones por sujeto.

En primer lugar se calcularon los principales estadísticos de dichas evaluaciones (medias y desviaciones típicas) para los 68 sujetos evaluados en cada una de las cuatro posibilidades especificadas. Los resultados (tabla 3), permiten verificar cómo las puntuaciones medias entre 0 y 100 son todas muy similares, oscilando entre 60,062 y 62,450; es decir, es previsible que vayamos a encontrar una alta fiabilidad inter e intraevaluadores. El examen de las desviaciones típicas pone de manifiesto que todos los evaluadores se han enfrentado a casos muy heterogéneos (todos los valores están en torno a los 30 puntos) pero es de destacar cómo dichas puntuaciones son muy similares en los 4 casos, lo que de nuevo redundo en lo especificado; la coincidencia intra e interevaluadores. Se ha denominado con la letra "E" mayúscula al evaluador (que puede ser 1 o 2) y con la letra "e" minúscula a la evaluación (que también puede ser 1 o 2). Hemos de recordar que en realidad participaron 3 observadores, pero se ha considerado cada uno de ellos, dentro de su pareja, como 1 ó 2.

Sin embargo, el resultado que realmente nos interesa es el cálculo de los coeficientes de correlación de Pearson, de cara a determinar las correlaciones inter e in-

traevaluadores. Dichos resultados se encuentran en la tabla 4, que representa la matriz de las correlaciones y su significación estadística. Se puede observar cómo el evaluador 1 coincide consigo mismo (fiabilidad intraobservador) altamente, ya que la puntuación de la correlación es de 0,972 (correlación significativa incluso al 1 por mil). Lo mismo ocurre con el observador 2, ya que la correlación entre sus dos medidas es 0,969 (también altamente significativa). Es decir, por término medio, los evaluadores obtienen una fiabilidad intraobservador (media de ambos) de 0,970. Por lo que se refiere a la fiabilidad interobservadores, el evaluador 1 obtiene una correlación con el 2 tomando como referencia la primera de las evaluaciones (es decir, examinado la correlación E1e1 con E2e1) de 0,958; mientras que con respecto a las segundas evaluaciones de ambos (es decir, E1e2 con E2e2) la correlación obtenida es de 0,959, resultados ambos también altamente significativos, y que sitúan por término medio la correlación (indicativa de la fiabilidad interobservadores) en 0,9585.

El resumen de estos resultados es el que se puede observar en la tabla 5, que pone de manifiesto la citada alta fiabilidad interevaluadores e intraobservadores.

## Discusión

En España, con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 39/2006, para determinar que una persona se encontraba en situación de dependencia se había recurrido tradicionalmente a escoger entre los baremos clásicos ya existentes y conocidos, usados y/o reconocidos oficialmente para cada área, como son el Barthel, Katz, Lawton, Norton, Mini Mental... (QUERE-



JETA, 2004; Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2005).

Analizando estudios sobre la fiabilidad de otros cuestionarios de valoración de las Actividades de la vida diaria (AVD) similares al Baremo de valoración de dependencia (BVD), hemos encontrado que dos de los más utilizados en España (Índice de Barthel e Índice de Katz) arrojan datos también muy significativos. Hemos escogido precisamente estos dos instrumentos porque, a parte de ser dos de las escalas de valoración más utilizadas en el ámbito de la geriatría, no es previsible que se abandone su uso a corto plazo (GONZÁLEZ & ALARCÓN, 2008).

Publicada por Mahoney & Barthel, el Índice de Barthel se ha convertido en la escala más ampliamente divulgada y utilizada en la medición de la incapacidad física en pacientes geriátricos (PERLADO, 2001). Sobre ella, Cid y Damián (1997) han realizado un estudio en nuestro país que recoge los resultados de numerosas investigaciones sobre este instrumento de medida y que señala, entre otros datos, que como escala de valoración es altamente fiable, deduciéndose una fiabilidad interobservador con índices de Kappa entre 0,47 y 1, y una fiabilidad intraobservador con índices de Kappa entre 0,84 y 0,97 (LOWEN & ANDERSON, 1988; COLLIN, DAVIS, HOME & WADE, 1987).

Del mismo modo, también el Índice de Katz, muy utilizado en equipamientos residenciales, ha resultado ser otro de los cuestionarios con alta fiabilidad. Posee una buena reproducibilidad intraobservador, encontrándose en numerosos estudios coeficientes de correlación ( $r$ ) entre 0,73 y 0,98 (VALDERRAMA & PÉREZ, 1997; CRUZ, 1991). La reproducibilidad interobservador también es elevada.

Al igual que el estudio de la fiabilidad de otros instrumentos de valoración, entre ellos el Índice de Barthel e Índice de Katz, han arrojado niveles de fiabilidad muy elevados, en nuestro estudio hemos determinado que el instrumento para valorar la situación de dependencia en España también es significativamente fiable.

Teniendo en cuenta que una correlación superior a 0,70 se considera indicativa de fiabilidad (CARRERA & FERNÁNDEZ, 1992), a la vista de los resultados obtenidos (muy superiores a ese valor) podemos afirmar que el instrumento de evaluación de la dependencia estudiado en nuestra investigación es altamente fiable, tanto en lo que se refiere a la repetición de la medida por parte del mismo evaluador, como con respecto a la coincidencia con otros evaluadores.

## Nota final de los autores

Como ya apuntábamos anteriormente en este trabajo, el instrumento de valoración que es objeto de nuestra investigación y que está recogido en el RD 504/2007, mantuvo su vigencia hasta el 18 de febrero de 2012, fecha en la que fue sustituido por el Baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia (BVD) recogido en el Anexo I del RD 174/2011, de 18 de febrero.

Sin pretender realizar un análisis comparativo con este último instrumento al que hemos hecho alusión, ya que excede el objetivo pretendido en nuestra investigación, si creemos conveniente, ya que supone un BVD “mejorado”, destacar brevemente como reseña final las novedades y criterios de aplicación que consideramos más relevantes.

## **Modificaciones en los criterios de aplicación del nuevo instrumento de valoración**

Al respecto de las variables a tener en cuenta a la hora de aplicar el instrumento se sigue a tener en cuenta el *Nivel de desempeño*, el *Problema de Desempeño* y el *Grado de Apoyo Personal*. Recordemos que la puntuación final del BVD objeto de nuestra investigación sólo iba a depender de las variables Nivel de Desempeño y Grado de Apoyo.

Al respecto de las categorías de las variables Problema de desempeño y Grado de Apoyo Personal se modifica su denominación, pero no creemos que sea un cambio substancial en el instrumento.

Si que aparece una modificación notable en la variable Nivel de desempeño. En este caso las categorías de la misma pasan a ser: Positivo (P1), Negativo por dependencia (N1), Negativo por otras causas (N2) y No aplicable (NA). De esta forma, el Desempeño negativo se divide en dos. Al respecto del Desempeño negativo por otras causas es preciso matizar que “las otras situaciones de desempeño negativo, que a efectos de valoración oficial no son dependencia, incluyen factores determinantes de índole cultural, social, familiar, de sobreprotección o cualesquiera otras relacionadas con condiciones de salud que tengan posibilidades razonables de restitución o de mejora, o bien cuando los apoyos en las tareas no sean imprescindibles en la mayoría de las veces o siempre en las que éstas tengan lugar” (RD 174/2011, p. 18.573).

En el nuevo instrumento de valoración se añaden a las tres variables citadas, una cuarta variable denominada *Frecuencia de apoyo*. En ella se identificará el número de

ocasiones en que la persona valorada necesita apoyos personales cuando ésta deba realizar una tarea determinada. La graduación se determinará del siguiente modo, de acuerdo con los intervalos que propone la escala genérica de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001): Casi nunca (0), Algunas veces (1), Bastantes veces (2), Mayoría de las veces (3) y Siempre (4).

Según lo que venimos de exponer, cada una de las tareas que componen el nuevo BVD sólo van a condicionar la puntuación final siempre y cuando se valore un Nivel de desempeño por dependencia N1; se determine un Grado de apoyo personal; y la Frecuencia del apoyo sea Mayoría de las veces (3) o Siempre (4). Por lo tanto, para determinar la severidad de la situación de dependencia se desprecian Frecuencias de apoyo inferiores a 3.

## **Mejoras substanciales del nuevo instrumento de valoración**

Teniendo en cuenta los nuevos criterios de aplicación que venimos de recoger, podemos entender que muchas de las dificultades que se presentaban en la valoración de las tareas que se evaluaron en nuestra investigación están solventadas o, cuando menos, más matizadas. Pasamos a recoger a continuación, a modo de síntesis, aquellas que consideramos más relevantes.

Al respecto de lo que el nuevo instrumento considera Desempeño negativo por otras causas, resuelve las discrepancias que se daban entre los evaluadores en tareas críticas como Limpiar y cuidar de la

vivienda. Está definido de forma clara que si una persona no realiza la actividad por causa de factores de tipo cultural, social, familiar, etc., el desempeño se considerara negativo, pero al no ser motivado por una situación de dependencia no va a influir en la determinación de la puntuación final del instrumento.

Otra de las mejoras que consideramos destacable es la introducción de la variable Frecuencias de Apoyo. En nuestro trabajo de investigación, pudimos observar que muchas de las controversias interjueces en la valoración de las tareas eran debidas a la falta de claridad en este sentido. Así, en tareas como Evitar riesgos o Desplazamientos largos, el no tener definidas las frecuencias llevaba a discrepancias a la hora de evaluar el riesgo en las tareas. Esto ocasionaba que algún evaluador considerase un desempeño positivo (por considerar una frecuencia en el riesgo demasiado baja) frente a otro evaluador que consideraba el desempeño como negativo, asignándole el grado de apoyo inferior (Supervisión o Asistencia FísicaParcial).

## Modificación de actividades y tareas

Del análisis de las actividades y tareas que componen el nuevo instrumento, cabe destacar la supresión de alguna de las tareas que, a priori, pudieran parecer más críticas como por ejemplo emplear nutrición y/o hidratación artificial. El conteni-

do de esta tarea pasa a valorarse en la tarea de Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas de la actividad Mantenimiento de la Salud y no en Comer y Beber. Del mismo modo, se elimina la tarea Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones, que pasa a valorarse en el resto de tareas que componen la actividad Desplazarse dentro del hogar. Para una consulta pormenorizada, las Actividades y tareas que componen el BVD regulado en el RD 174/2011, de 18 de febrero, se recogen en la tabla 6.

## Conclusión final

Por último cabe señalar que, si bien los resultados apoyan el actual sistema evaluador, queremos resaltar que sería preciso realizar un análisis mucho más detallado, de forma que se calcule la fiabilidad, tanto inter como intraevaluadores, para cada una de las tareas o parámetros sobre los que el sistema realiza dicha evaluación. Si bien no es previsible encontrar mucha diferencia, habida cuenta de los resultados obtenidos a nivel global, sin duda una futura investigación en esta línea redundará en una mayor exactitud de medida del instrumento. Del mismo modo conviene señalar que, aunque nuestro estudio se situó en un período temporal concreto, se hace necesario en este momento que el análisis se haga respecto del instrumento de valoración que en este momento se encuentra vigente.

## Tablas

**Tabla 1. Grados y niveles de dependencia**

GRADOS	DEFINICIÓN	NIVELES	PUNTOS BVD
No dependiente			<25 puntos
Grado I	Dependencia moderada. La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.	Nivel 1	≥25 - <40
		Nivel 2	≥40 - <50
Grado II	Dependencia severa. El individuo necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.	Nivel 1	≥50 - <65
		Nivel 2	≥65 - <75
Grado III	Gran dependencia. La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.	Nivel 1	≥75 - <90
		Nivel 2	≥90 - ≤100

**Fuente:** Elaboración propia, 2011.

**Tabla 2. Actividades evaluadas en el baremo RD 504/2007**

ACTIVIDADES	TAREAS
Comer y beber	<ul style="list-style-type: none"> <li>Emplear nutrición y/o hidratación artificial</li> <li>Abrir botellas y latas</li> <li>Cortar o partir la carne en trozos</li> <li>Usar cubiertos para llevar la comida a la boca</li> <li>Sujetar el recipiente de bebida</li> <li>Acercarse el recipiente de bebida a la boca</li> <li>Sorber las bebidas</li> </ul>
Regulación de la micción/defecación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acudir a un lugar adecuado</li> <li>Manipular la ropa</li> <li>Adoptar y abandonar la postura adecuada</li> <li>Limpiarse</li> <li>Continencia micción</li> <li>Continencia defecación</li> </ul>
Lavarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavarse las manos</li> <li>Lavarse la cara</li> <li>Lavarse la parte inferior del cuerpo</li> <li>Lavarse la parte superior del cuerpo</li> </ul>
Otros cuidados corporales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peinarse</li> <li>Cortarse las uñas</li> <li>Lavarse el pelo</li> <li>Lavarse los dientes</li> </ul>
Vestirse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calzarse</li> <li>Abrocharse los botones</li> <li>Vestirse prendas de la parte inferior del cuerpo</li> <li>Vestirse prendas de la parte superior del cuerpo</li> </ul>
Mantenimiento de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas</li> <li>Evitar riesgos dentro del domicilio</li> <li>Evitar riesgos fuera del domicilio</li> <li>Pedir ayuda ante una urgencia</li> </ul>
Transferencias corporales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sentarse</li> <li>Tumbarse</li> <li>Ponerse de pie</li> <li>Transferir mientras sentado</li> <li>Transferir mientras acostado</li> </ul>

**Fiabilidad del instrumento para valorar la situación de dependencia en España (Real Decreto 504/2007)**

Desplazarse dentro del hogar	Desplazamientos vinculados al autocuidado Desplazamientos no vinculados al autocuidado Accede a todos los elementos comunes de las habitaciones Accede a todas las estancias comunes de la vivienda en la que reside
Desplazarse fuera del hogar	Acceso al exterior del edificio Desplazamiento alrededor del edificio Desplazamiento cercano Desplazamiento lejano Utilización de medios de transporte
Realizar tareas domésticas	Preparar comidas Hacer la compra Limpiar y cuidar la vivienda Lavar y cuidar la ropa
Tomar decisiones*	Actividades de autocuidado Actividades de movilidad Tareas domésticas Interacciones interpersonales básicas y complejas Usar y gestionar el dinero Uso de servicios a disposición del público

\*sólo aplicable en situaciones de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, o con deficiencia en la capacidad perceptivo-cognitiva

**Fuente:** Elaboración propia según RD 504/2007, 2011.

**Tabla 3. Estadísticos descriptivos**

	Media	Desviación típica	N
Evaluador 1, evaluación 1 (E1e1)	60,627059	30,4479897	68
Evaluador 1, evaluación 2 (E1e2)	61,100441	30,3128654	68
Evaluador 2, evaluación 1 (E2e1)	62,062353	30,6614657	68
Evaluador 2, evaluación 2 (E2e2)	62,450441	30,7859912	68

**Fuente:** Elaboración propia. Datos propios, 2011.

**Tabla 4. Matriz de correlaciones intra e inter**

**Correlaciones**

	E1e1	E1e2	E2e1	E2e2
E1e1 Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N				
E1e2 Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,972** ,000 68			
E2e1 Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,958** ,000 68	,938** ,000 68		
E2e2 Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	,952** ,000 68	,959** ,000 68	,969** ,000 68	

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

**Fuente:** Elaboración propia. Datos propios, 2011.

**Fiabilidad del instrumento para valorar la situación de dependencia en España (Real Decreto 504/2007)**

**Tabla 5. Fiabilidad intra e interevaluadores**

Fiabilidad	Coefficientes de correlación y significación
Interevaluadores	,9585**
Intraevaluadores	,970**

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

**Fuente:** Elaboración propia. Datos propios, 2011.

**Tabla 6. Actividades evaluadas en el baremo RD 174/2011**

ACTIVIDADES	TAREAS
Comer y beber	Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos Cortar o partir la comida en trozos Usar cubiertos para llevar la comida a la boca Acercarse el recipiente de bebida a la boca
Higiene personal relacionada con la micción/defecación	Acudir a un lugar adecuado Manipular la ropa Adoptar o abandonar la postura adecuada Limpiarse
Lavarse	Abrir y cerrar grifos Lavarse las manos Acceder a la bañera, ducha o similar Lavarse la parte inferior del cuerpo Lavarse la parte superior del cuerpo
Realizar otros cuidados corporales	Peinarse Cortarse las uñas Lavarse el pelo Lavarse los dientes
Vestirse	Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado Calzarse Abrocharse botones o similar Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo



Mantenimiento de la salud	<p>Solicitar asistencia terapéutica                  Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas                  Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio                  Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio                  Pedir ayuda ante una urgencia</p>
Cambiar y mantener la posición del cuerpo	<p>Cambiar de tumbado a sentado en la cama                  Permanecer sentado                  Cambiar de sentado en una silla a estar de pie                  Permanecer de pie                  Cambiar de estar de pie a sentado en una silla                  Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado                  Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado                  Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado</p>
Desplazarse dentro del hogar	<p>Realizar desplazamientos para vestirse                  Realizar desplazamientos para comer                  Realizar desplazamientos para lavarse                  Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado                  Realizar desplazamientos entre estancias no comunes                  Acceder a todas las estancias comunes del hogar</p>
Desplazarse fuera del hogar	<p>Acceder al exterior                  Realizar desplazamientos alrededor del edificio                  Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos                  Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos                  Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos                  Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos</p>
Realizar tareas domésticas	<p>Preparar comidas                  Hacer la compra                  Limpiar y cuidar de la vivienda                  Lavar y cuidar la ropa</p>
Tomar decisiones*	<p>Decidir sobre la alimentación cotidiana                  Dirigir los hábitos de higiene personal                  Planificar los desplazamientos fuera del hogar                  Decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas                  Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas                  Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano                  Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas                  Resolver el uso de servicios a disposición del público</p>

\*sólo en los casos de personas con una condición de salud que pueda afectar a las funciones mentales

**Fuente:** Elaboración propia según RD 174/2011, 2012.

## Fiabilidad del instrumento para valorar la situación de dependencia en España (Real Decreto 504/2007)

### Referencias bibliográficas

- ALBARRÁN, I., ALONSO, P. & BOLANCÉ, C. (2009): "Comparación de los baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones" en *Revista Española de Salud Pública*, 83, pp. 379-392.
- Boletín Oficial del Estado: *Constitución Española*. Madrid: BOE, nº 311, de 29 de diciembre de 1978.
- CARRERA, P. & FERNÁNDEZ, J.M. (1992): "La observación: cuestiones previas". En M. Clemente (Coord.). *Psicología Social: Métodos y Técnicas de Investigación* (pp. 208-223). Eudema, Madrid.
- CHARRO, P. (2008): "Titulares del derecho". En A.V. Sempere (Dir.). *Comentario sistemático a la Ley de la Dependencia* (pp. 181-194). Thomson-Aranzadi, Navarra.
- CID, J. & DAMIÁN, J. (1997): "Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel" en *Revista Española de Salud Pública*, 71, pp. 127-137.
- COLLIN, C., DAVIS, S., HOME, V. & WADE, D.T. (1987): "Reliability of the Barthel ADL Index" en *International Journal of Rehabilitation Research*, 10, pp. 356-357.
- Comisión Europea (2005): *Communication from the Commission, Confronting demographic change: a new solidarity between the generations*. COM (2005) 95 final. Autor, Bruselas.
- Consejo de Europa (1998): *Recomendación nºR (98)9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativos a la dependencia*. Autor, Bruselas.
- CRUZ, A.J. (1991): "El índice de Katz" en *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 26(5), pp. 338-348.
- GONZÁLEZ, J.I. & ALARCÓN, T. (2008): "Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría: del invento de la rueda a la era electrónica" en *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 43(5), pp. 265-267.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005): *Libro Blanco de la Dependencia*. Autor, Madrid.
- LOEWEN, S.C. & ANDERSON, B.A. (1988): "Reliability of the Modified Motor Assessment Scale and the Barthel Index" en *Physical Therapy*, 68, pp. 1077-1081. Recuperado de: <http://ptjournal.apta.org/content/68/7/1077> (30 de abril de 2012).
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. IMSERSO, Madrid.
- OTERO, A., ZUNZUNEGUI, M.V., RODRÍGUEZ-LASSO, A., AGUILAR, M.D. & LÁZARO, P. (2004): "Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española" en *Revista Española de Salud Pública*, 78, pp. 201-213.
- PEREIRA, C. (2003): "Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família" [versión electrónica] en *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), pp. 733-781. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300009
- PERLADO, F. (2001): "Valoración geriátrica" en *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 36(S5), pp. 25-31.
- QUEREJETA, M. (2004): *Discapacidad/ Dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación*. IMSERSO, Madrid.

SARRIA, E. (2001): "Metodología observacional II: diseño y análisis de datos". En S. Fontes, C. García, A.J. Garriga, M.C. Pérez-Llantada & E. Sarria (Coords.). *Diseños de investigación en psicología* (pp. 497-529). UNED, Madrid.

United Nations (Department of Economic and Social Affairs, Population Division) (2011): *World Population Ageing: 1950-2050* [on line]. United Nations, New York. Recuperado de: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/> (30 de abril de 2012).

VALDERRAMA, E., & PÉREZ, J. (1997): "Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano" en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 32(5), 297-306.

## Referencias legislativas

Boletín Oficial del Estado: *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: BOE nº 299, de 15 de diciembre de 2006.

Boletín Oficial del Estado: *Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*. Madrid: BOE nº 168, de 14 de julio de 2012.

Boletín Oficial del Estado: *Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: BOE, nº 42, de 18 de febrero de 2011.

Boletín Oficial del Estado: *Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: BOE, nº 96, de 21 de abril de 2007.

Boletín Oficial del Estado. *Resolución de 4 de febrero de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de órganos de valoración de la situación de dependencia*. Madrid: BOE, nº 62, de 12 de marzo de 2010.

Boletín Oficial del Estado: *Resolución de 23 de mayo de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se establecen los acuerdos en materia de valoración de la situación de dependencia*. Madrid: BOE, nº 136, de 7 de junio de 2007.



# El trabajo social se viste de naranja

Vanessa Pi

## Resumen

Por primera vez, la defensa de los servicios sociales se visibiliza con un mismo color, a través de un movimiento ciudadano que aglutina a profesionales, familias y usuarios. La Marea Naranja vela por el mantenimiento de los servicios sociales, ante el peligro de la vuelta a la beneficencia impulsado por los recortes.

## Palabras clave

Marea naranja, recortes, servicios sociales, dependencia, unión, colegios oficiales, público, cumbre social.

## Abstract

For the first time, the defense of social services is made visible with the same color, through a citizens' movement that brings together professionals, families and consumers. The Orange Tide monitors the maintenance of social services, to the danger of a return to the charity, driven by cuts.

## Key words

Tide orange, cuts, social services, dependence, union, schools, public, social summit

Autora



**Vanessa Pi**

Periodista

Consejo General del Trabajo Social

[comunicación@cgtrabajosocial.es](mailto:comunicación@cgtrabajosocial.es)

## El trabajo social se viste de naranja

En la primavera de 2012 se agudizaron los recortes. El tijeretazo a los servicios sociales fue tal, que los y las trabajadoras sociales, junto a otros profesionales del sector, dijeron basta. Había que visibilizar el rechazo al desmantelamiento de la red de asistencia social que había costado décadas construir. Sustituir los derechos sociales por la beneficencia y la caridad en aras de la crisis provocaría la mayor brecha social de la democracia. Esa reflexión, surgida de la propia necesidad de sobrevivir, fue el germen de la Marea Naranja, el movimiento ciudadano que por primera vez une a profesionales, familias y usuarios de los servicios sociales bajo un mismo color.

En pocos meses, la iniciativa ha adquirido una relevancia mediática, por tanto en la

opinión pública, sin precedentes. La marea naranja recuerda a las administraciones que no se puede reducir el gasto social justo cuando más demanda hay. Al mismo tiempo, insta a la ciudadanía a reivindicar unos servicios sociales de calidad, del mismo modo que lo hacen con la educación o la sanidad.

### Conciencia social

El hecho de que la crisis económica haya cambiado el perfil de los usuarios de los servicios sociales empuja a la movilización ciudadana. Con el empobrecimiento paulatino de la población, cualquiera puede necesitar ayuda para llegar a final de mes.



Foto Consejo General (2012). Cabecera de la marea naranja en la manifestación del 15 de septiembre de Madrid. Figuran representantes de varias organizaciones de profesionales y de asociaciones que actúan en el ámbito social.

Puede ser su vecino, incluso usted. No importa si tiene estudios superiores o no, si está a punto de liquidar su hipoteca, si tiene trabajo fijo o si hubo tiempos pasados en los que vivió holgadamente. La sociedad empieza a dejar de ver los servicios sociales como algo ajeno, como una ayuda que sólo reciben las familias pobres y que nunca necesitará.

Pero la conciencia global sobre la importancia de los servicios sociales empezó a brotar en 2007. La Ley de Dependencia (que ha acabado fagocitando los servicios sociales) nació sin diferenciar entre ricos y pobres; protege a cualquier persona que no pueda valerse por sí misma. De ahí que ante los continuos incumplimientos de la norma por parte de las autonomías –impagos, retraso en la concesión de las ayudas, incumplimiento de la retroactividad, aplicación a la baja del baremo y tergiversación del silencio administrativo, por citar los ejemplos más sonados- las familias, ricas y pobres, empezaron a clamar justicia juntas.



Foto Consejo General (2012). Las familias de personas dependientes también formaron la marea naranja en la manifestación del 15 de septiembre.

## Recortes desorbitados

Hoy, con una frecuencia inusitada, los servicios sociales y la labor de los y las trabajadoras sociales están en la agenda pública, aunque desgraciadamente, cobren protagonismo por el tijeretazo que están



Foto Consejo General (2012). Cabecera de los miembros de la Plataforma de la Ley de Dependencia de la Comunidad Valenciana.





**Foto Consejo General (2012).** Una de las pancartas que portaron los y las trabajadoras sociales en la manifestación del 15 de septiembre.

sufriendo. En total, el Gobierno pretende recortar el próximo año un 14,4% el presupuesto destinado a los servicios sociales y de promoción social, que incluyen a la Ley de Dependencia. Es la partida destinada a la red básica de servicios sociales, precisamente donde más ha subido la demanda, donde se acentúa el recorte, del 40%. La situación se agrava porque en 2012 ya se recortó un 42,2% la inversión. Asimismo, el sistema de atención a la dependencia volverá a sufrir en 2013<sup>1</sup> un recorte entorno al 20%, similar al de este año. Resulta por otra parte llamativo, que justo en el año Europeo del Envejecimiento Activo, el mismo Gobierno que lo celebra prevea recortar en los Presupuestos Generales del Estado la partida directa destinada a ello casi un 10%, de 124 a 114 millones.

Mientras los planes económicos del Gobierno para el próximo año acentúan la dinámica de contención del gasto social de 2012, los/las profesionales de los servicios sociales, con los y las trabajadoras sociales como referentes, constatan desde el inicio de la crisis cómo crece el número de personas a las que deben atender.

Sin ir más lejos, la Encuesta de Condiciones de Vida 2012, cuyos resultados adelantó el Instituto Nacional de Estadística (Ine) el pasado 22 de octubre<sup>2</sup>, pone de relieve que los ingresos medios de las familias han bajado un 2% en el último año. Ello rebaja el umbral de la pobreza a los 7.355 euros anuales por persona. Se calcula que el 21,1% de los españoles vive con menos. La falta de recursos, una situación que se agrava día tras día, pone a la profesión entre las cuerdas. ¿Cómo actuar según indica el código deontológico de la profesión<sup>3</sup>, si no hay recursos para hacerlo? La marea naranja cobra por tanto fuerza.

## Los inicios

Fue el Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de Aragón el que guió, a principios de junio, al Consejo General del Trabajo Social. Viendo clara la necesidad de salir a las calles contra los recortes, el Consejo llevaba semanas debatiendo qué color adoptar para visibilizar la protesta y el sector, ante las iniciativas que se habían emprendido.

En el ayuntamiento de Madrid, sus trabajadoras sociales, como el resto de empleados del gobierno municipal, empezaron a vestir cada viernes de negro, en señal de luto. Pero había que escoger un color que simbolizara la defensa de los servicios sociales, visibilizarlos y romper con la dinámica de silenciarlos bajo el paraguas de la sanidad.

Por otra parte, aunque los servicios sociales nunca se habían identificado claramente con un color, el naranja había sido utilizado en numerosas ocasiones por diversos colectivos dentro del sector. Los familiares





Manifestación de la marea naranja de Aragón en Zaragoza.

de las personas con dependencia de la Comunidad Valenciana, por ejemplo, llevaban años denunciando las atrocidades de la Generalitat en la aplicación de la ley saliendo a la calle con camisetas naranjas. Cuando el Consejo supo que el Colegio de Aragón, junto a otros profesionales del Sistema Público de Servicios Sociales de diferentes instituciones, había creado una plataforma de denuncia autonómica que usaba camisetas de color naranja, escogió ese mismo color. Ante la necesidad de unirse todos en una única voz, el Consejo tomó el mismo logo y el mismo lema que ya se utilizaban en Aragón y puso a disposición del resto de colegios y de profesionales y ciudadanos las camisetas, vendiéndolas a precio de coste a través de su página web. La marea naranja en defensa de los servicios sociales empezó a sonar en toda España.

Cuatro meses después, sólo desde el Consejo, se han distribuido más de 5.000 camisetas con el lema "Recortes No. ¡No te calles!", a las que hay que sumar las repartidas por la Marea Naranja de Aragón y las que se encargaron en Andalucía, en Catalunya, en Valencia y en Baleares.

notas

1. <http://www.sepg.pap.minhap.gob.es/sitios/sepg/es-ES/Presupuestos/ProyectoPGE/Paginas/ProyectoPGE2013.aspx>
2. <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25%2Fp453&file=inebase&L=0>
3. Artículo 37 del Código Deontológico del trabajo social: El/la profesional del trabajo social, para mayor eficacia y eficiencia de las organizaciones y sus servicios, y en beneficio de las personas usuarias y de la comunidad, debe promover la participación en la mejora de las políticas sociales, en la planificación y organización, en los procedimientos y protocolos, en los estándares de calidad y el código deontológico de la institución u organismo donde presta sus servicios.



Foto Consejo General (2012). A la izquierda, la marea naranja andaluza. A la derecha, miembros del Colegio Oficial de Trabajo Social de Soria.

“Al principio, la Marea Naranja albergaba a profesionales del Sistema Público de Servicios Sociales y poco a poco invitó a participar a las entidades sociales y a los ciudadanos en general”, destaca la presidenta del Colegio de Aragón, Irene Gállego.

## La puesta de largo

Ese espíritu movió a que los colegios se sumaran a la iniciativa, organizando sus propias mareas naranjas. Poco a poco, el movimiento se fue ampliando. Desde el Consejo General del Trabajo Social se imprimieron centenares de carteles y 30.000 chapas que se repartieron a los colegios, para que a su vez los distribuyeran entre sus colegiados. También se reforzó el intercambio de información entre la organización colegial; y a nivel estatal, el Consejo entró en contacto con otras organizaciones y profesionales del ámbito de los servicios sociales, que se unieron a la hora de lanzar mensajes contra los recortes.

Todas las mareas confluyeron el pasado 15 de septiembre en la manifestación convo-

cada por la Cumbre Social<sup>4</sup>, de la que forma parte el Consejo General del Trabajo Social a nivel estatal. Además, varios colegios están integrados en las distintas cumbres sociales autonómicas y provinciales que se han ido creando. Por supuesto, la marea naranja primigenia, la de las personas dependientes y sus familias, participó en la cabecera de la columna de la marea naranja. Una cabecera histórica que avanzó a ritmo de batucada y que se reunió en la Plaza de Colón con el resto de mareas.

Por primera vez, los servicios sociales tuvieron voz propia y compartieron protagonismo con otras patas fundamentales del Estado de Bienestar. El sector de la Educación ya había logrado identificarse con el color verde y su conocida marea del citado color, que aglutina a padres y madres, profesores y alumnos, había conseguido el reconocimiento de la sociedad: la educación afecta a todos. Las protestas por los recortes en Sanidad también tenían su propio color, el blanco.

La marcha del 15-S, que reunió a centenares de miles de personas fue la puesta de largo de la marea naranja. Escenificó la impotencia de las familias, de las personas



Foto Consejo General (2012). La marea naranja de Aragón en la manifestación del 15S.

con dependencia que ven cómo sus ayudas no llegan y con los recortes y mutilaciones a la ley, tardarán mucho tiempo en llegar. La marea naranja mostró ese día el compromiso de miles de profesionales que más allá de ver cómo se reducen los puestos de trabajo en los servicios sociales, luchan porque su trabajo no es otro que ayudar a quienes más lo necesitan.

La presidenta del Consejo General del Trabajo Social, Ana I. Lima, pronunció un discurso, junto a los secretarios generales de los sindicatos y otros representantes de organizaciones miembros de la Cumbre Social, al fin de la marcha. Lima, en su discurso, dio voz a todos los profesionales, familiares y usuarios de los servicios sociales, la sanidad y la educación que integran las mareas naranja, blanca y verde. Aún sin recibir mención directa, nunca antes el trabajo social había sido tan visible.

“Los profesionales vemos a diario cómo se están vulnerando los derechos que tantos años han costado adquirir y cómo se nos aboca a prácticas contrarias a la vocación de servicio que nos llevó a trabajar donde trabajamos. (...) Cada vez

notas

4. La Cumbre Social está formada por sindicatos, asociaciones, organizaciones y a su vez plataformas y alianzas de prácticamente todos los ámbitos de la sociedad, en total, cuenta con más de 150 miembros. La Cumbre simboliza la unión de la sociedad frente a los recortes que está aplicando el Gobierno. El Consejo General del Trabajo Social forma parte de la cumbre y como tal dinamizó –difundiendo la convocatoria, encargando una pancarta unitaria o contratando una batucada- la formación de la columna naranja que salió el pasado día 15 de septiembre desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y confluyó en la Plaza de Colón. La Cumbre Social ha convocado la Huelga General del 14 de noviembre y está inmersa en la campaña para exigir al Gobierno un referéndum sobre los recortes, mediante la recogida de firmas: [www.exigimosunreferendum.org](http://www.exigimosunreferendum.org)





Foto Consejo General (2012). La marea naranja del Consejo Andaluz de Servicios Sociales en la puerta del Ministerio de Sanidad e Igualdad en la manifestación del 15S.

son más las familias que viven angustiadas porque no llegan a final de mes. Los servicios sociales municipales ya no dan abasto para atender el creciente número de familias que demandan su ayuda. (...) No queremos volver a la beneficencia del franquismo. El ser humano tiene derecho a vivir dignamente, no puede depender de la caridad del rico". Estas palabras, extraídas del discurso que la presidenta del Consejo General del Trabajo Social, Ana I. Lima, pronunció antes de la lectura del manifiesto de la manifestación del 15 de septiembre, resumen el sentir de los y las trabajadoras sociales.

En la misma línea, la presidenta del Colegio de Aragón, Irene Gállego, añade: "Nuestras profesiones se caracterizan por tener a las personas en el centro de su atención. Nuestra conciencia profesional nos obliga a tomar partido. Es el tiempo de la coherencia con los principios que proclamamos como inspiradores de la intervención social, esos mismos principios que planteamos a nuestros usuarios cuando realizamos nuestro ejercicio profesional: la capacidad de mejora, la proactividad, la participación. A menudo les decimos que no basta con quejarse, que tienen que tomar la vida en sus manos y actuar para



**Foto Consejo General (2012).** Ana I. Lima junta a los líderes sindicales y representantes de la Cumbre Social.



**Foto Consejo General (2012).** Manifestantes de la marea naranja en la manifestación del 15S.

mejorarla. Es el momento de dar ejemplo, de demostrar que nosotros estamos con ellos y por ellos”.

## Los retos

La marea naranja asume ahora el reto de seguir haciéndose oír. La iniciativa de la Ola Naranja, surgida desde el CGTS como una fórmula para ayudar a la dinamización de los colegios, está alimentando a la marea naranja. A su paso por cada capital de provincia, los medios de comunicación locales se hacen eco de las reivindicaciones de los y las trabajadoras sociales, que en muchos casos han constituido plataformas y alianzas con otros profesionales y con las familias para luchar juntos por los servicios sociales.

Es esa naturaleza territorial que tiene la estructura colegial del trabajo social la que ha llevado al CGTS a formar parte de la comisión de apoyo de la campaña que ha impulsado la Cumbre Social para recoger firmas instando al Gobierno a convocar

un referéndum sobre los recortes, que no estaban incluidos en el programa electoral del PP. La magnitud del tijeretazo y de las reformas llevadas a cabo es tal que supone un cambio en la naturaleza misma del Estado del Bienestar.

Se consiga la convocatoria del referéndum o no, la marea naranja ya ha tomado las riendas, proponiendo alternativas. En Aragón, por ejemplo, con la colaboración de unos 100 voluntarios, la marea naranja ha presentado ante la Consejería de Educación 4.000 recursos de reposición a la concesión de becas de comedor escolar y material curricular. Han mandado escritos a la Fiscalía de Menores y al departamento de Justicia de Aragón pidiéndoles que instaran al Gobierno de Aragón a dotar partidas destinadas a becas de comedor escolar y material curricular.

Por su parte, el Colegio de Trabajo Social de Catalunya firmó hace unos meses un convenio con la Dirección General de Protección Civil para la activación de los y las trabajadoras sociales en la atención



Foto Consejo General (2012). Mosaico con e logo de la marea naranja en la manifestación del 15S.

psicosocial a víctimas de emergencias y catástrofes. Además, varios colegios están recogiendo firmas para la ILP (iniciativa legislativa popular) en la que se pide la dación en pago, parar los desahucios y promover el alquiler social.

La llegada de la ola naranja a las capitales de provincia está siendo aprovechada

por los colegios para difundir su rechazo al desmantelamiento de los servicios sociales y las iniciativas que están llevando a cabo. Cuando acabe la campaña, en diciembre, coincidiendo con la celebración de la Asamblea General de Colegios Oficiales, las pancartas con las que los colegios salen a las calles habrán circulado por toda España.

**Si quieres contactar con la marea naranja de tu zona,  
ponte en contacto con el colegio oficial de tu provincia o comunidad.**

# Portal Internacional







# Acción e impacto del Trabajo Social: una experiencia en el Congreso mundial de Estocolmo

Ana Belén Domínguez Milanés

## Resumen

Pasando por una época de agitación social en el mundo, los/as profesionales, profesores/as y estudiantes universitarios de trabajo social y científicos sociales de más de 100 países se reunieron en Estocolmo 2012 para afianzar el nuevo programa mundial y ofrecer oportunidades a través del vínculo y alianzas para discutir la práctica cotidiana y las cuestiones de desarrollo y cambio social.

## Palabras clave

Estado de bienestar, Trabajo Social, Desarrollo Social, Empoderamiento, Alianzas, Marea Naranja.

## Abstract

In a time of social unrest in the world, professionals, university teachers and students of social work and social scientists from over 100 countries met in 2012 Stockholm to secure the Global Agenda and to offer new opportunities through the link and alliances to discuss practice everyday and the development and social change issues.

## Key words

Welfare state, Social Work, Social Development, Empowerment, Alliances, "Orange Tide"

Autoras



**Ana Belén Domínguez Milanés**

Técnico de Gestión  
Consejo General del Trabajo Social  
[areagestion@cgtrabajosocial.es](mailto:areagestion@cgtrabajosocial.es)

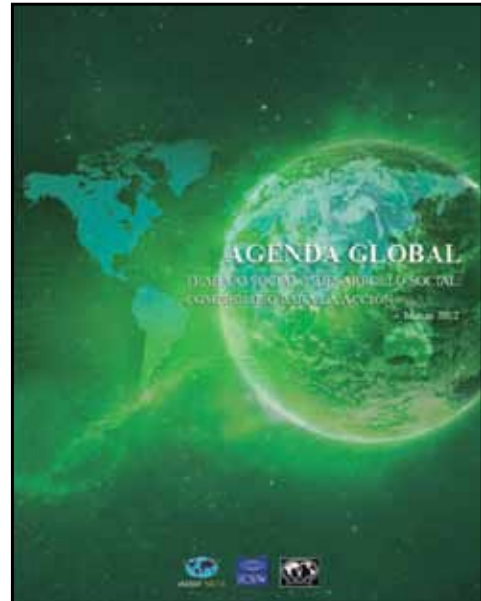
# “Acción e impacto del Trabajo Social”: una experiencia en el Congreso mundial de Estocolmo

## Introducción

Cada dos años se reafirma la importancia internacional de la profesión del trabajo social con la presencia de cientos de trabajadores/as sociales en la Conferencia Mundial. Este año, mientras que en España se seguía defendiendo el no desmantelamiento de nuestro Estado de Bienestar y se luchaba contra los recortes del gobierno en el Sistema Público de Servicios Sociales, nos reunimos en Suecia, país que se conoce como originario desde finales del siglo XIX del famoso *Welfare State*, con el objetivo y la responsabilidad pública de instaurar el bienestar de todos/as sus ciudadanos/as, así como la libertad de estos/as entre una amplia elección y provisión de servicios públicos. La instauración de este sistema dio paso a la formación del modelo de bienestar en otros países europeos.

La Venecia nórdica, sede de los Premios Nobel, cuna del grupo musical Abba y de escritores tan leídos como Astrid Lindgren o Stieg Larsson, reunió del 8 al 12 de julio a más de 2.500 profesionales de la educación, práctica e intervención de trabajo social de 106 países diferentes, que son diariamente testigos de la realidad cotidiana y que se enfrentan a los desafíos y los compromisos de los derechos humanos, del cambio y de la justicia social. Bajo el título “**Acción e Impacto del Trabajo Social**” y organizada por Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS) y el Consejo Internacional de Bienestar Social (CIBS), la Conferencia Mundial celebrada en Estocolmo ofreció la oportunidad de debatir los aspectos fundamentales de nuestro trabajo en la intervención y el desarrollo social, reflexionar sobre los avances del trabajo social, consolidar y fortalecer

alianzas entre colegas, ayudar a entender el impacto de los/as trabajadores/as sociales en miles de millones de personas en todo el mundo, así como la repercusión de la crisis financiera en la consecución de los objetivos y compromisos fijados.



IFSW (2011): **Agenda Global Trabajo Social y Desarrollo Social.**

El desafío y el impacto que han tenido los compromisos reflejados en la **Agenda Global** alcanzados hasta el momento por las diferentes asociaciones profesionales y entidades que representan el desarrollo, la práctica y la educación en trabajo social han sido el marco de este evento internacional. El papel crítico del trabajo social en las transformaciones de los países en desarrollo analizado en el Congreso de 2010 en Hong Kong, hizo definir las primeras líneas de acción plasmadas posteriormente en dicho documento consensuado, y que han inspirado el desarrollo de un sistema social más sostenible para el futuro. El

documento a lo largo de este año ha sido presentado y aceptado formalmente por Helen Clark, Administradora de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en representación de la Organización de Naciones Unidas en la sede de Nueva York, así como en las sedes de Ginebra, Santiago de Chile, Nairobi y Bangkok, y ante jefes de los Estados miembros y otros organismos gubernamentales.

## Asamblea Mundial de Delegados de la FITS

Como antesala a la Conferencia, se celebró la **Asamblea Mundial de Delegados de la Federación Internacional de Trabajadores/as Sociales**, reuniéndose un importante número de países. Se presentaron los Informes Regionales, los de los Representantes de los diferentes continentes y de las Comisiones de la ONU, la OMS o Amnistía Internacional; se dio la bienvenida a quince nuevos miembros internacionales en las diferentes regiones de la FITS como Puerto Rico, Irán, Hungría o Marruecos; se hizo un balance de las actividades y finanzas del año anterior, así como la presentación del calendario y presupuesto para el próximo periodo. Además se explicó la actividad en las diferentes Comisiones relacionadas con la Ética, los Derechos Humanos, las Publicaciones, la Definición y la Agenda Global.

Uno de los aspectos más importantes a tratar durante esta reunión internacional fue la **Definición de Trabajo Social**. Aun se sigue dialogando sobre la revisión de la actual concepto, y que lleva discutiéndose desde 2008 en reuniones generales y eventos nacionales y regionales. Durante este periodo se han elaborando diferentes pro-

puestas para una definición global nueva y actualizada desde los diferentes continentes, dando cabida por un lado nuestra común comprensión global de trabajo social y de la historia, como una profesión global, y por otro, reconociendo las diversidades contextuales y culturales que influyen en la transformación del trabajo social en relación con los/as ciudadanos/as y con el resto de agentes sociales. En particular se escucharon las voces, diferentes perspectivas y enfoques de la definición desde América Latina, Europa Asia-Pacífico y África. También se acordó que un grupo de trabajo, formado por los cinco presidentes regionales y sus delegados/as de la FITS y la AIETS, impulsará el debate sobre la necesidad de una nueva definición mundial y el compromiso de crear diálogo internacional y continuado sobre este tema.

Durante la reunión, los delegados miembros de la Federación Internacional aprobaron **nuevas orientaciones mundiales** sobre la consecución de medios de trabajo eficaces y éticos para el desarrollo del trabajo social y el compromiso de los/as empleadores/as y los/as profesionales, así como la elaboración de una guía de principios para aquellos/as trabajadores/as sociales que tienen que enfrentarse a casos de abuso infantil.

*Hubo nuevas elecciones, entre las que se eligió a la nueva Presidenta en la FITS Europa, Cristina Martins de la Asociación Portuguesa (Associação dos Profissionais de Serviço Social), con la que Ana I. Lima (Presidenta del Consejo General del Trabajo Social) tuvo ocasión de hablar para afianzar las relaciones entre los/as trabajadores/as sociales españoles/as y portugueses/as, así como para mantener una colaboración y exposición más continuada de temas y problemáticas a tratar en la Ejecutiva de la FITS Europa.*

## “Acción e impacto del Trabajo Social”: una experiencia en el Congreso mundial de Estocolmo



Foto CGTS (2012). Reunión informal de la FITS Región Latinoamericana y Caribe.

Como acto conmemorativo se entregó la condecoración en memoria de Andrew Mouravieff-Apostol a **Ellen Mouravieff-Apostol**, por su labor en la defensa de los Derechos humanos y su participación en la fundación y posterior colaboración continuada en la Federación Internacional.

Este espacio además permitió la ocasión de entablar alianzas y reuniones entre los/as colegas internacionales. Durante la Asamblea tuvo lugar una **reunión informal de los miembros de la FITS Europa** para valorar la continuidad de las próximas Conferencias europeas, dar la bienvenida a la nueva Presidenta y establecer la nueva reunión en Estambul, que será los días 19 a 21 de abril de 2013, junto a una nueva edición del **3ª Conferencia ENSACT 2013**, que tendrá como tema “*La acción social en Europa: hacia políticas y prácticas inclusivas*”.

Además Ana I. Lima, como presidenta del Consejo General del Trabajo Social, fue invitada por su presidenta regional, Laura Acotto, a participar en la reunión informal de la FITS Región Latinoamérica y Caribe, donde se habló de la celebración del III Encuentro de la Región de América Latina y Caribe en Montevideo (Uruguay), de las condiciones laborales de los/as profesionales del trabajo social en los distintos países latinoamericanos y de profundizar las re-



Foto CGTS (2012). xxxxxxxx

laciones y los nexos de colaboración con otras regiones de la FITS.

## Cuatro días de intercambio de experiencias

Acompañada por las presentaciones de **David N. Jones**, expresidente de la FITS Mundial, y **Solveig Askjem**, expresidenta del CIBS, **Eva Holmberg-Herrström**, presidenta del Comité organizador, abrió la Conferencia *con unas calurosas palabras de bienvenida*, con las que resaltó el importante papel de los/as trabajadores/as sociales no sólo ayudando a la ciudadanía con sus problemas sociales y personales más difíciles, sino también enfrentándose y empoderándose ante la situación de crisis mundial y la devastación de las políticas sociales, así como con la dificultad de alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como la reducción de la pobreza. Recalcó que esta reunión mundial no podía realizarse en un momento mejor para el debate, las sinergias y alianzas, la estrategia global o las prácticas innovadoras surgidas por todo el mundo, así como para la mejora de la imagen, influencia y confianza en el



Foto CGTS (2012) Ana I. Lima y Carmen Verde (presidenta y vocal del CGTS) junto a Ellen Mouravieff-Apostol, condecorada durante la reunión.

trabajo social y sus profesionales, no sólo con los organismos mundiales, nacionales y regionales, sino también con la ciudadanía.

Durante la inauguración, importantes representantes de las políticas sociales mundiales como **Michelle Bachelet**, actual Secretaria General adjunta y Directora Ejecutiva de la nueva Agencia de la Mujer de Naciones Unidas, **Anna Köning**, Vicepresidenta del área de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Estocolmo, o **Christian Rollet**, presidente saliente del CIBS, destacaron la importancia, el diálogo y la cercanía a la realidad y a la ciudadanía de los/as expertos/as en trabajo social y que todos/as juntos/as en un evento como en el que nos reunía en Estocolmo permitiría la promoción de la reducción de las desigualdades sociales y económicas.

Uno de los relatores durante la inauguración más aclamados fue **Hans Rosling**, médico, estadístico y profesor de International Health del Karolinska Institutet (Suecia), catalogado como una de las mejores mentes creativas a nivel internacional. Con sus gráficos móviles e interactivos hizo visualizar el desarrollo del mundo, y destacando que mientras los programas sociales están siendo devastados, sobre todo en Europa y en la mayoría de países desarrollados, se está dando un rápido y sorprendente desarrollo económico en Brasil, Rusia, India y China, en los que se está estimulando el desarrollo de políticas sociales, la provisión de servicios sociales, inauguración de nuevas escuelas de trabajo social, o contratación de millones de trabajadores/as sociales en China.

La sesión plenaria del lunes dio comienzo con una evaluación de los derechos huma-

## “Acción e impacto del Trabajo Social”: una experiencia en el Congreso mundial de Estocolmo

nos por **Thomas Hammarber**, excomisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa, haciendo hincapié en la importancia de una sociedad inclusiva y la responsabilidad directa de los gobiernos y los políticos de las crecientes desigualdades a causa de los recortes sociales y la crisis. El discurso de **Vishanthie Sewpaul**, profesora de la Universidad de KwaZulu Natal en Sudáfrica, se centró en la nueva era del trabajo social y de los derechos humanos en África. Resalta que es el continente donde se encuentran los países más pobres del mundo, pero para ella esto no es lo más preocupante, sino las graves desigualdades que se están provocando a causa de ello. La profesora quiso destacar la importancia y el fortalecimiento del trabajo social como profesión por lo derechos humanos, sobre todo en continentes como África.

**Tom Shakespeare**, técnico de la Organización Mundial de la Salud, expuso las conclusiones del Informe Mundial sobre Discapacidad, donde se refleja que el 15% de la población mundial sufre alguna discapacidad, aunque ha mejorado la calidad de vida de este grupo de población, exigen mayor protección, accesibilidad e igualdad de trato como parte importante de la sociedad. Sobre todo este Informe ofrece recomendaciones para que se instauren estas mejoras y servicios para las personas con discapacidad en cualquier parte del mundo.

Durante el resto de la jornada los miles de asistentes a la Conferencia en Estocolmo pudimos asistir a multitud de experiencias, investigaciones, ponencias, simposios, talleres y grupos de trabajo sobre temáticas muy variadas centradas en: derechos humanos e igualdad social, cambio ambiental y desarrollo social sostenible, y transformación global y acción social. Se examinaron temas como el envejecimien-

to activo y digno, los derechos y la protección de los/as menores, el trabajo social y la gestión ambiental en situación de desastres.

A colación del **Año Europeo de Envejecimiento Activo y Solidaridad Intergeneracional**, una de las sesiones se centró en los cambios demográficos de la población, el creciente número de población mayor y el cambio de actitud en los programas de cuidado y apoyo hacia los mismos, así como el reciclaje y la activación de este colectivo en Asia, África y Europa. Otro de los temas de interés que se planteó fue sobre las condiciones laborales, el desarrollo profesional de los/as trabajadores/as sociales y el importante apoyo sobre todo a los/as recién titulados/as a través de las asociaciones y colegios profesionales.

Durante esta primera jornada, **Ana I. Lima** participó en un grupo de trabajo sobre derechos humanos presentando la ponencia elaborada conjuntamente con el Vocal del Consejo Manuel Gutiérrez del papel del trabajo social en las emergencias sociales y su relación con los derechos humanos, presentando el programa desarrollado por la estructura colegial española en el campo de intervención social en emergencias y desastres. Otros países como Portugal, Georgia, Turquía o Austria expusieron sus proyectos en materia de derechos humanos que se están llevando a cabo en sus países.

El debate inaugural de la mañana del martes versó sobre el cambio ambiental y el desarrollo social sostenible. El profesor **Michael Marmot**, también presidente de la Comisión sobre Determinantes Sociales en la Salud de la OMS, analizó las desigualdades en la salud como resultado de determinantes sociales y medioambientales. También el profesor de la Universidad Estatal de Wichita (Kansas, EEUU), **Fred Besthorn**, analiza la importante conexión



del papel de la profesión del trabajo social y el desarrollo medioambiental.

A lo largo del día se pudo participar en sesiones acerca de la gestión de desastres, la pobreza infantil y el trabajo social en los conflictos. Uno de los talleres que más impactó fue en donde se escucharon presentaciones sobre la respuesta de la comunidad y la práctica del trabajo social a los terremotos, las inundaciones y los efectos del cambio climático en diferentes comunidades. Los/as trabajadores/as sociales fueron las voces de la población en muchos de estos casos y situaciones de vulnerabilidad y desastre, garantizando los servicios sociales y el apoyo psicológico, económico y social en muchos casos.

También en las sesiones de la tarde se analizó el papel de las nuevas tecnologías en la formación y en la práctica del trabajo social. Por ejemplo, en la ciudad de Estocolmo se ha realizado un estudio sobre cómo los/as trabajadores/as sociales utilizan Internet y la comunicación digital en su intervención diaria, así como la incorporación en el plan de estudios en varias universidades. No obstante, aun los/as trabajadores/as sociales se resisten a compartir demasiada información a través de Internet o los móviles, pesando más el principio de confidencialidad.

**Ana I. Lima** participó como moderadora de un taller en español sobre las **perspectivas macro del trabajo social**. Durante esta sesión, Alejandro Martín Pluma, trabajador social español y Accésit del Premio Nacional de Investigación Ana Díaz Perdiguero 2011, expuso su trabajo sobre el cambio en las estrategias de las políticas sociales y la intervención social, invitándonos a orientarlas hacia la capacitación y potenciación de las características personales de los actores más desfavorecidos para

protagonizar sus propios procesos vitales, con nuestro acompañamiento profesional. Experiencias de políticas sociales de diferentes regiones de Brasil fueron expuestas por otros/as colegas.

La jornada del miércoles fue inaugurada por la sesión plenaria del escritor **Malcolm Payne**, donde analizó la esencia e importancia del trabajo social en la justicia social, en las relaciones sociales con los individuos, grupos y comunidades, en la solidaridad social y en el fin de las desigualdades sociales. En palabras del profesor Payne, éste alienta a que en este momento que el sistema económico mundial está atravesando un periodo de cambio y de crisis, es necesario que los/as trabajadores/as sociales busquen una nueva estrategia para el bienestar social y una mayor solidaridad social. También **Chakib Benmoussa**, presidente del Consejo Económico y Social de Marruecos, analizó las consecuencias de la Primavera Árabe en las políticas sociales y el importante papel que están cumpliendo de las reivindicaciones económicas, políticas y sociales en todo el mundo.

Durante uno de los talleres de la tarde y coordinado por Ana María Campanini, Ana I. Lima presentó la Alianza por la defensa del sistema público de los servicios sociales, exponiendo los objetivos alcanzados con esta red, la nueva campaña de la Marea Naranja, y las reivindicaciones que los/as trabajadores/as sociales españoles/as están llevando contra los recortes del Plan Concertado de prestaciones básicas de servicios sociales y en el resto de políticas sociales. Además fue la temática del artículo con el que se colaboró para el libro presentado en el marco de la Conferencia, "Trabajo Social alrededor del Mundo" de la FITS.

Durante la ceremonia de clausura, **Gary Bailey**, presidente de la FITS Mundial, ex-

**“Acción e impacto del Trabajo Social”:  
una experiencia en el Congreso mundial de Estocolmo**



**Foto CGTS (2012)** Ana I. Lima durante su presentación de la Alianza por la Defensa del Sistema Público de Servicios sociales.

presó su felicidad por llevar más de 30 años perteneciendo a la profesión de trabajo social, la cual actualmente debe enfrente a muchos desafíos y para los que se necesita una voz unida y solidaria de todos/as sus profesionales. Cree que la comprensión pública sobre el trabajo social debe cambiar y mejorar, ya que la ciudadanía piensa en nosotros/as sólo cuando se encuentran en dificultades, y deben ser conscientes del importante y continuado papel que la profesión lleva a cabo en el cambio, la justicia y el desarrollo social. Su discurso es compartido por el profesor **Walter Lorenz** de la Universidad de Bozen-Bolzano (Italia), que expresa que las actuales crisis económicas, culturales, sociales, políticas y ambientales en el mundo están poniendo en peligro los valores del trabajo social. Expone que se debe hacer frente a la privatización de la esfera pública y la re-

ducción en servicios de salud y bienestar social que están llevando a cabo muchos países, sobre todo de la Unión Europea. Para hacer frente a todo ello, los/as trabajadores/as sociales deben seguir luchando por los derechos de las personas.

Además, como compromiso del Consejo General en España con el Bloque de revistas de trabajo social, se difundieron las revistas científicas españolas. Esta difusión supuso más de 50 contactos internacionales para la posible distribución de revistas de trabajo social españolas en el mundo.

Se pone fin a cuatro intensos días de intercambio de experiencias con la presentación de la próxima Conferencia Mundial que tendrá lugar en julio de 2014 en Melbourne (Australia) y la multiculturalidad de un grupo flamenco.



## La Marea Naranja en Estocolmo

Además de entablar nuevos contactos y posibles nexos de colaboración con representantes de trabajo social de otros países, dar a conocer a través de un tríptico con todas las publicaciones sobre trabajo social que actualmente existen en España, se quería hacer concientes a los/as asistentes de la Conferencia del movimiento contra los recortes en Servicios sociales que entre el colectivo profesional de tra-

bajadores/as sociales se estaba llevando a cabo en España. Vistiendo la camiseta naranja con el lema “Servicios Sociales para todos y todas. Recortes NO, ¡No te calles!” se dio a conocer la campaña y se buscó el apoyo de colegas trabajadores sociales de todo el mundo.

Incluso la Marea Naranja confluyó con movimientos similares que profesionales del trabajo social están llevando a cabo en otros países; por ejemplo, la campaña MEND THE GAP! de la red internacional PowerUs, que reúne a profesores, estudiantes, profesionales y usuarios de servi-



Foto CGTS (2012). David N. Jones, expresidente de la FITS Mundial, con la Marea Naranja.

**“Acción e impacto del Trabajo Social”:  
una experiencia en el Congreso mundial de Estocolmo**



**Foto CGTS (2012).** Representantes de la FITS América Latina y Caribe con la Marea Naranja.



**Foto CGTS (2012).** Representantes de la Asociación Francesa de Asistentes Sociales con la Marea Naranja.



**Foto CGTS (2012).** Compañeras de la Universidad de Trabajo social en la India con la Marea Naranja

cios sociales. Ofrecieron un taller sobre PowerUs organizó un taller sobre cómo los/as usuarios/as también deben estar involucrados/as en la investigación, la

educación y la formulación de políticas y proyectos sociales en países como Reino Unido, Noruega o Suecia.



Foto CGTS (2012). La MareaNaranja con el movimiento PowerUs, Mend The Gap!

Para ver las ponencias marco de la Conferencia Mundial de Trabajo social y Desarrollo social 2012 en Estocolmo: <http://swsd2012.creo.tv/>



# Comentarios y reseñas



## RESEÑAS DE MUNDOS 2.0

Manuel Gutiérrez Pascual



A continuación presentamos algunas referencias de webs, de redes sociales...relacionadas con los mayores. Hay multitud de información en la red sobre dicho tema, por ello estas citas presentadas son una breve pincelada que invitan al lector a investigar por su cuenta en el mundo cibernético.

La referencia en habla hispana de contenidos web sobre mayores ha sido en los últimos años de manera significativa y positiva el IMERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales).

• El IMERSO ([http://www.imerso.es/imerso\\_01/index.htm](http://www.imerso.es/imerso_01/index.htm)) ha generado diversos portales y experiencias sobre mayores en formato web, algunos de los principales son los siguientes:

- Portal de Mayores: <http://www.imersomayores.csic.es/>

Portal científico creado en 2001 de acceso libre y gratuito especializado en Gerontología y Geriátrica, desarrollado

por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMERSO) y dirigido al ámbito académico y científico, los profesionales de los servicios sociales, los propios mayores y la sociedad en general. Aunque su diseño ya es algo antiguo, hay que destacar que la abundante información esta clasificada de manera accesible y ordenada para el usuario.

En este portal hay diferentes secciones con numerosa información práctica y actualizada. Las más interesantes son las de Psicología y Salud e Investigación, en la misma se presentan novedades de las últimas investigaciones relacionadas con el tema de mayores, por ejemplo se dispone información sobre iniciativas relacionadas con el Alzheimer y la experiencia piloto de la European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (Asociación Europea para la innovación en el ámbito del envejecimiento activo y saludable). Otras secciones que no debemos

olvidar es Recursos sociales y Entidades, donde encontraremos información sobre recursos sociales institucionales y de diferentes entidades ( ONGs, fundaciones...) de todo el Estado Español, como de Iberoamérica y Europa principalmente.

- Portal mayores en las redes sociales:

El twitter de portal mayores es [@portalmayores](#), en la actualidad con 2.551 seguidores.

El facebook es [portalmayoresmegusta](#) <http://www.facebook.com/portalmayoresmegusta>

El rumor a octubre de 2012 es que hay probabilidades de que este portal desaparezca por falta de financiación pública. Esperemos que sea un rumor, ya que como decimos, es una referencia para profesionales y usuarios.

«Año europeo del envejecimiento activo y de la solidaridad intergeneracional 2012”. [http://www.envejecimientoactivo2012.es/imsero\\_01/envejecimientoactivo\\_2012/index.htm](http://www.envejecimientoactivo2012.es/imsero_01/envejecimientoactivo_2012/index.htm)

Web donde se recogen las diferentes actividades relacionadas con este evento.

**En clave Rural.** [http://www.enclaverural.es/enclaverural\\_01/index.htm](http://www.enclaverural.es/enclaverural_01/index.htm)

El portal ENclaverural se constituye como un espacio público, gratuito, abierto y solidario que recoge intervenciones rurales en el ámbito del envejecimiento, la discapacidad y los servicios de proximidad, con el fin de darlos a conocer para que puedan hacerse visibles y ser replicados en otros enclaves rurales.

**Red intergeneracional.** <http://www.imsero.redintergeneracional.es/>

En este portal se exponen experiencias, investigaciones, proyectos relacionados en favor de unas relaciones más beneficiosas entre las distintas generaciones. El fin último de esta Red es colaborar en la implantación de una auténtica sociedad para todas las edades.





- Publicaciones ON LINE del IMSERSO:

**60 Y MÁS:** [http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/publicaciones/publicaciones\\_periodicas/sesenta\\_y\\_mas/2012/312/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/publicaciones_periodicas/sesenta_y_mas/2012/312/index.htm)

Esta publicación del IMSERSO sobre mayores es un clásico, en la actualidad ya esta editado el número 312, todo una referencia para profesionales y usuarios para estar actualizados sobre el tema que abordamos. De periodicidad mensual y gratuita.

**Autonomía Personal.** [http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/publicaciones/publicaciones\\_periodicas/rap/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/publicaciones_periodicas/rap/index.htm)

Publicación de reciente creación por el IMSERSO, de periodicidad trimestral que surge de la transformación de la revista «MinusVal», y que tiene como objetivo principal la difusión de informaciones generadas en el ámbito de las personas con discapacidad y de las personas en situación de dependencia, así como la producción técnica e investigadora relacionada con la autonomía personal.

Enlace.

[http://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/publicaciones/publicaciones\\_periodicas/enlace/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/publicaciones_periodicas/enlace/index.htm)

Publicación trimestral dirigida a los organismos contrapartes de la Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica para el desarrollo de políticas de atención a personas mayores y a personas con discapacidad (Riicotec) y a instituciones, asociaciones y profesionales de la cooperación técnica en materia de personas mayores y personas con discapacidad de la región iberoamericana. Nace en el 2000, es gratuita y on line, y en formato papel tiene una tirada de 1.000 ejemplares.

Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica. [http://www.riicotec.org/riicotec\\_01/index.htm](http://www.riicotec.org/riicotec_01/index.htm)

La Riicotec es una estructura de cooperación para el desarrollo de políticas de atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad, que favorece el intercambio de experiencias y la colaboración mutua entre los países de la Comunidad Iberoamericana.





**Evoluciona en Red.** <http://www.evolucio-naenred.org/index.php>

Es una iniciativa de cibervoluntarios.org, una fundación que promueve y fomenta el uso de las Nuevas Tecnologías en diferentes ámbitos y colectivos. En concreto Evolucionar en red es un programa de formación en el uso y manejo de las nuevas tecnologías dirigido a pequeñas y medianas asociaciones de mayores de toda España. Un proyecto donde se rompen estereotipos de los mayores y las nuevas tecnologías.

**Aula de Memoria El camino.**  
<http://www.amelcamino.com/entrada>

En la web de este centro de León que ofrece servicios para mayores se pondrá encontrar ejercicios on line de actividades de entrenamiento mental.

**ONG Desarrollo y Asistencia. Campaña en TWITTER.** <http://www.desarrolloyassistencia.org/dya/web/noticias/291>

Con motivo del Día de los Abuelos que se celebró ayer 26 de julio, y en el presente Año Europeo del Envejecimiento Activo y Solidaridad Intergeneracional, la ONG Desarrollo y Asistencia decidió emprender la campaña en Twitter 'Queridos Abuelos', con el objetivo de fomentar los mensajes positivos sobre los mayores de la familia, y que resultó enormemente exitosa.

La campaña consistía en utilizar el hashtag #QueridosAbuelos para destacar las virtudes personales de los propios abuelos y su importancia para la familia y la sociedad, el día dedicado especialmente a ellos. La iniciativa comenzó por la mañana, y desde primera hora, usuarios espontáneos decidieron participar hasta tal punto que convirtieron el hashtag en trending topic en diferentes ciudades españolas como Madrid, Sevilla o Valencia.

Como vemos, las redes sociales pueden ser utilizadas para generar red y campañas de sensibilización sobre un tema particular. Nuevas metodologías en nuestra actividad profesional.



## REDES SOCIALES: DE METÁFORA A PARADIGMA

Manuel Herrera Gómez y José Daniel Barquero Cabrero

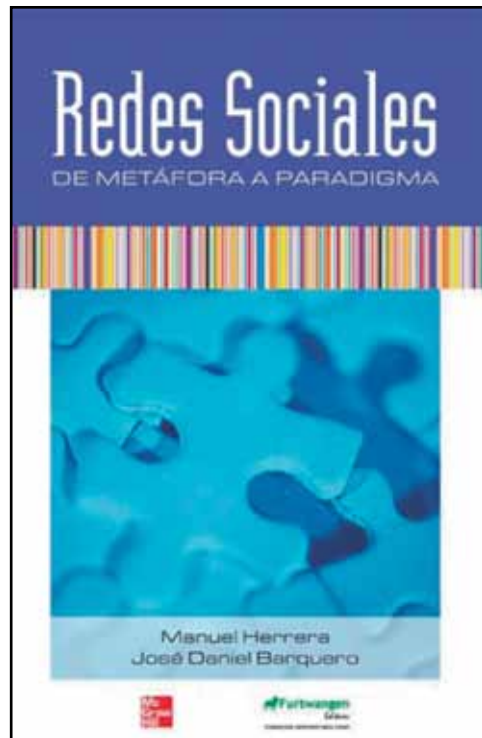
Editorial McGraw-Hill

Madrid 2012

266 páginas.

Aunque siempre se la ha presentado como la metáfora de la captura, de la pérdida de libertad, del estar y sentirse prisionero, en nuestros días la red ha pasado a ser la imagen del devenir existencial de quien, migrando a través de los círculos sociales que progresivamente se van haciendo más amplios y flexibles, encuentra en la multiplicidad de las pertenencias la clave de la propia identidad. Fuerza y debilidad, complejidad y fragmentación no son más que las polaridades extremas de una identidad múltiple, una identidad que puede recomponerse y reinventarse, una y otra vez, en la figura del navegante, del ciudadano, del extranjero, del solitario. Resultados inesperados de un complejo juego de escenarios y conexiones, aproximaciones y distanciamientos, que siempre contempla al actor social en el rol de jugador y marioneta que conjuntamente produce y reproduce con la acción el sistema de interdependencia del que forma parte.

A partir de las aportaciones ofrecidas por el análisis estructural, que representa una nueva y diferente grafía de plantear preguntas sobre cómo y por qué funciona la sociedad, una mirada que se conecta directamente a la tradición sociológica de Simmel y von Wiese, en esta obra se reconstruye el recorrido teórico y empírico que ha conducido a la maduración de una nueva forma de leer la sociedad: el paradigma de redes, representación y esencia de la relación social. Sobre él hay que apuntar, como muy bien hacen los profesores Herrera y Barquero, que constituye un estilo de plantear preguntas y buscar respuestas que no es típico y exclusivo del análisis estructural. Teorías del intercambio y teoría relacional se mueven, con sus correspondientes diferencias, en el mismo



horizonte. Ambas pretenden producir representaciones que sean adecuadas para comprender una realidad que cada vez es más relacional y menos describable como sistema coherente hecho de partes y subsistemas jerárquicamente ordenados.

Ahora bien, dentro del recorrido teórico realizado, se presta una particular atención a la teoría relacional. Según Herrera y Barquero esta última se propone como un preciso y nuevo planteamiento cognitivo, caracterizado por específicas asunciones de relevancia, juicios de hecho (teorías científicas verificables) y juicios de valor (valoración de los hechos y teorías según

un cierto sistema de valores). El elemento que marca la discontinuidad entre el paradigma de redes, tal y como ha sido reconstruido a partir de las reflexiones estimuladas por las teorías estructurales y del intercambio, y el planteamiento relacional, viene dado por la asunción filosófica de que el hombre es, ontológicamente, animal político. ¿Qué significa esto? Que es un ser viviente naturalmente social. La relación social –objeto, a pesar de que muchos lo nieguen, de la sociología- aunque ontológicamente determinada, tiene una cierta autonomía respecto al individuo. Sin embargo, y todo hay que decirlo, no es una realidad que existe prescindiendo de los individuos. La relación social tiene una naturaleza que existe sólo por y en los individuos, sin embargo, posee su realidad autónoma, derivable de la modalidad con que los individuos se relacionan recíprocamente. Ya que la relación social, que vive por y en los agentes, está intrínsecamente constituida por actos que siempre están dotados de sentido y determinados estructuralmente, se deriva –como juicio de valor- que cualquier fenómeno o comportamiento social que sea desequilibrado en uno o en otro sentido es asumido como indicador de patología social y de crisis.

Las investigaciones sobre las redes de apoyo como redes de relaciones, el estudio de la familia según una perspectiva de redes que se sitúa más allá de la dialéctica entre acción y estructura, las reflexiones sobre el tercer sector –el gran desconocido de las sociedades avanzadas- y sobre la pluralización del care system en los programas de welfare, la actualización y puesta a punto, en el campo de los servicios a la persona, de nuevas metodologías de intervención etiquetables como “intervenciones de redes”, y la misma difusión de una terminología de tipo reticular (amplitud, densidad de las redes, redes de apo-

yo, ubicación en red de los servicios, etc.), pueden ser considerados como algunos de los múltiples y fructíferos ejemplos de la maduración de esta nueva y diversa forma de leer la realidad social.

En el nuevo paradigma, el concepto de sistema es sustituido por el concepto de red, un concepto en el que la relación se convierte en un eje fundamental. No debemos de olvidar, tal y como señalan los autores de esta obra, que la relación es la clave para entrar y salir de la realidad, esto la llave que nos da acceso y nos permite abandonar los diferentes escenarios que componen el mundo que nos rodea. Junto a ello hay que apuntar que no elimina los términos que liga, al contrario, los investiga y explica. Aunque hay que tener presente que también han aflorado ciertas formas de relacionismo que, en buena medida, suponen la propia disolución de dichos términos o polos. La relación un “concreto”, no una pura abstracción (forma o comunicación). Esto es, algo específico. Tal conjunto (pensamiento-y-realidad) relacional solamente in extremis es dicotómico (ambivalente, dual, etc.) o confuso: normalmente tiene una estructura de redes, conecta, liga, crea interdependencias; lo que conlleva tensiones y conflictos relacionados. Las normas (y reglas) son una forma absolutamente necesaria e inevitable para regular “normalmente”, es decir, en condiciones no extremas, las contingencias de situaciones y acontecimientos que, en lo social, no están en ningún momento determinadas a priori.

El volumen se dirige a todos aquellos estudiantes del área de las ciencias sociales que desean profundizar en los nuevos planteamientos cognitivos. También a los profesionales del campo de los servicios de bienestar y del tercer sector, interesados en experimentar nuevas formas de programa-

ción y gestión de los servicios que respondan a las exigencias de una sociedad que cada día es más relacional.

Con la esperanza de que tales objetivos de claridad se hayan alcanzado y que las frecuentes “puntualizaciones” no se contemplan como un exceso de pedantería, los autores consignan este trabajo al juicio de los lectores. En particular a estudiantes y jóvenes que sienten y viven la fascinación

de las nuevas “navegaciones” telemáticas, metáforas por excelencia del estar y ser “aquí y ahora, con quien sea y donde sea” en la red y mediante la red, nuevos pilotos que deben confiar en nuevos “mapas” para sobrevivir como robinsones en un mundo marcado por la incertidumbre que es una red de redes de relaciones.

Maria del Mar Rodríguez Brioso  
Instituto de España

**Curiosocial**



## Alberto Casillas, el camarero que protegió a los manifestantes del 25 S: "No soy ningún héroe"

"Aquí no van a entrar porque esto está lleno de gente inocente", gritó a los antidisturbios. A sus 49 años, **Alberto Casillas está casado, tiene dos hijos** y trabaja como un español más en una cafetería céntrica de Madrid. Sin embargo, desde este martes es **un héroe para todo el movimiento del 25 S**. Alberto no es otro que el protagonista de una de las imágenes más virales de la jornada que inmortaliza cómo **protegió a unos 200 manifestantes de los antidisturbios dentro del Restaurante Prado, del que es encargado**.

"No soy un héroe, fue un acto humano; cualquier ciudadano hubiera hecho lo mismo", asegura a Yahoo! Noticias Alberto, describiendo los incidentes que vivió en el Paseo del Prado, muy próximo a la plaza de Neptuno, el principal foco de los incidentes del 25 S.

Por César Finca | Yahoo! Noticias – mié, 26 sep 2012

YAHOO! ESPAÑA NOTICIAS



### Comentario

Que nunca se sabe donde va a aparecer el héroe; estaba allí desde hace tiempo, pero nadie se había dado cuenta; parecía que era sólo un camarero. Pero gracias a él, de repente lo que parecía un simple bar se convierte en un lugar de leyenda, un lugar donde acogerse a sagrado cuando la represión aprieta. Hace algunos siglos –parece que fue ayer-, eran las catedrales, ahora mudas; hoy tenemos que acogernos a sagrado en los bares ¡cómo cambian los tiempos!

Extraordinaria lección para los/as trabajadores/as sociales, un ejemplo de lo que debemos hacer cuando se trata de defender a nuestra clientela, a quienes acosados por la injusticia y por la avaricia de unos pocos, acuden a nuestros centros. Toma nota de la postura, colega: ahí plantados, con los brazos abiertos para detener la injusticia, para cobijar a quienes están acosados por la codiciosa banca que quiere desahuciarlos, por las instituciones que pretenden expulsarlos del sistema sanitario, o que les deniega las becas del comedor escolar, con quienes quieren quitarles su derechos a las prestaciones de la dependencia para pagar los intereses abusivos de la banca alemana...

Entonces, quizás, alguien clame de los centros de servicios sociales eso que Sabina cantaba de los bares: Que no te quiten el bar de la esquina... Es lo que nos queda.

CYRANO Y MENGANO



## Rudi justifica los recortes y abandera “la rebelión social”

La presidenta de Aragón, Luisa Fernanda Rudi, ocupó dos tercios de su intervención en el debate sobre el Estado de la Comunidad autónoma para defender y justificar los recortes de su primer año de mandato de una legislatura que definió como la de “la rebelión social contra la resignación y a favor de una nueva manera de hacer política”, después de años de “irresponsables políticas en el ámbito nacional”. Una peculiar forma de definir el año de gestión de su Gobierno, 12 meses de duras reformas, abundantes protestas en la calle, sin apenas indicios de que me-

jore la economía y la situación de miles de personas en un discurso en el que apenas hubo referencias a ellos. Apenas se habló de trabajadores y de desempleados. Hoy, con las intervenciones de los grupos parlamentarios, la presidenta afinará más su intervención de ayer y entrará al debate con el resto de posturas en el Parlamento autonómico. 20/09/12 EL Periódico de Aragón.

[http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/temadia/rudi-justifica-los-recortes-y-abandera-la-rebelion-social-\\_791675.html](http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/temadia/rudi-justifica-los-recortes-y-abandera-la-rebelion-social-_791675.html)



### Comentario

¡Llegó el festival del humor! Por fin alguien se lanza a relajar el ambiente y animar el patio en medio de tanta mala noticia y de tanto discurso serio. Ahí está uno de los barones del PP, Luisa Fernanda Arrudi<sup>1</sup>, ex presidenta del Congreso y ahora Presidenta de Aragón, asombrando a todo el mundo con el anuncio de que va a encabezar la rebelión social contra de esta pedazo crisis ¡Dña. Luisa Fernanda encabezando una rebelión! ¿A ver si va a ser una antisistema y lo estaba disimulando! Pero no, nosotros creemos que se trataba de una sutil ironía destinada a relajar el tenso ambiente de un debate parlamentario. Es de agradecer.

Pero si el humor de Luisa Fernanda puede calificarse de británico, hay en su propio partido otras formas de humor más castizas, más a lo Esteso y Pajares, con el sonoro y rotundo “¡que se jodan!” ¿A que tiene gracia? Hay muchas otras formas de humor; para descubrirlas te proponemos un ejercicio de agudeza visual: de todas las pancartas que aparecen en la viñeta, hay una que no la hemos inventado nosotros ¿a ver si averiguas cual es? Una pista: la dijo no hace mucho un presidente de la patronal de una Comunidad Autónoma. Nosotros le hemos copiado el chiste. Los humoristas somos así.

CYRANO Y MENGANO

### ■ notas

1. ¿Porqué se sigue llamando barones al grupo de dirigentes donde hay tan destacadas damas como la propia Luisa Fernanda, Doña Dolores de Cospedal, la señora Rita Barberá o, hasta hace poco, la mismísima Esperanza Aguirre?





# 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 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](mailto: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)
- Nº 99: ENVEJECIMIENTO ACTIVO (II)

Próximo número:  
Nº100: INTERVENCIÓN SOCIAL

# 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<sup>a</sup> 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 €

**SERIE DOCUMENTOS**

**Informe social y programa individual de atención (PIA)**

Redactora: M<sup>a</sup> 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 €

Forma de pago. Enviar:

- Transferencia a Banco Popular:  
C/ Gran Vía, 67. 28013 Madrid.  
C.C.C.:  
0075-0126-93-0601284373

# Servicios Sociales y Política Social

## Boletín de Suscripción año 2012

### (nº 97, 98, 99 y 100)

#### Tarifa anual:

<input type="checkbox"/> Colegiados/as o estudiantes*	35,50 €	} Gastos de envío**	2,50 €
<input type="checkbox"/> Resto	43,00 €		
<input type="checkbox"/> Extranjero	50,50 €		

\* Aportar fotocopia acreditativa.

\*\* Por cada suscripción realizada después del 30 de Abril de 2012

#### Suscripción

NOMBRE Y APELLIDOS:	
DOMICILIO:	
C.P.:	CIUDAD:
PROVINCIA:	N.I.F.:
TELÉFONO:	E-MAIL:

#### Forma de pago:

- Transferencia a Banco Popular C.C.C.: 0075 - 0126 - 93 - 0601284373 (Adjuntar comprobante).
- Recibo domiciliado en Banco o Caja de Ahorros:

Banco:

Titular de la cuenta:

Entidad				Oficina				DC		Nº de cuenta											

Sírvase tomar nota y atender hasta nuevo aviso, con cargo a mi cuenta, los recibos que a mi nombre le sean presentados para su cobro por la Revista "Servicios Sociales y Política Social" del Consejo General de DTS.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

Firma:

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**



## Diagnóstico social de Mary E. Richmond

“Conocer a esta autora es, sin duda,  
un requisito básico para conocer  
el trabajo social, su historia,  
teoría y práctica profesional”

Ana Lima,  
Presidenta del Consejo General  
del Trabajo Social



Ya a la venta en librerías y en  
[www.paraninfo.es](http://www.paraninfo.es)

