



**TRABAJO FIN DE  
GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

**“LA VEJEZ Y LAS  
RESIDENCIAS DE  
ANCIANOS. UNA VISIÓN  
DESDE EL TRABAJO SOCIAL”**

**Autora:**

D<sup>a</sup>. Mirian Encinar Casado

**Tutor/a:**

D. José Luis Izquieta Etulain

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL  
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID  
CURSO 2014 - 2015

FECHA DE ENTREGA: 31 de Julio de 2015

## ÍNDICE

Introducción	Pg. 4
1. La vejez. Perspectivas y dimensiones	Pg. 6
1.1. Estudios y perspectivas de la vejez	Pg. 6
1.1.1. Dimensiones de la vejez	Pg. 8
1.2. La vejez en España	Pg. 11
1.3. La vejez en Castilla y León	Pg. 19
1.4. Legislación	Pg. 25
2. Trabajo Social y Vejez	Pg. 26
2.1 Competencias del Trabajo Social	Pg. 26
2.2. Competencias del Trabajo Social con la población mayor	Pg. 27
3. Las residencias de ancianos y el Trabajo Social.	
Un nuevo modelo de atención residencial	Pg. 34
3.1. Formas de atención y cuidado de las personas mayores. El cuidado familiar e institucional	Pg. 34
3.2. Las residencias de ancianos. Rasgos y características	Pg. 38
3.3. Las residencias en Castilla y León	Pg. 47
3.4. Trabajo social en residencias de personas mayores.	Pg. 51
3.5. Nuevo modelo de atención residencial: Proyecto “En mi casa”	Pg. 57
Conclusiones	Pg. 66
Bibliografía	Pg. 67

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

- Cambios más importantes asociados a la edad Pg. 11
- Evolución de la población mayor por sexo, 1900-2012 Pg. 12
- Evolución de la población mayor, 1900-2051 Pg. 12
- Pirámide de población en España, año 1971 Pg. 14
- Pirámide poblacional en España, año 2013 Pg. 14
- Pirámide de población en España, proyecciones año 2050 Pg. 15
- Personas de 65 y más años respecto al total de población, por comunidades autónomas. España, 2011 (%) Pg. 21
- Estructura de la población de más de 64 años en Castilla y León 2012 Pg. 21
- Envejecimiento por Comunidades Autónomas 2013 Pg. 22
- Pirámide de población de España 2013 y 2023 Pg. 23
- Crecimiento poblacional por Comunidades Autónomas Pg. 24
- Población que vive en residencias de ancianos por CC.AA. Pg. 50
- Población de 65 años o más que vive en residencias respecto a la población total por Comunidades Autónomas Pg. 51
- Diferencias entre modelos de atención Pg. 63

## **RESUMEN**

Actualmente, debido al gran aumento de la población anciana que se está produciendo y que va a seguir incrementándose en el futuro, se debe producir un cambio en uno de los recursos más demandados por este segmento de la población, las residencias de ancianos. Principalmente debemos cambiar las formas y los métodos de atención que en estos centros actualmente se realizan.

El presente trabajo, pone de manifiesto que debemos mirar más y mejor por el bienestar de las personas mayores con las que trabajamos, empoderándolas y escuchando lo que realmente desean hacer y cómo lo desean hacer, en vez de marcar unas pautas y unos protocolos estancados al bienestar único de la institución. Para ello, a lo largo del trabajo, mostramos un nuevo modelo de atención residencial que está surgiendo y cuyos resultados, tanto para los ancianos como para los trabajadores, son muy positivos y gratificantes.

## **PALABRAS CLAVE**

Vejez, Centro Residencial/Residencias, Personas Mayores, Calidad de Vida, Empoderamiento, Toma de Decisiones, Satisfacción.

## INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad, actualmente estamos viviendo un periodo de gran envejecimiento de la población, gracias a los avances médicos y tecnológicos que han provocado un gran aumento de la calidad y esperanza de vida; esta situación no va a disminuir, sino que va a seguir aumentando progresivamente de cara al futuro.

Debido al aumento de esta parte de la población, es interesante estudiar las nuevas necesidades y demandas que se han creado en torno a la vejez, así como las nuevas atenciones que requiere este colectivo.

En este sentido, uno de los recursos más demandados actualmente son las residencias de ancianos. Éstas deben ofrecer unas atenciones adecuadas a las necesidades y los deseos de cada persona, evitando la actual visión negativa que tiene gran parte de la población acerca de ellas, puesto que mucha gente opina que son instituciones donde ir a morir; siendo el objeto de este trabajo, el análisis de la evolución de las necesidades de los ancianos, así como de las atenciones que reciben en los centros residenciales, potenciando un nuevo modelo de atención residencial.

Este trabajo surge de un interés personal de cambio en la atención que reciben las personas mayores en centros residenciales, provocado gracias a mi experiencia en prácticas como trabajadora social en una residencia de ancianos de Valladolid.

El objetivo es analizar la evolución de la vejez y de las residencias de ancianos a lo largo del tiempo, centrándonos en la atención recibida por parte de las personas mayores, hasta llegar al eje fundamental de este trabajo, que es un nuevo modelo de atención residencial: el proyecto "En mi casa".

El planteamiento metodológico que se ha desarrollado para este trabajo, ha sido crear una fundamentación teórica basada en el análisis bibliográfico de diferentes libros, artículos y revistas científicas, etc. centrándome a nivel nacional, y más concretamente en Castilla y León.

La estructura y organización de este trabajo se divide en tres partes: en la primera se presenta un resumen de las perspectivas de estudio y de diferentes dimensiones de la vejez. La segunda parte se especifica la relación del Trabajo Social con la vejez. Y por último, en la tercera parte y centro de este trabajo, se delimitan las características de las residencias de ancianos y el papel del Trabajo Social en éstas, haciendo hincapié en un nuevo modelo de atención residencial identificado con el término “En mi casa”

## **1. LA VEJEZ. PERSPECTIVAS Y DIMENSIONES**

“El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.” (Castanedo et al, 2007)

La vejez es fruto de aspectos biológicos, psicológicos y sociales y debe ser entendida como una fase más del ciclo vital.

¿Qué es ser anciano? Con el término anciano, nos referimos a aquella persona que se encuentra en los parámetros establecidos de la tercera edad o personas mayores. Estos parámetros establecen la edad en 65 años o más. Por tanto, un anciano es una persona que tiene 65 años o más

Sánchez (1990) indica que el paso del tiempo en las personas no modifica las necesidades básicas que tenemos, las agrupa siguiendo a Maslow (1954) en seis: fisiológicas; de seguridad, cariño y pertinencia; estima propia y respeto de los demás; actualización de capacidades y potencial; de conocimiento y por último, entendimiento.

Los estudios sobre la vejez no son recientes. Carbajo (2008) explica que el envejecimiento ha sido abordado a lo largo de la historia de distintas formas y con intereses distintos. A mediados del siglo XX surgió el interés por el proceso de envejecimiento en general puesto que después de la II Guerra Mundial, la población era cada vez más mayor, por lo que se aceleró la investigación sobre la psicología del envejecimiento.

La autora expone 3 fases históricas del envejecimiento:

- Fase de arranque en la investigación sobre el envejecimiento (Geriatría). En esta fase aparece la geriatría como disciplina introducida por Nascher en 1909 dándole importancia al aspecto médico-social. Durante el siglo XIX se promovieron las primeras investigaciones científicas sobre la vejez, basadas en

una orientación médico-geriátrica; estas investigaciones consideraban los aspectos de declive biológicos de las personas mayores. Carbajo (2008).

Geriatría: Rama de la medicina que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas de las personas mayores, y además de su recuperación y rehabilitación. (Castanedo Pfeiffer y Sarabia Cobo, 2013, p.1)

- Fase de desarrollo en la investigación sobre el envejecimiento (Gerontología).  
Rybnikov introdujo en 1929 el término gerontología

La gerontología es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento de los seres vivos y de la persona en particular desde todos sus aspectos: biológicos, socio-económicos y culturales.

En 1948 se creó en España la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; más tarde, en 1950 surgió la Asociación Internacional de Gerontología cuya finalidad es la investigación de los procesos de envejecimiento. (Carbajo 2008)

Podemos resumir que hasta 1960 las investigaciones se centraban en los cambios en el rendimiento y en las funciones, y se estudiaba especialmente las condiciones biológico-fisiológicas de esos cambios, pero a mediados de los años 1950-1960, el interés se desplazó a temas de la psicología social y de la personalidad, siendo cada vez más importante la investigación sociológica.

- Fase de eclosión en la investigación sobre el envejecimiento (Psicogerontología). Se puede considerar a Hall como “el primer psicogerontólogo”, el cual pretendía lograr en torno a los años 80: “Una mejor y más correcta comprensión de la naturaleza y funciones de la edad proveya y ayudar asimismo, como psicólogo, a la ciencia de la gerontología”. (Carbajo, 2008, pg. 249)

La investigación psicogerontológica de la vejez se dirige a las aptitudes mentales, el funcionamiento de la memoria, las habilidades y estrategias de

aprendizaje, la elasticidad o rigidez del carácter, el autoconcepto, la afectividad y movilidad emocional, la regresión de la personalidad en situaciones de inseguridad o la creatividad excepcional en la vejez.

En los años 60 se reconceptualiza el estudio de la vejez, consolidándose un modelo integral bio-psico-social que aglutina las perspectivas biológicas, sociales y psicológicas; por tanto la vejez se entiende como: “Un proceso de cambio, en el que el ámbito biológico-fisiológico es uno de los aspectos junto con el conocimiento psicogerontológico y la faceta social o sociogerontología.” (Carbajo, 2008, pg. 251)

Con el objetivo de esclarecer en el envejecimiento las interacciones entre los factores bio-psico-sociales, el estudio del envejecimiento tiene que ser interdisciplinar, en el cual estarán implicados médicos, sociólogos, psicólogos, asistentes sociales, juristas, ecologistas y arquitectos; siendo la perspectiva psicológica la más interesante en la investigación contemporánea del envejecimiento.

#### *1.1.1. Dimensiones de la vejez*

El comienzo de la vejez queda marcado a los 65 años, debido a que en muchos países es la edad en la que se comienzan a otorgar los beneficios de las pensiones.

El llegar a alcanzar un envejecimiento en las mejores condiciones posibles, es el objetivo principal de todas las personas de avanzada edad, lo que da lugar al concepto de vejez con éxito. Pero para hablar de vejez con éxito debemos analizar diferentes aspectos, como: una vida larga, salud física y mental, eficacia cognitiva, competencia social y productividad, control personal y satisfacción vital; es en estos aspectos desde donde el Trabajo Social puede actuar. Filardo (2012)

El envejecimiento tiene ciertos factores interrelacionados entre sí, que condicionan considerablemente esta etapa de la vida, siguiendo a Sánchez (1990) podemos enumerar estos factores en cuatro:

- Biológico: este factor no ocurre en todos los individuos de la misma forma, no tiene unas pautas establecidas para todos, no envejecemos todos a la vez

- Psicológico: abarca los procesos sensoriales, los de aprendizaje, las emociones, percepciones y los impulsos así como la forma de afrontar o resolver los problemas, las destrezas motoras etc.
- De comportamiento: podemos incluir en este factor, las motivaciones, actitudes, expectativas, la personalidad, los roles sociales, la manera psicológica de afrontar la vejez etc.
- Sociológico: se vincula con el tipo de sociedad de la que formes parte en el momento del envejecimiento es decir, la influencia que tiene la sociedad en los individuos que envejecen y al revés.

Además de estos factores, existen otros cambios externos como los avances médicos, la influencia de la cultura y el estado de vida, etc.

Por tanto, el envejecimiento es un proceso natural en el que ninguna persona envejece igual que otra.

Filardo (2012) diferencia los conceptos de envejecimiento fisiológico (envejecimiento relacionado con el paso del tiempo: arrugas, manchas en la piel o canas) y el envejecimiento patológico (envejecimiento relacionado con la enfermedad: descalcificación de los huesos, o los problemas en las articulaciones.)

Las áreas de ajuste a las que se enfrentan todas las personas cuando llegan a la etapa vital de la vejez según Sánchez (1990) son:

- Retiro o jubilación: cuya consecuencia más inmediata es la economía, la reducción de ingresos, pero también la pérdida de autosuficiencia, y la independencia.
- Cambios en la salud: el avance de la edad de las personas va directamente relacionado al deterioro progresivo de la salud. Este deterioro puede afectar al funcionamiento normal de las personas, a las actividades que realizan, y a la comunicación con otros individuos.

- Cambios en el ciclo de vida familiar:
  - Etapa del nido vacío: cuando el último hijo se independiza o abandona el hogar. Pueden darse sentimientos de depresión, soledad, pero también de liberación de responsabilidades, satisfacción y logro.
  - Etapa del abuelo/a: la relación entre padres e hijos se reestructura y se define como una relación de iguales. Se suele relacionar con sentimientos de utilidad, así como de ayuda económica a los hijos y de cuidados a los nietos.
  - Viudez: experiencias traumáticas debido a la pérdida del esposo/a o compañero de vida y de grandes cambios en la persona viuda.
- Cambios de relocalización: el cambio de residencia implica un gran proceso de ajuste y/o adaptación, un desafío para la persona implicada puesto que suele modificar por completo la rutina de la persona implicada.

Filardo 2012 explica que los cambios más importantes asociados a la edad son los físicos, los psicológicos y los sociales:

CAMBIOS FÍSICOS	CAMBIOS PSICOLÓGICOS	CAMBIOS SOCIALES
Cambios físicos observables: Arrugas en la piel, encanecimiento del pelo, pérdida generalizada del vello corporal, reducción de la altura, cambios en los huesos, músculos o articulaciones.	Personalidad, afecto y envejecimiento: Tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento más pasivas y centradas en la emoción.	Jubilación: La transición de trabajador/a a jubilado/a tiene un impacto considerable sobre los ingresos, el estilo de vida, el estatus y el papel social de la persona jubilada. Hay que tener en cuenta los factores individuales (salud física, psíquica y social), los factores materiales (ingresos económicos, necesidades y vivienda) y los factores sociales (relaciones sociales, familia).
Cambios en las funciones orgánicas vitales, reguladoras y ejecutivas: cambios en el sistema cardiovascular, menor rendimiento del sistema respiratorio, y del aparato digestivo.	Funcionamiento intelectual: Pérdida o disminución de algunas funciones cognitivas.	Redes sociales: Se producen cambios en la estructura familiar, al abandonar las/os hijas/os adultas/os el hogar paterno y demandar otro tipo de atención y apoyo. Además, la ausencia del trabajo y la desaparición de personas de la misma edad e intereses hacen que las redes sociales de las personas mayores se vean más reducidas.
- Cambios sensoriales: disminución de la agudeza visual, auditiva y disminución general en la sensibilidad a los sabores y olores.	Lenguaje: Se pueden producir algunos cambios en las personas mayores.	La imagen social de las personas mayores: Diversos estereotipos de las personas mayores hacen referencia a su inutilidad, incapacidad, deficiente estado de salud, inflexibilidad u otras características negativas. En la medida en que estos estereotipos influyen en el autoconcepto, constituyen una barrera relacional.

Extraída de Filardo, 2012. pp. 210

## 1.2. La vejez en España

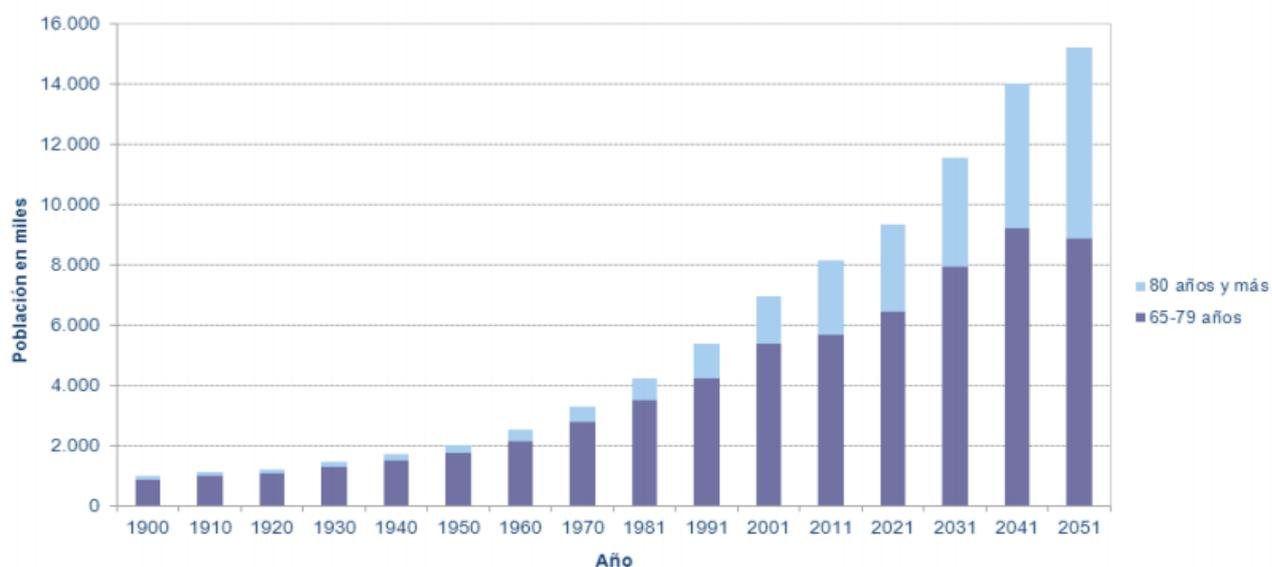
Durante el siglo XX la longevidad se ha incrementado de forma espectacular, hasta tal punto que en el año 1900 la esperanza de vida era de 34.8 años y en el 2012 fue de 82.3 años debido principalmente al descenso de la mortalidad, especialmente la infantil (datos obtenidos del INE).

**Evolución de la población mayor por sexo, 1900-2012:**



Fuente: Años 1900-1998. INE. Anuario estadístico de España 2004. Demografía  
Años 2000-2012. INE. Tablas de mortalidad de la población de España

**Evolución de la población mayor, 1900-2051:**



\* De 1900 a 2011 los datos son reales; de 2021 a 2051 se trata de proyecciones

Fuente: INE: INEBASE:

1900-2001: Cifras de población.

2011: Cifras de población. Resultados nacionales, Censos de Población y Viviendas 2011

2021-2051: Proyecciones de la población a largo plazo. Consulta en enero 2014

En España, el aumento de la esperanza de vida y los bajos niveles de fecundidad han dado como resultado un progresivo aumento de la población de 65 años y más.

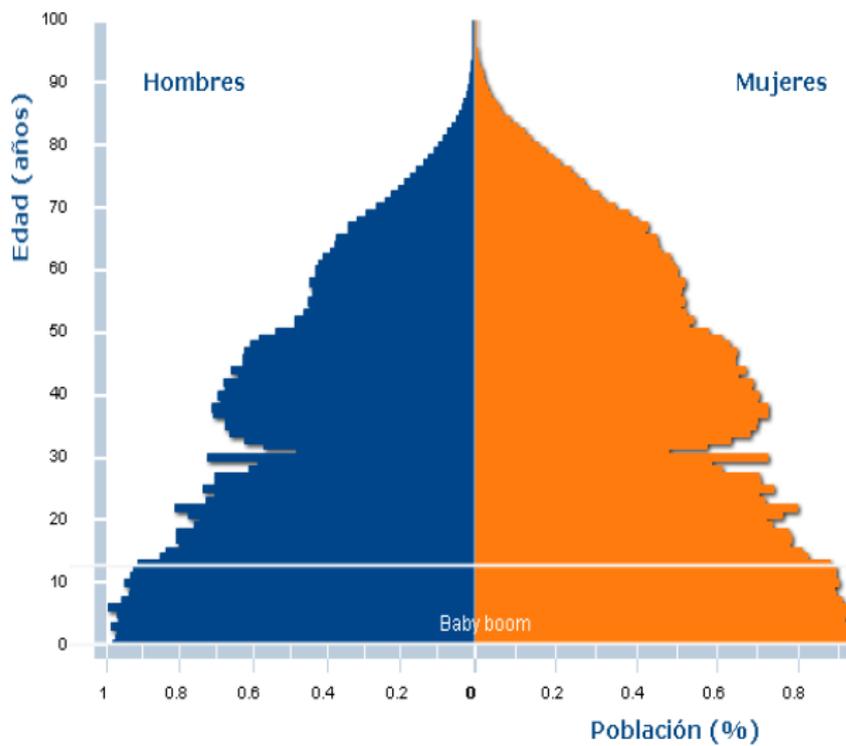
- Según el de Instituto Nacional de Estadística, entre 1970 y el 2000 el número de personas mayores de 64 años aumentó del 9,7% del total de la población al 16,6% (es decir, de 3,3 millones a 6,6 millones respectivamente).
- Según el INE, en el año 2012, la población de 64 años o más representaba el 17,6% de la población actual (8,1 millones de personas).
- Si esta tendencia continua, el INE prevé que la población mayor de 64 años en nuestro país, en el año 2026 sea del 21%, es decir, 11 millones

Según las proyecciones hacia el futuro del INE, la evolución del envejecimiento español no disminuirá:

- En 2011 había 8.116.347 personas mayores, el 17,3% sobre el total de la población (46.815.916) (según los Censos de Población y Viviendas, 2011)
- En 2051 habrá más de 15 millones de personas de 65 años o más (36,5% del total).

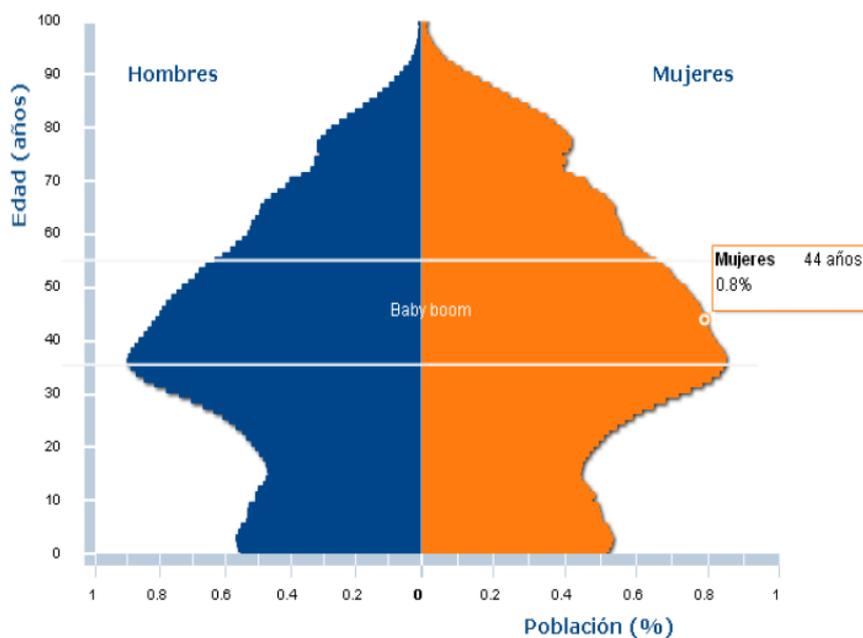
Las siguientes pirámides de población obtenidas del Portal de Envejecimiento en red, por una iniciativa del CSIC (2013) y basados en datos obtenidos del INE, muestran la evolución y proyección de la población mayor en España en los años 1971, 2013 y 2050:

Pirámide de población en España, año 1971:



Portal de Envejecimiento en red, CSIC (2013)

Pirámide poblacional en España, año 2013



Portal de Envejecimiento en red, CSIC (2013)

Pirámide de población en España, proyecciones año 2050:



Portal de Envejecimiento en red, CSIC (2013)

Para analizar los orígenes del Estado de Bienestar es necesario analizar el surgimiento de los seguros sociales. (Pons y Silvestre 2010)

Campos, (2003) estudió la construcción de un sistema básico de protección social a la vejez durante la dictadura de Franco y la modernización de la atención a los ancianos durante la instauración de la democracia:

1. El tratamiento de la vejez durante el periodo franquista (1939-1975):

(...)El inicio del proceso de envejecimiento poblacional a partir de 1950 tuvo lugar a la par que la expansión económica, del “desarrollismo”, que caracterizó a los años sesenta. Aunque, en este sentido, el salto definitivo hacia ese envejecimiento se produjo con posterioridad a la década de 1970, en coincidencia con las fases finales de la transición demográfica y el comienzo de una nueva crisis económica. A nivel demográfico dicho salto aparece

entonces como fruto de la combinación de los notables descensos ocurridos en las tasas de mortalidad de adultos y de mortalidad infantil entre 1945 y 1995, un 40 y un 95% respectivamente, lo que permite que entre ambas fechas se produzcan ganancias medias en las esperanzas de vida de los españoles de más de 25 años. (Dubert, 2006, p. 97)

Campos (2003) divide el fenómeno de la vejez durante el periodo franquista en dos etapas en base a su contexto político y económico:

### 1.1. La autarquía (1939-1959):

Según Campos (2003), la aprobación del Fuero del Trabajo en 1938 por el gobierno franquista, estableció las bases legislativas relacionadas con la vejez puesto que se especifican los principios elementales de la política social (elaboración de un sistema de seguros sociales y la creación de un seguro total; también se establece la cobertura económica de la población trabajadora de edad avanzada). Una vez finalizada la Guerra Civil, el Régimen aprueba un Subsidio de Vejez e Invalidez (Ley 1/9/39).

Tras instaurarse el gobierno franquista como consecuencia de su victoria en la Guerra Civil, surge la rivalidad entre la Falange (partidarios de un sistema asistencial sustentado por el Estado) y la Iglesia (pretende defender su participación social mediante subvenciones estatales). Debido a la situación de urgente necesidad tras la Guerra, en España predominó el fundamentalismo católico, apartándose así el Estado del primer plano social, y dejando la asistencia social en manos de la caridad cristiana y la familia.

El gobierno franquista, en un intento de aparentar normalidad ante esta situación, aprobó las siguientes legislaciones: el anteriormente citado el Subsidio de Vejez e Invalidez (1939), que en 1947 se integra en el Seguro Obrero de Vejez e Invalidez (SOVI), el cual proporciona una pensión única, vitalicia, y de cuantía fija, que establece la Ley de Presupuestos Generales del Estado de manera anual.

1.2. Los cimientos del Estado de Bienestar (1960-1975):

Etapa caracterizada por un alto crecimiento económico, aumento del número de trabajadores industriales, la incorporación de la mujer al trabajo, las migraciones y el desarrollo del sector servicios.

Según Campos (2003), en esta etapa se desarrollan varios cambios en el aspecto social y de servicios sociales:

- En 1959 Cáritas se centra en la asistencia a los ancianos. Lo que dio lugar a que tres años después, se dieran cuenta del gran problema social que se está produciendo en España, la ancianidad.
- En 1960 se crea el Fondo Nacional de Asistencia Social (FONAS) el cual continúa con la orientación benéfico-asistencial de la protección pública puesto que aporta recursos para servicios sociales y pensiones para ancianos pobres o enfermos sin recursos.
- Entre 1959 y 1962 se realizaron varios proyectos de reforma que dieron lugar a la Ley de Bases de Seguridad Social (28/12/1963), cuyo objetivo era reformar profundamente el sistema previsor español pasando, de la diversidad de los seguros sociales a un sistema unificado de seguridad social. También pretende llegar a un sistema de reparto, ampliando la protección a todos los trabajadores y reforzando el rol protector del Estado.

Finalmente en 1963 es aprobado tras varias enmiendas, las cuales dieron lugar a varias modificaciones como son: la creación de un sistema unificado de seguridad social y la financiación (que queda establecida en un sistema de reparto, basado principalmente en las cotizaciones de los trabajadores y la patronal, pero en la que también participan el Estado).

- En 1966 se aprueban las órdenes y los decretos que regulan las prestaciones económicas en caso de vejez, muerte y supervivencia. El Auxilio Social mantiene los comedores para personas mayores y algunos Clubs de Ancianos;

las Diputaciones Provinciales y la Dirección General de Beneficencia siguen manteniendo sus residencias y hogares de ancianos tradicionales.

- En 1969 las Mutualidades Laborales elaboran el “Plan Gerontológico Nacional de Mutualidades Laborales”, cuyo objetivo era analizar las necesidades de la población anciana de España desde tres perspectivas, para elaborar nuevas orientaciones protectoras:
  - la económica y sanitaria de las cuales se encarga la Seguridad Social
  - la asistencia social, que es el gran vacío a cubrir.

En 1971 el gobierno asume oficialmente el “Plan Gerontológico Nacional de Mutualidades Laborales” y regula el “Plan General de Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos” cuyas líneas de actuación son: la construcción de hogares y clubs de jubilados, residencias, centros geriátricos, centros de reeducación, hospitales de día, y la extensión de los servicios de ayuda a domicilio y de programas de vacaciones (BOE del 3 de marzo de 1971, pp. 3490-3491), de los cuales la ayuda a domicilio no se llevó a cabo, pero los programas de vacaciones fueron el programa estrella de los años ochenta de la política de la vejez en España.

- En 1970 se crea el Servicio de la Seguridad Social de Ayuda a los Ancianos, pero en 1975 pasa a ser el Servicio de Asistencia al Pensionista (SAP), el cual intentará compensar el déficit asistencial en cuanto a la protección social pública de los ancianos integrados en el sistema contributivo.

- En 1972-1974 se produce una reestructuración de la Seguridad Social impulsada por la toma de conciencia de las necesidades de Servicios Sociales en la población anciana, por lo que la Ley de 1972 revaloriza las pensiones, flexibiliza las condiciones necesarias para acceder a las prestaciones, amplía el número de beneficiarios, institucionaliza una atención prioritaria a las pensiones más bajas etc.

## 2. Las políticas de vejez a partir de la democracia:

Según Campos (2003), a partir de 1978, se da un contenido más universal a la protección social y se pasa a un sistema de gestión descentralizado, que atribuye unas indefinidas competencias en materia de Servicios Sociales a las Comunidades Autónomas. Todo esto llevará a un fuerte crecimiento del gasto social público entre 1975 y 1983

En 1982 llegaron los socialistas al poder los cuales aplicaron a las políticas sociales, los grandes principios de la racionalidad económica, lo que llevó a ralentizar el crecimiento del gasto social, reactivándose a finales de los años ochenta como consecuencia del incremento del envejecimiento, la descentralización parcial de la protección social y las reformas sociales puntuales entre otros. Este aumento del gasto social público afectó especialmente al sistema de pensiones español, lo que tiene especial importancia puesto que la tasa de envejecimiento y por tanto el número de pensiones, crecen constantemente desde 1972.

A través de la Ley de 1985, el gobierno reafirma el carácter profesional y contributivo de las pensiones para racionalizar y contener el gasto social. Para ello, la Ley establece la ampliación de 10 a 15 años del período de cotizaciones para tener derecho a las prestaciones, y amplía de 2 a 8 años el período de cómputo de la base reguladora de la pensión. Esta situación provoca el descontento y enfrentamiento entre los sindicatos y el gobierno, dando lugar al triunfo por parte de los sindicatos, lo que lleva a negociar con el gobierno la pérdida del poder adquisitivo de las pensiones.

Debido a esta presión, en 1990 se aprueba la Ley de Pensiones No Contributivas de la Seguridad Social, que va dirigida a inválidos y mayores de 65 años, sin recursos y con carácter universal.

### **1.3. La vejez en Castilla y León:**

La sociedad española y la castellano-leonesa atraviesan desde el siglo XX y en especial en la actualidad, por una etapa en la que, debido al descenso de la natalidad y

al aumento de la esperanza de vida, el número de personas mayores cada vez es mayor.

Castilla y León es la Comunidad Autónoma con mayor tasa de envejecimiento del país.

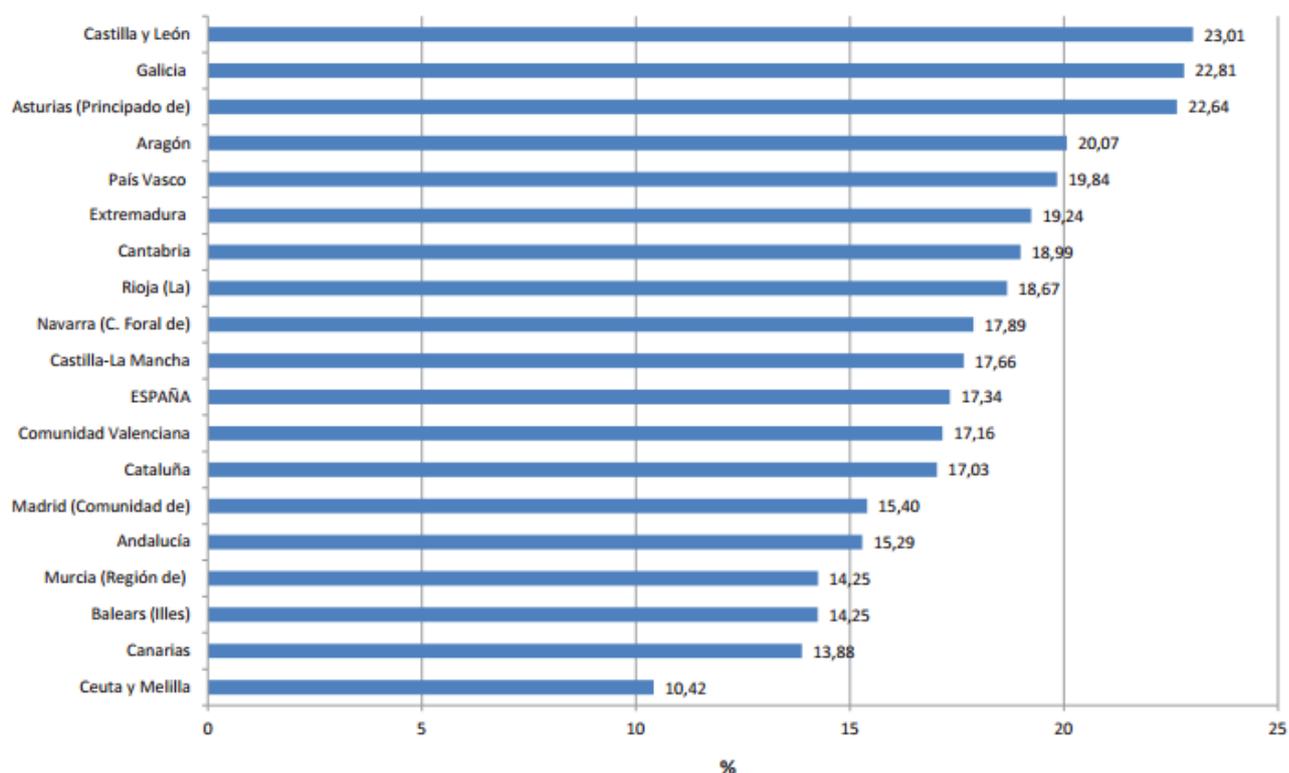
Los factores que nos han llevado a esta situación son varios: en los años 60-70 la emigración de la población castellano-leonesa así como otros factores de carácter transcendental como son la Guerra Civil, malas cosechas, epidemias etc... han provocado la progresiva pérdida de población castellano-leonesa. Podemos demostrarlo en datos, puesto que en 1900 la población representaba el 12% del total de la población española, y en 1986 pasó a representar solo el 6.70%. (Almarza, 1988)

La emigración de la población castellano-leonesa fue propiciada, entre otros factores, por el estancamiento y la escasa incorporación al proceso de industrialización que se produjo en España en los años cincuenta, lo que ha ocasionado que gran parte de la población tuviera que emigrar para buscar trabajo.

Comparándolo con el crecimiento poblacional español en el periodo 1900-1981, podemos observar que mientras Castilla y León crecía un 12%, España lo hacía un 102.7% y así hasta obtener saldos negativos en el último periodo intercensal debido a las emigraciones (datos obtenidos del INE).

Analizando todos estos datos podemos concluir que la población de Castilla y León está estancada y no parece que a corto plazo, dicha situación vaya a cambiar; el proceso de envejecimiento irá en aumento en el futuro debido a los factores anteriormente citados, con especial relevancia la emigración de los jóvenes para buscar trabajo, lo que nos planteará graves problemas en un plazo medio-largo, aunque hoy en día ya podemos observar consecuencias de dicha situación.

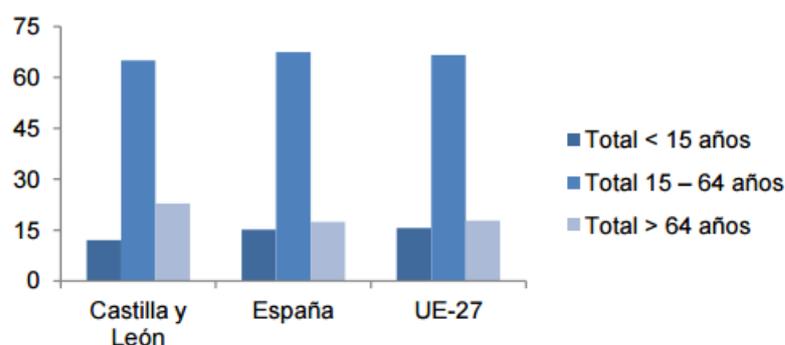
Personas de 65 y más años respecto al total de población, por comunidades autónomas. España, 2011 (%):



Fuente: INE: INEBASE: Censos de Población y Viviendas 2011. Consulta enero de 2014

La población de más de 64 años en Castilla y León en el año 2012 es del 22.9%, en España es el 17.4% y en Europa del 17.8% como vemos en el gráfico:

Estructura por edad. 2012 (%):



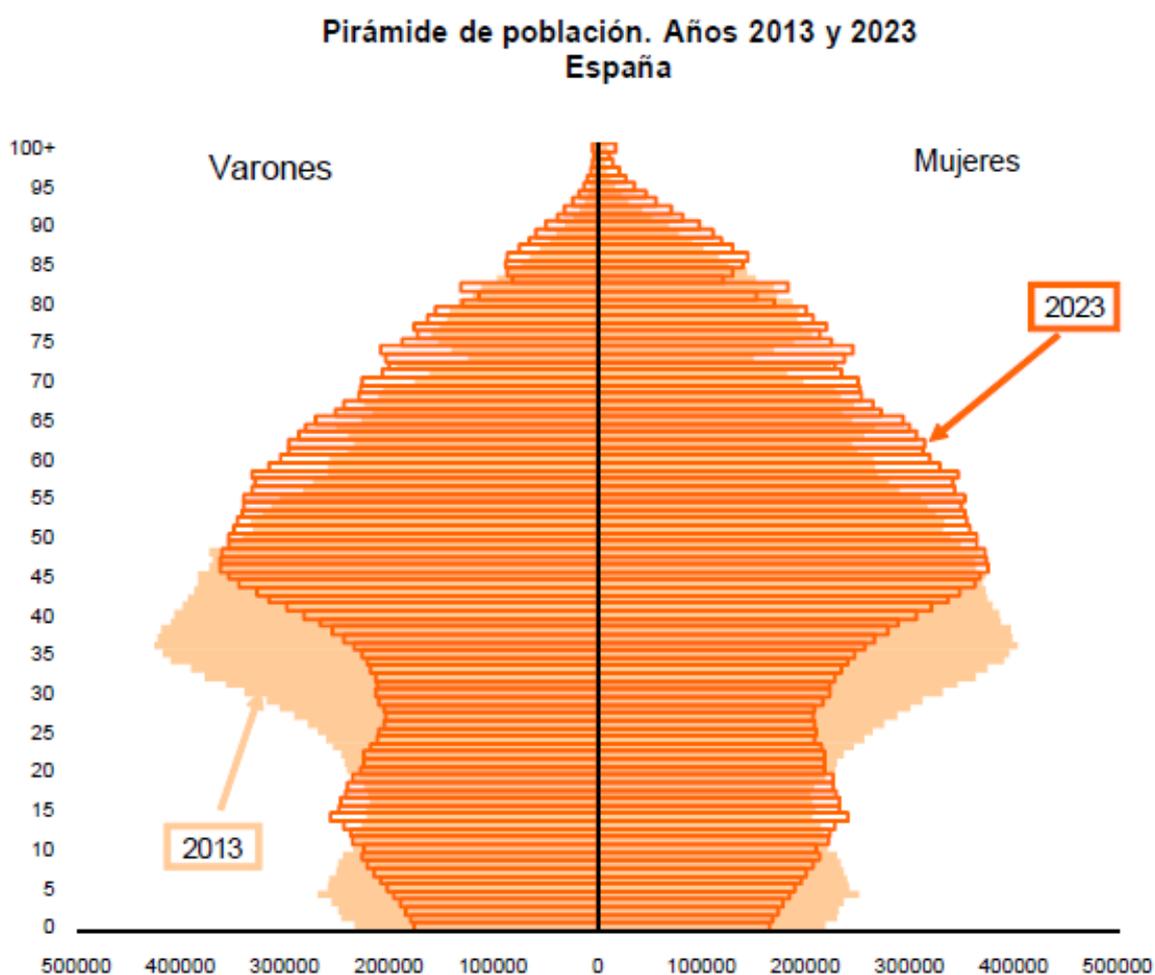
Fuente: Eurostat

Envejecimiento por Comunidades Autónomas 2013:

	Población total	Menos de 15 años	Tasa de juventud	65 y + años	Tasa de envejec.	80 y + años	Tasa de sobreenvejec.
Andalucía	8.449.985	1.377.593	16,30	1.302.612	15,42	353.862	27,17
Andalucía	8.440.300	1.380.431	16,36	1.320.700	15,65	366.486	27,75
Aragón	1.347.150	187.412	13,91	272.430	20,22	96.057	35,26
Asturias	1.068.165	116.089	10,87	246.369	23,06	86.005	34,91
Baleares	1.111.674	171.905	15,46	163.046	14,67	45.399	27,84
Canarias	2.118.679	307.599	14,52	306.227	14,45	75.290	24,59
Cantabria	591.888	79.794	13,48	114.353	19,32	39.251	34,32
<b>Castilla y León</b>	<b>2.519.875</b>	<b>304.766</b>	<b>12,09</b>	<b>586.952</b>	<b>23,29</b>	<b>216.261</b>	<b>36,84</b>
Castilla-La Mancha	2.100.998	325.980	15,52	372.079	17,71	130.634	35,11
Cataluña	7.553.650	1.186.867	15,71	1.309.023	17,33	411.024	31,40
C. Valenciana	5.113.815	766.807	14,99	915.172	17,90	254.495	27,81
Extremadura	1.104.004	157.897	14,30	213.831	19,37	70.226	32,84
Galicia	2.765.940	327.637	11,85	640.263	23,15	210.558	32,89
Madrid	6.495.551	1.014.510	15,62	1.023.023	15,75	308.484	30,15
Murcia	1.472.049	259.943	17,66	213.911	14,53	61.199	28,61
Navarra	644.477	100.867	15,65	116.914	18,14	38.748	33,14
País Vasco	2.191.682	303.102	13,83	443.250	20,22	139.629	31,50
La Rioja	322.027	47.955	14,89	60.987	18,94	21.073	34,55
Ceuta	84.180	17.395	20,66	9.189	10,92	2.187	23,80
Melilla	83.679	18.681	22,32	8.142	9,73	2.097	25,76
<b>España</b>	<b>47.129.783</b>	<b>7.075.637</b>	<b>15,01</b>	<b>8.335.861</b>	<b>17,69</b>	<b>2.575.103</b>	<b>30,89</b>

Fte: CES CyL a partir del Padrón Municipal de Habitantes 2013 (INE).

Esta situación va a ir en aumento en los próximos años como muestran las siguientes pirámides de población elaboradas a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE):



INE: Proyección de la Población de España a Corto Plazo 2013–2023

La evolución de la pirámide de población muestra como dentro de muy pocos años, el número de defunciones superará al de nacimientos.

## Crecimiento poblacional por comunidades autónomas

	Población residente a 1 de enero			Absoluto		Relativo (%)	
	2002	2013	2023	2002-2012	2013-2022	2002-2012	2013-2022
Total nacional	41.035.271	46.704.314	44.082.671	5.669.043	-2.621.643	13,8	-5,6
Andalucía	7.391.401	8.394.209	8.346.587	1.002.808	-47.622	13,6	-0,6
Aragón	1.209.917	1.338.495	1.261.910	128.577	-76.585	10,6	-5,7
Asturias, Principado de	1.062.796	1.067.457	1.000.368	4.661	-67.089	0,4	-6,3
Balears, Illes	845.130	1.110.399	1.102.892	265.268	-7.506	31,4	-0,7
Canarias	1.703.846	2.105.851	2.106.072	402.005	221	23,6	0,0
Cantabria	536.289	589.651	565.265	53.362	-24.386	10,0	-4,1
<b>Castilla y León</b>	<b>2.454.840</b>	<b>2.517.157</b>	<b>2.321.930</b>	<b>62.317</b>	<b>-195.227</b>	<b>2,5</b>	<b>-7,8</b>
Castilla - La Mancha	1.763.493	2.094.957	1.983.116	331.464	-111.841	18,8	-5,3
Cataluña	6.380.503	7.465.619	6.671.736	1.085.116	-793.884	17,0	-10,6
Comunitat Valenciana	4.192.287	4.988.464	4.553.839	796.177	-434.625	19,0	-8,7
Extremadura	1.057.795	1.101.303	1.070.443	43.508	-30.860	4,1	-2,8
Galicia	2.696.818	2.761.730	2.613.978	64.912	-147.751	2,4	-5,3
Madrid, Comunidad de	5.478.405	6.409.216	6.000.619	930.811	-408.596	17,0	-6,4
Murcia, Región de	1.206.619	1.459.671	1.387.893	253.052	-71.778	21,0	-4,9
Navarra, Comunidad Foral de	557.454	638.390	605.533	80.936	-32.857	14,5	-5,1
País Vasco	2.082.911	2.174.474	2.012.701	91.564	-161.773	4,4	-7,4
Rioja, La	277.993	319.006	292.603	41.012	-26.403	14,8	-8,3
Ceuta	70.874	84.504	92.558	13.630	8.054	19,2	9,5
Melilla	65.901	83.762	92.630	17.862	8.868	27,1	10,6

Fuente: 2002-2012, Estimaciones Intercensales de Población; 2013-2023 Proyección de Población a Corto Plazo.

INE: Proyección de la Población de España a Corto Plazo 2013–2023

Según la Junta de Castilla y León (2013), en el año 2013 contamos con 2248 municipios, de los cuales el 54,8% de la población mayor vive en municipios de menos de 20.000 habitantes, y el 52% de esas personas mayores vive en municipios de menos de 1.000 habitantes. Estos últimos municipios representan el 88,1% de municipios de Castilla y León, es decir, 1981 municipios; y cuentan con 166.926 personas mayores de 65 años empadronadas. Como conclusión a estos datos debemos señalar, que el 52% del total de personas mayores del medio rural, vive en municipios de menos de 1000 habitantes.

Castilla y León tiene el mayor índice de envejecimiento de España y una de las más altas esperanzas de vida del mundo, pero las proyecciones nos indican que el 64% de las personas mayores hasta los 80 años y el 36% de las personas de más de 80 años, necesitarán apoyo, actividades de prevención y/o atención

Por tanto, los servicios dirigidos a personas mayores van a tener que aumentar considerablemente, usando como puerta de entrada a estos recursos el reconocimiento de la dependencia.

#### **1.4. Enumeración de la Legislación competente:**

- *Nacional*
  - Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
  
- *Autonómica*
  - Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León
  - DECRETO 58/2014, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de Castilla y León.
  - (2015/02) Proyecto de Decreto por el que se regula la acreditación de centros y unidades de convivencia para la atención a las personas mayores en Castilla y León
  - LEY 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León. (BOCyL nº 67, del 8 de abril de 2003). Modificada por el artículo 60 de la Ley 9/2004, de 28 de diciembre, de Medidas Económicas, Fiscales y Administrativas (BOCyL nº 252, de 31 de diciembre de 2004)

## **2. TRABAJO SOCIAL Y VEJEZ**

“El producto final del envejecimiento es el resultado de la interacción entre el componente genético, el organismo y el ambiente en el que se desenvuelve cada individuo” (Sánchez, 1990, p. 14)

### **2.1. Competencias del Trabajo Social:**

Filardo (2012) explica que las Comunidades Autónomas asumen las competencias en materia de Trabajo Social pero que a nivel estatal, el Plan concertado establece unas directrices básicas para el desarrollo de prestaciones básicas de Servicios Sociales dirigidas a las corporaciones locales.

Beaver (1983) define la intervención como “La acción del profesional o practicante que va dirigida hacia alguna parte del sistema o proceso social con la intención de inducir un cambio en ello.” Sánchez añade a la definición de Beaver, que esta intervención está guiada por una constelación de valores, propósitos y conocimientos basados en sanciones legales e institucionales. (Sánchez, 1990, p. 89)

Entre los valores de éstos profesionales del ámbito social debe estar la ejecución del potencial de los individuos con los que desarrolla su intervención, así como empoderar a las personas para que tomen sus propias decisiones.

Sánchez (1990) explica que el propósito del trabajo social en el ámbito social, es mejorar el funcionamiento objetivo (funcionamiento físico y social más visible) y subjetivo (sentimientos o estados) entre el individuo y su ambiente, entendiendo esta relación en toda su complejidad; así como capacitar al individuo para mejorar su funcionamiento social.

La esencia laboral del profesional del trabajo social recae en el uso efectivo del “yo” (el profesional debe conocerse a sí mismo, así como sus fortalezas y sus debilidades para realizar su trabajo de forma efectiva y eficiente), combinando conocimientos y destrezas para favorecer el crecimiento personal y el bienestar de la persona que tiene delante, del cliente.

En cuanto a los métodos de Trabajo Social, Sánchez (1990) destaca los llamados tradicionales que comprenden:

- Acercamiento psicosocial
- El modelo de solución de problemas
- Intervención en crisis
- Modificación de conducta
- Trabajo de caso orientado a la tarea

Debemos tener en cuenta que es muy importante la flexibilidad en cuanto al uso, la selección y las destrezas a la hora de manejar estas técnicas con la población anciana.

## **2.2. Competencias del Trabajo Social en referencia a la población mayor**

Los trabajadores sociales se implican en su labor profesional con personas que muestran o tienen muchas y diferentes necesidades y problemas. Las funciones de éstos no se limitan únicamente a solucionar los problemas que surgen, sino también a evitar o prevenir que aparezcan; entre las competencias de los trabajadores sociales con las personas mayores también se encuentra el promover la satisfacción y el bienestar personal de individuos mediante el trabajo directo con las personas que buscan este fin, y/o mediante la modificación de condiciones ambientales que afecten a éstos.

El objetivo de la intervención gerontológica es conocer y transformar la realidad del mayor, contribuyendo con otros profesionales a lograr el bienestar colectivo, entendido como un sistema global de acciones que, respondiendo al conjunto de aspiraciones sociales, eleva el desarrollo del bienestar humano en los procesos de cambios sociales tanto individuales como familiares y/o comunitarios. (Filardo, 2012, p. 213)

Según Filardo (2012), el papel del trabajador social con las personas mayores, se centra en realizar la valoración de la demanda y diseñar la intervención en función de las necesidades existentes y de los recursos disponibles.

Las funciones del trabajador/a social en gerontología comprenden:

- Funciones de atención directa
  - Función preventiva: Detección precoz y prevención de los problemas sociales que dificulten la integración social de las personas mayores.
  - Función promocional: Desarrollo de las capacidades naturales de las personas mayores para prevenir o paliar su problemática social, fomentando su participación activa.
  - Función asistencial: Aumento de la capacidad de la persona mayor y promoción de la utilización de recursos para satisfacer sus necesidades sociales.
  - Función rehabilitadora: Rehabilitación y reinserción social de aquellas personas mayores que han sufrido algún tipo de disminución física, psíquica o social.
  - Función informativa: Información sobre derechos y recursos sociales para las personas mayores, así como asesoramiento ante las demandas planteadas.
- Funciones de atención indirecta
  - Coordinación: Optimización de recursos y planificación de alternativas de intervención.
  - Trabajo comunitario: potenciación de los recursos de la comunidad en la resolución y prevención de problemática social.
  - Gestión orientada a la tramitación de recursos para la atención e intervención social.
  - Documentación: Diseño, elaboración y cumplimentación de los diferentes instrumentos propios del trabajo social (ficha social, historia social, informe social, y registro de intervenciones).

- Planificación y evaluación: diseño de planes, programación, servicios y políticas sociales.
- Formación, docencia e investigación.
- Dirección, gestión, planificación y organización de centros de mayores. (Filardo, 2012, p. 214)

El conjunto de todas las funciones anteriormente citadas, se enmarcan en el ámbito socio-sanitario, cuyo objetivo es reunir los recursos formales e informales del entorno de la persona anciana para dar una respuesta de calidad a las necesidades y demandas que tiene por su dependencia y prevenir el incremento de la discapacidad.

Podemos resumir siguiendo a Filardo (2012) cuatro tipos de recursos sociales dirigidas a la atención a las personas mayores:

- Prestaciones residenciales: Residencias, programas de respiro familiar o recursos alternativos de vivienda.
- Prestaciones no residenciales: Centros de día, servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, hogares y clubs de punto de encuentro.
- Prestaciones técnicas: ayudas individuales para prótesis, ayudas técnicas o adaptación del hogar.
- Programas de ocio y salud: programa de vacaciones para personas mayores, programas de termalismo social, educación para personas mayores, etc.

Filardo (2012) explica que para el desarrollo de las funciones y los objetivos del Trabajo Social con mayores, se debe utilizar el Método Básico de Intervención del Trabajo Social que consiste en:

1. Conocimiento de la realidad social: Consiste en un estudio–investigación de la realidad social, de sus problemas, necesidades, conflictos y recursos. Todos los datos se recogerán en la historia, ficha e informe social y otros instrumentos del trabajo social, incorporándolos al Expediente del usuario, de manera que la información esté disponible y accesible para las consultas que sea necesario realizar. (...)

2. Diagnóstico, valoración e interpretación de datos: Interpretación técnico–científica de la realidad social en base a la información recogida. Una vez elaborado el diagnóstico se establecen las necesidades y problemas que se detectan realizando una jerarquización de los mismos.
3. Planificación/Programación: Estrategia de acción profesional donde se determinan los niveles de actuación, los núcleos de intervención y los criterios de evaluación además de la organización de la intervención profesional.
4. Ejecución: Durante la fase de ejecución se llevan a cabo las actividades diseñadas, así como el seguimiento de las mismas. En este sentido, la intervención tiene que tener en cuenta los objetivos, recursos y posibles obstáculos, adaptando la actuación a la situación sin perder de vista los objetivos.
5. Evaluación: La evaluación será sistemática, realizándose de manera periódica durante toda la intervención, así como de manera puntual cuando se produzca alguna incidencia importante que motive la revisión de la ejecución de la actividad profesional. La evaluación se centra en comprobar la eficacia de la intervención y la adecuación entre las necesidades atendidas y los recursos y técnicas aplicadas. (Filardo, 2012, p. 215)

La intervención profesional entre los Trabajadores Sociales y los ancianos, se da o se ofrece en numerosas situaciones y/o problemas como pueden ser el fallecimiento de familiares y amigos, las enfermedades o limitaciones en la autonomía, la jubilación etc. Ante estas situaciones, el profesional debe dirigir sus intervenciones principalmente a la adaptación de la persona, creando una relación de apoyo.

“La intervención de Trabajo Social con adultos mayores tiene como eje transversal la idea de que cada persona debe tener la oportunidad de desarrollar su potencial y de vivir una vida satisfactoria; (...) además se debe tener en cuenta que es un grupo heterogéneo.” (Manzanares, A.M. y Rodríguez, Y., 2003, p.122)

Sánchez (1990) y Filardo (2012) coinciden en que la intervención con los ancianos y sus familias debe estar orientada a la prevención, para ello existen 3 niveles:

- Prevención primaria: acciones enfocadas a detener o prevenir algo.
- Prevención secundaria: También denominada “curativa” o “remedial”, son acciones dirigidas a afrontar o manejar una situación o un problema que ya existe. Se orienta hacia el diagnóstico precoz y el rápido tratamiento. En este contexto, Manzanares, A.M. y Rodríguez, Y. (2003) añaden que la reminiscencia (acto de recordar experiencias del pasado buscando reflexionar acerca de éstas vivencias para encontrarle significado a la vida actual) y la recreación (hace énfasis en que la persona mayor debe continuar con su participación en actividades sociales y comunitarias; significaría crear nuevamente, motivar y establecer nuevos intereses y estilos de vida) son dos metodologías de intervención secundaria en el ámbito individual y/o grupal.
- Prevención terciaria: dirigida a problemas de comportamiento y de deterioro más serios. Intenta disminuir los efectos de una condición incapacitante y ayudar a la persona a recuperar su máximo nivel de funcionamiento posible, así como a mejorar los efectos de una situación en estado disfuncional. Incluye tanto la limitación de discapacidad como la rehabilitación.

El objetivo de estas intervenciones es modificar los efectos que estas problemáticas acarrear para que el anciano o la anciana puedan recuperar el máximo de su funcionamiento posible. La meta del profesional es ayudar a la persona implicada a mantener unos niveles óptimos de funcionamiento, pero teniendo en cuenta sus limitaciones.

A medida que las personas se van relacionando con este colectivo de edad avanzada, se puede observar cómo las visiones negativas que socialmente se habían creado sobre la población anciana (como son: seniles, caprichosos, reacios al cambio...etc.) van desapareciendo.

Las acciones de los Trabajadores Sociales pueden ir dirigidas tanto al anciano, como a su familia, entorno, comunidad o incluso a la política social. A medida que se

van desarrollando diferentes intervenciones se va sistematizando, los profesionales van adquiriendo destreza y técnicas muy útiles de cara a futuras intervenciones. Sánchez (1990) define los tipos de intervenciones con las personas de avanzada edad en estos tres niveles:

- A nivel individual: es básico que cada individuo debe ser vista como una persona única, con personalidad, necesidades, problemas y fortalezas diferentes.
  - El proceso: el Trabajador Social debe conocer y entender a la persona para poder ayudarla, así como los recursos de los que dispone. También debe determinar qué y cómo debe hacerse, y crear con el individuo una relación de confianza. Elementos a seguir:
    - Identificación del problema: conocer a la persona y el problema, así como sus limitaciones y las fortalezas, y el enfrentamiento previo del problema.
    - Determinar el plan de acción: conocer los recursos disponibles, pactar un plan de acción junto con el individuo, y analizar las posibilidades reales de llevar a cabo el plan de acción.
    - Implementar el plan de acción: establecer una relación positiva de confianza y confidencialidad con el individuo, estimular la motivación del cliente, reconocer las dificultades que, en general tienen los ancianos para recibir ayuda.
    - Evaluación: se evalúa la intervención del profesional y lo que la persona necesita, se observan los progresos y las metas, y se analiza si se debe cambiar algún aspecto de la intervención.

A lo largo del proceso los profesionales deben tener una actitud de escucha activa, de observación, de reciprocidad, y de

comodidad, privacidad y confidencialidad para guiar el proceso con la persona implicada.

- A nivel familiar: la familia es una parte fundamental en las intervenciones con la población anciana; provee seguridad emocional y material. Los profesionales utilizan el vínculo familiar para potenciar las intervenciones con los ancianos puesto que son un factor muy importante para influir y ser influenciados en el comportamiento, pensamientos y sentimientos, sobre todo se utilizan en cuanto al manejo de problemas que puedan surgir. En las intervenciones con el anciano en las que participan sus familiares, el profesional debe atender el problema en su conjunto viendo como el sistema familiar interactúa entre ellos. En estas intervenciones en las que el foco es la familia, los métodos que mejor funcionan son las terapias familiares o grupales. Las metas en las terapias familiares son entre otras, la mejora en la comunicación entre los miembros de la familia, fortalecer el funcionamiento de la familia como sistema, afianzar la autonomía etc. los grupos de apoyo dirigidos a los familiares de ancianos en situación de necesidad, ofrecen darles espacio para descansar, aliviar sentimientos y preocupaciones en cuanto a la atención y a los cuidados del anciano.
- A nivel comunitario o política social: las políticas y las prácticas sociales son mecanismos a través de los cuales la sociedad puede desarrollar un sistema de seguridad social diseñados a asegurar condiciones existenciales óptimas para todos los ciudadanos, operan a nivel macro y están especialmente diseñados para promover el bienestar de toda la población mediante un sistema de leyes, programas y servicios. Las metas de la política social deben estar dirigidas a cambiar las estructuras o sistemas sociales para adaptarlas a las necesidades humanas dentro de un contexto social. El rol del trabajador social debe ir dirigido a promover una legislación cuyo objetivo sea mejorar la calidad de vida de la población anciana. Sánchez (1990).

### **3. LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS Y EL TRABAJO SOCIAL. UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL**

#### **3.1. Formas de atención y cuidado de las personas mayores. El cuidado familiar e institucional**

Según el Consejo Económico y Social de Castilla y León (2002) en Europa, hasta bien entrado el siglo XX, la familia era el único soporte con el que podían contar las personas mayores, eran los únicos que se encargaban de que éstos recibieran los cuidados necesarios. Pero durante el siglo XX, esta situación empezó a cambiar con la aparición de los programas de bienestar social que desembocaron en el Estado del Bienestar. En el ámbito europeo, existen cuatro modelos:

- **Modelo Continental:** (países centrales de la Unión Europea) tiene como rasgos fundamentales el corporativismo social, la subsidiaridad funcional y la segmentación ocupacional.
- **Modelo Anglosajón:** (Reino Unido e Irlanda), en primer lugar este sistema confía el bienestar al propio individuo, y residualmente se asumen las políticas sociales con cargo a los impuestos generales (cuando se justifique la carencia de recursos económicos).
- **Modelo Nórdico:** (países escandinavos), los servicios de protección social se financian a través de los impuestos generales y son de acceso universal para todos los ciudadanos, sin discriminación alguna.
- **Modelo Mediterráneo:** (países mediterráneos, el caso de España), es un modelo intermedio entre el continental y el anglosajón. En el mantenimiento del sistema todavía tiene gran peso la Iglesia, las instituciones religiosas y la familia.

El Consejo Económico y Social de Castilla y León (2002) nos explica que dentro del área de apoyo familiar y comunitario del III Plan Regional Sectorial de Atención a Personas Mayores (aprobado por Decreto 237/2000 de 16 de noviembre), podemos especificar los recursos y los servicios de carácter preferente; contando con que el

objetivo hacia las personas mayores es que envejeczan en su entorno habitual, estos recursos tienden a evitar que la persona mayor abandone su entorno. Para ello, el apoyo en el ámbito comunitario van dirigidos a atender las necesidades de los mayores desde una perspectiva integral y con un carácter temporal y/o diurno, y apoyar a las familias en la tarea del cuidado de los mayores, mediante los recursos sociales especializados en el sector (estancias diurnas, estancias temporales, programas de respiro familiar, etc.), así como a través de servicios sociales básicos ofertados a la población en general y de los que el sector de personas mayores es uno de sus principales beneficiarios: ayuda a domicilio y teleasistencia.

Madrigal (2011) hace una clasificación de los servicios dirigidos a las personas mayores en España:

- Servicios de atención a domicilio: ofrecen prestaciones en el domicilio habitual de las personas mayores. Existen otros servicios y prestaciones económicas aparte de los abajo mencionados como son el servicio de comidas a domicilio, el servicio de lavandería a domicilio, los programas de apoyo a las familias y a la dependencia, así como las prestaciones económicas para adecuación de la vivienda y para ayudas técnicas.
  - Servicio de Teleasistencia: según el Consejo Económico y Social de Castilla y León (2002) la teleasistencia es el servicio que facilita ayuda, a través del sistema telefónico durante las 24 horas del día. Su objetivo es que las personas que por su edad, discapacidad, aislamiento social o alto nivel de dependencia hacia terceros, puedan seguir viviendo en su domicilio habitual con garantías de atención y seguridad.
  - Servicio Público de Ayuda a Domicilio (SAD): servicio de competencia municipal incluida en el Catálogo de Servicios y prestaciones de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD). Según el Consejo Económico y Social de Castilla y León (2002), la ayuda a domicilio tiene como objetivo lograr que las personas permanezcan y

convivan en su entorno habitual, siempre que sea posible en adecuadas condiciones mínimas de bienestar.

- Otros Servicios de Atención Domiciliaria: servicio de comidas a domicilio y servicio de lavandería a domicilio; prestaciones económicas (ayudas para adaptación de la vivienda, familias cuidadoras, ayudas técnicas y productos de apoyo, etc.)
- Servicios de atención diurna: son recursos creados para el fomento de la participación social y la promoción de la vida saludable y activa, así como el fomento de la vida personal.
  - Hogares para Personas Mayores: “Son centros sociales en los que se desarrollan actividades de ocio y culturales, promoviéndose las relaciones sociales entre sus asociados, el envejecimiento activo y la participación social.” (Madrigal, 2011, p. 202)
  - Centros de Día para Personas Mayores Dependientes: según Madrigal (2011), ofrecen atención especializada psicosocial, con independencia de tener reconocido el grado de dependencia. Son servicios que permiten a las personas usuarias permanecer en el entorno en el que residen habitualmente. Según el Consejo Económico y Social de Castilla y León (2002), los centros de día pueden ser servicios de atención social o servicios de estancia diurna para personas con limitaciones en su capacidad funcional:
    - Los de atención social, constituyen una forma de atención integral cuya finalidad es que la persona mayor permanezca integrada y vinculada a su entorno natural y sociofamiliar.
    - Las estancias diurnas, son las que permiten ofrecer a las personas mayores dependientes la atención especializada y básica que necesitan durante el día, facilitando a sus familiares un respiro para favoreciendo así el mantenimiento de la persona

mayor en su propio entorno. Estas estancias se ubican en Centros de Atención a Personas Mayores que disponen de la infraestructura necesaria y de un equipo de profesionales especializados en la atención a personas mayores. Para el traslado de los usuarios cuentan con servicio de transporte adaptado.

- Servicios de atención residencial:
  - Viviendas para Mayores: se entiende por vivienda para mayores los centros que tienen quince o menos plazas. Incluyen los pisos tutelados, las viviendas y apartamentos para mayores, etc. Esta modalidad se está extendiendo cada vez más debido a su característica de permitir a las personas mayores, vivir en ambientes más familiares y con mayor similitud a sus hogares.
  - Centros Residenciales: Madrigal (2011) explica que los centros residenciales han experimentado un importante incremento desde 2000 cuando había en España 215.156 plazas distribuidas en 4.158 centros; ya a finales del año 2011, el número de plazas ha aumentado un 73%, ascendiendo así a 372.628 plazas y 5.418 centros residenciales (un 30% más que en el año 2000). Según Berjano, E., Simó, C. y Ariño, A. (2005) Las los centros residenciales se encuentran tradicionalmente asociadas al concepto de institucionalización y tienen en su origen los antiguos asilos, los cuales han constituido un pilar fundamental en la atención al mayor a lo largo de la historia. En la actualidad, la función de estos asilos es prestar atención al mayor número de personas en situación de dependencia a través de una atención globalizada. Así, la clasificación tradicional que distinguía residencias para personas mayores «válidas» o «asistidas», está siendo sustituida por una única tipología de centro para personas afectadas por algún proceso de dependencia.

- Estancias Temporales en Centros Residenciales: va dirigido a aquellas personas mayores que solo quieren permanecer en el centro un periodo de tiempo determinado. Su función principal es ofrecer un periodo de respiro a las familias cuidadoras, pero también ofrece la posibilidad de recibir atención y rehabilitación temporal (por ejemplo después de una operación)

Programas de apoyo social y respiro familiar, según el Consejo Económico y Social de Castilla y León (2002):

- Programa integral de respiro a familiares cuidadores de ancianos dependientes. Su objetivo es facilitar a los cuidadores períodos de descanso. Sus modalidades son: estancias de fin de semana, estancias nocturnas, atención eventual, y estancias diurnas en el medio rural.
- Teléfono de información destinado a enfermos de Alzheimer: es un servicio que ofrece a las personas que lo demanden información y asesoramiento sobre recursos asistenciales, información clínica, procedimientos y trámites administrativos, y pautas de comportamiento con los enfermos de Alzheimer.
- Mejora y Accesibilidad y Ayudas Técnicas: Son ayudas económicas individuales destinadas a la atención de problemas específicos del colectivo. Están dirigidas a favorecer la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual y el mantenimiento de su autonomía personal (adaptación de la vivienda, reparaciones, adquisición de electrodomésticos y atención domiciliaria).

### **3.2. Las residencias de ancianos. Rasgos y características**

Según el Manual de buena práctica de residencias de personas mayores:

La residencia para personas mayores es un lugar donde las personas que precisan algún tipo de asistencia en mayor o menor grado viven de forma permanente o temporal. El centro se convierte en la nueva casa de las personas usuarias.

No solo se debe prestar apoyo o ayuda para las actividades de la vida diaria (AVD) a las personas, debe además, ser un lugar de vida, donde son respetados los derechos individuales de la persona, se potencien las capacidades y habilidades del individuo y donde la vida diaria del centro se base en la integración, la participación y la política de puertas abiertas.

(Diputación Foral de Vizcaya, 2006, p.9).

“Las residencias son un centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia” (Rodríguez, 1995, p. 172).

Esta definición contiene notas fundamentales que la autora ha argumentado:

- Centro gerontológico «abierto». Por eso huimos del término institución, que rechazamos de plano. Ello quiere decir que consideramos la residencia como incluida entre los servicios sociales comunitarios, de lo que se sigue, evidentemente, que lo deseable es que los establecimientos se encuentren ubicados en el entorno urbano, así como que exista una permanente interrelación con todos los recursos de la zona y entre los diferentes colectivos de la comunidad.
- Lugar de desarrollo personal y de vida. Esto implica la exigencia de que exista un «proyecto vital» o proyecto de vida, definido no como un compartimento más, sino donde la persona mayor es acogida globalmente en el centro y las actividades organizadas alrededor de ella.
- Atención sociosanitaria. No se contempla en nuestra concepción la residencia como lugar de acogimiento y custodia, ni tampoco como centro clínico en el que la única atención profesional especializada que se ofrece es la sanitaria. Los cuidados que precisan la mayoría de las personas mayores no son sólo sociales; tampoco exclusivamente sanitarios. Pensamos que la atención que ha de ofrecerse debe ser de carácter integral, y por tanto, ser sociosanitaria, y ello con independencia de que, como sería deseable, funcionen en el área en que se encuentre la residencia mecanismos de coordinación sociosanitaria formalmente establecidos.

- Atención interprofesional e integrada en un programa general de intervención. Tenemos ya suficiente experiencia para conocer que las necesidades de las personas mayores dependientes no se resuelven de una manera simple. Las causas que provocan la necesidad o el conjunto de necesidades suelen ser de carácter complejo. Esta complejidad se acentúa cuando las personas mayores viven en una residencia, porque a los elementos intrínsecos que aporta la persona concreta hay que sumar los que le son extrínsecos e inherentes a la propia organización del centro, a sus características ambientales, a la vida de relación con los otros, ya sean éstos residentes o profesionales, etc. Todo ello hace que sea exigible para una buena atención gerontológica que profesionales adecuados, con formación gerontológica específica y trabajando en equipo, intervengan desde cada una de las disciplinas pero de manera integrada en torno a un plan general trazado conjuntamente.
- Estancias temporales o permanentes. Cada vez más, la residencia se concebirá como un lugar en el que pasar temporadas (descanso familiar, revisiones periódicas, rehabilitación, fases críticas, atención sociosanitaria derivada del hospital, vacaciones, etc.).
- Destinada a personas mayores con algún grado de dependencia. La autora insiste en que se habla de dependencia, no de pérdida de autonomía. La autonomía es la capacidad y/o el derecho de una persona a elegir por sí misma las reglas de su conducta, la orientación de sus actos y los riesgos que se encuentra dispuesta a asumir; en suma, autonomía es elegir y conducir la propia vida. La pérdida de autonomía es la incapacidad (o la prohibición de una persona a decidir sobre su vida. La dependencia se produce en sentido estricto cuando una persona no efectúa sin ayuda (porque no puede o porque no quiere) las principales actividades de la vida diaria. La independencia se da cuando la persona realiza por sí misma y sin ayuda las actividades principales de la vida corriente. (Rodríguez, 1995, p. 172-173)

Pía, M. (1992) explica que en su nacimiento histórico, las residencias de ancianos eran simples instituciones de guarda y cuidado, cuya función dentro de la sociedad ha sido “dar cobijo”, “custodiar”, “recluir” a individuos con fines dispares (socorro,

prevención, cura, castigo, etc.), pero con el tiempo han ido evolucionando hasta lo que hoy en día son. Esta evolución ha sido caracterizada por 3 factores:

- El incremento del número de residencias debido a los cambios sociales y demográficos
- Su característica primordialmente urbana
- La importante presencia femenina en éstas debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres frente a los hombres.

En España, en la primera mitad del siglo XX, existían principalmente instituciones para los ancianos pobres, que eran atendidos por órdenes religiosas en las que convivían con enfermos, dementes y huérfanos, es decir, eran unas instituciones que acogían a todo tipo de población por falta de familiares bajo la tutela de la Iglesia. Después de la Segunda Guerra Mundial, la institución se especializa al “mecalizarse”. Es cuando se harán accesibles también para las personas de las clases medias o superiores. (Pía, 1992)

Los asilos para ancianos indigentes han dado hoy paso a las residencias para ancianos o residencias para la tercera edad, atendidas no sólo por religiosas, como en los antiguos asilos, sino que son gestionadas y atendidas, mayoritariamente, por personal no vinculado oficialmente a la Iglesia, pertenezcan o no a la Administración pública.

Según Campos (2003) Las intervenciones protectoras de las últimas décadas dieron lugar a la creación de residencias para personas mayores; pero su escaso y tardío desarrollo, a lo que se suma el extendido carácter benéfico-asistencial con el que cuentan, provocó el reforzamiento del rol protector de las familias y la desconfianza de la mayoría de los ancianos ante estos centros. Todo esto dio lugar a que la mayoría de ancianos prefirieran vivir en sus casas o en casas de familiares y aceptan ir a una residencia como última opción.

En los últimos años las plazas ofertadas de índole privado han aumentado considerablemente debido al considerable aumento de demanda por el

envejecimiento de la población y a la imposibilidad de muchas familias de atender a sus familiares.

Los principales problemas de las residencias de ancianos españoles son: las insuficientes plazas, el reducido nivel de servicios ofertados, la obsolescencia de los equipamientos en las residencias antiguas, la ausencia de control público de las instituciones privadas y la existencia de gran número de residencias ilegales.

La falta de plazas en residencias públicas ha provocado un gran incremento de residencias privadas que se establecen al margen de la normativa y del control del Estado, lo que provoca que en algunos casos se perjudique la salud y la dignidad de los ancianos. (Campos, 2003)

Pía (1992) explica que las residencias de ancianos actuales ya no son instituciones donde ir a morir, son instituciones donde poder seguir con tu vida, ejerciendo tus derechos y potenciándose a uno mismo, pero con las atenciones que necesitas por causas derivadas de la edad principalmente. Es decir, prestando una atención integral ya no solo a nivel médico o sanitario, sino también a nivel social o psico-social de la persona mayor con la característica principal de defender la autonomía y la autodeterminación del sujeto por encima de todo.

Una alternativa a las residencias de ancianos y que conlleva menos coste es la ayuda a domicilio. Los servicios que normalmente se llevan a cabo con esta ayuda son los cuidados personales y la realización de compras y comisiones. Los profesionales de los Servicios Sociales lo consideran una gran alternativa a la institucionalización. Con todo esto, las instituciones tanto públicas como privadas han desarrollado otras alternativas a las residencias de ancianos y la ayuda a domicilio, subvencionando clubs y asociaciones de jubilados, así como programas culturales y festivos para la tercera edad. (Campos, 2003)

“La finalidad de las Residencias es garantizar la atención básica para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y facilitar el mantenimiento de la autonomía de la persona mayor”. (Pérez y Gómez, 2011, p. 17)

La misión de las residencias de ancianos es:

- Prestar cuidados sociosanitarios y de rehabilitación mediante una atención integral personalizada, ofreciendo un trato digno y respetando la voluntad de las personas usuarias y, en su caso, teniendo en consideración la aportación de sus familiares.
- Promover el envejecimiento activo y la autonomía de las personas usuarias con acciones de prevención y motivación hacia una forma de vida que propicie su mejor calidad de vida y, en la medida de lo posible, su desarrollo personal.
- Servir de apoyo a los familiares de las personas residentes y otras personas usuarias del centro con un doble objetivo: ayudar a la conciliación de la vida social y laboral de las familias que cuidan a sus mayores en el hogar; y a la vez, posibilitar el acompañamiento personal y la participación en la residencia de las familias.
- Desarrollar un modelo organizativo y de funcionamiento centrado en la persona usuaria y orientado a una adaptación a sus necesidades cambiantes, estableciendo procedimientos para la evaluación, la planificación y la gestión de recursos y actuaciones orientados a la mejora continua de la calidad en las residencias.

Es importante que la atención residencial garantice los principios básicos de funcionamiento. (Pérez y Gómez, 2011, p. 19)

Los objetivos, garantizando los derechos de las personas mayores y los principios de atención establecidos son:

- Establecer un espacio adecuado y adaptado que facilite la atención integral, la estancia y las relaciones de convivencia, propiciando un ambiente social satisfactorio.
- Promover el envejecimiento activo, desarrollando acciones de prevención de la dependencia, facilitando una forma de vida saludable.

- Facilitar a las personas residentes el mantenimiento de la autonomía y el desarrollo de su personalidad.
- Garantizar los apoyos y cuidados necesarios para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.
- Informar, orientar y prestar las ayudas adecuadas a las personas residentes y a sus familias, favoreciendo el acompañamiento y la participación en las actividades del centro.
- Establecer procedimientos y actuaciones de colaboración y coordinación con los servicios sociales y sanitarios de la comunidad.
- Ofrecer servicios del centro a personas mayores que, permaneciendo en su casa, puedan necesitar de manera temporal, periódica o indefinida, determinadas prestaciones o programas de la residencia, sin que se perjudiquen las condiciones de atención de los residentes.

(Pérez y Gómez, 2011, p. 20)

Según el Modelo Básico de Atención en Residencias para Personas Mayores (2011), las Residencias deben establecer y desarrollar medidas de adecuación y adaptación para procurar un ambiente físico que cumpla con las siguientes características:

- El espacio debe ser accesible y comprensible para permitir la movilidad, la comunicación y las relaciones personales, indicando referencias para facilitar la orientación de las personas.
- Las infraestructuras y los equipamientos deben ser seguros y deben estar adaptados a las necesidades especiales de las personas usuarias
- Los centros deben ofrecer unas condiciones de habitabilidad adecuadas, intentando crear un ambiente cálido y una estancia confortable.
- El espacio residencial debe ser funcional para favorecer la prestación de servicios y atenciones, intentando crear unas condiciones que estimulen y potencien la autonomía personal.

- Las Residencias deben disponer en perfecto estado de uso todos los equipamientos y ayudas técnicas necesarias, así como de los instrumentos y materiales utilizados para el desarrollo de las actividades.

En este sentido, Berjano, E., Simó, C. y Ariño, A. (2005) citan al Defensor del Pueblo (2000) al explicar que el diseño arquitectónico debe garantizar que las características de las residencias de ancianos contribuyen a:

- Potenciar la independencia y la seguridad de todas las personas (evitando caídas, paliando discapacidades y actuando sobre la reducción de las capacidades sensoriales).
- Conseguir el equilibrio y la seguridad psíquicos (espacios definidos e identificables que compensen la desorientación espacial y fomenten el contacto con el exterior y la naturaleza).
- Respetar la intimidad individual.
- Provocar las relaciones sociales.
- Facilitar la labor del personal para el desarrollo de sus funciones.

Pérez y Gómez, (2011) explican que existe una amplia y diversa gama de residencias de ancianos, ellos las distinguen según los siguientes parámetros:

- En función de su titularidad: públicas o privadas.
- Por su capacidad: residencias que determinan sus servicios según el número de plazas.
- Por el perfil específico de las personas que atienden: las residencias pueden ser de personas dependientes y/o independientes y centros especializadas en una tipología de usuarios.
- Por los servicios que ofrecen tanto a las personas residentes como a las que acceden a determinados servicios o programas: con Servicios de Estancias

Diurnas, con Programas de Estancias Temporales, con servicios de rehabilitación para personas no residentes y otros servicios comunitarios, etc.

- Según la vinculación jurídica con la Consejería de Salud y Bienestar Social: con plazas concertadas, convenidas, con contrato de gestión.

Entre los derechos de los usuarios de los centros residenciales se encuentran entre otros los de privacidad, intimidad, dignidad, elección, protección y garantía de todos sus derechos.

Entre las obligaciones que tienen se encuentran: el respeto hacia los demás y hacia las instalaciones en todos los aspectos; poner en conocimiento de los órganos de representación y/o de la Dirección del centro, las anomalías o irregularidades que se observen en el mismo; facilitar los datos personales requeridos por los profesionales; abonar de la manera establecida por el centro las cuantías requeridas etc.

Todos los profesionales de los centros deben respetar los principios éticos de la atención residencial, para desarrollar buenas prácticas asistenciales hacia las personas usuarias del centro y evitar confrontaciones, trato vejatorios, desiguales y/o discriminatorios, sin perjuicio del respeto a la voluntad individual, de acuerdo con los derechos y libertades de la persona. Entre los principios éticos de la atención se encuentran los de información y autonomía, bienestar y satisfacción, no perjudicar, igualdad de trato, fidelidad y confianza, y confidencialidad y protección de datos. (Pérez y Gómez, 2011)

Los valores de los que deben presumir las residencias de ancianos son entre otros la legalidad, la responsabilidad social, la atención integral, la normalización, la integración, la autonomía, la participación, el desarrollo personal, la atención personalizada, el desarrollo de los profesionales etc.

Según Pérez y Gómez (2011) las atenciones que deben ofrecer los centros residenciales son: dirección y administración, atención social y psicosocial, atención a la salud, servicios generales (restauración, limpieza de edificio, costura, planchado y lavandería), unidades y servicios específicos (estancias temporales, diurnas, unidades

de atención a demencias, de trastornos de conductas, unidades o programas sociosanitarios de atención especializada, servicios específicos a la comunidad...)

### 3.3. Las residencias en Castilla y León

El modelo español de servicios sociales es de carácter público y está descentralizado en tantos sistemas de acción social como Comunidades Autónomas hay. En él, se atiende desde recursos públicos y concertados, siendo la financiación pública a cargo de los presupuestos de los tres niveles de administración.

Según el Consejo Económico y Social de Castilla y León (2002) en 1995, por Real Decreto 905/1995 de 2 de junio, se transfiere la gestión de los servicios y funciones del INSERSO a la Comunidad de Castilla y León. Desde entonces se atienden estos servicios desde la Gerencia de Servicios Sociales (configurada como Organismo Autónomo y adscrita a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León).

El “DECRETO 14/2001, DE 18 DE ENERO, REGULADOR DE LAS CONDICIONES Y REQUISITOS PARA LA AUTORIZACIÓN Y EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE CARÁCTER SOCIAL PARA PERSONAS MAYORES.” (BOCyL nº 17, de 24 de enero de 2001). Determina los conceptos de centro para personas mayores y unidad residencial en sus artículos 4.8 y 4.9 respectivamente:

4.8. Centro para personas mayores: Establecimiento, donde se presta de forma continuada atención de carácter social a personas mayores, con unidad organizativa y funcional, sin perjuicio de las excepciones previstas en esta disposición. Alberga una o a varias unidades, no pudiéndose duplicar en un centro la tipología de éstas.

4.9. Unidad residencial: Servicio para la residencia habitual, permanente o temporal por convalecencia o respiro familiar, preferentemente para las personas mayores, donde se les presta una atención continuada, integral y profesional durante las 24 horas del día. Sus características deben permitir que al menos el 70% de las plazas se puedan ocupar por personas mayores asistidas. (BOCyL, 2001, P.377)

En Castilla y León (según el Reglamento regulador del régimen de acceso a las plazas en los centros residenciales para personas mayores, dependientes de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.)

Son plazas en centros residenciales para personas mayores, las destinadas a servir de vivienda y lugar de convivencia, prestando una atención integral o continuada a las personas que reúnan las condiciones que se señalen normativamente y que no puedan satisfacer sus necesidades por otros medios.

Dichas plazas se clasifican en plazas para personas mayores válidas, asistidas y plazas en psicogeriatrías.

Para poder ser beneficiario de una plaza en un centro residencial, los solicitantes deben tener al menos 65 años en el momento de solicitar el ingreso (60 si se tiene alguna discapacidad, o incluso una edad menor si se está diagnosticado de demencia tipo Alzheimer). También será necesario ser residente en la Comunidad de Castilla y León desde, al menos, 2 años antes de la presentación de la solicitud y no padecer enfermedad infecto contagiosa activa, enfermedad que requiera atención hospitalaria o graves alteraciones de comportamiento que puedan alterar la convivencia en un centro (excepto demencia).

Las estancias temporales pueden estar motivadas por dos tipos de situaciones:

- Atención a las necesidades psicosociales de las personas mayores con autonomía para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Atención a las necesidades socio-sanitarias derivadas de la situación de dependencia o imposibilidad para la realización de forma autónoma de las actividades básicas de la vida diaria. (Decreto 56/2001, de 8 de marzo.)

La red de centros residenciales propios de la Junta de Castilla y León y de centros concertados y privados alcanzaba en 2002, según el Observatorio Permanente de Personas Mayores del IMSERSO, un índice de cobertura del 5,22% de plazas residenciales, superando el 3,5% recomendado en el Plan Gerontológico Nacional y el 3,18% a nivel nacional.

En datos de diciembre de 2001, el número de plazas en centros de titularidad pública de Castilla y León ascendía a 9.504 (el 31,7% del total de las plazas disponibles, no alcanzando el 40% que el Plan Gerontológico Nacional fijaba para oferta pública), siendo las plazas de titularidad privada 20.480, lo que hace un total de 29.984 plazas disponibles.

Según las estadísticas de Envejecimiento En Red, en el año 2012 había en Castilla y León 652 centros residenciales de los cuales:

- 146 centros residenciales eran de <25 plazas
- 156 centros residenciales eran de 25-49 plazas
- 221 centros residenciales eran de 50-99 plazas
- 129 centros residenciales eran de >100 plazas

De estos datos, segregamos entre residencias públicas y privadas:

- Residencias privadas (total de residencias 474)
  - 98 centros residenciales privados eran de <25 plazas
    - Con 1637 plazas en total en centros de este tipo
  - 160 centros residenciales privados eran de 25-49 plazas
    - Con 6076 plazas en total en centros de este tipo
  - 122 centros residenciales privados eran de 50-99 plazas
    - Con 8.882 plazas en total en centros de este tipo
  - 94 centros residenciales privados eran de >100 plazas
    - Con 14.182 plazas en total en centros de este tipo
- Residencias públicas (total de residencias 177)
  - 48 centros residenciales públicos eran de <25 plazas

- Con 791 plazas en total en centros de este tipo
- 61 centros residenciales públicos eran de 25-49 plazas
  - Con 2.292 plazas en total en centros de este tipo
- 34 centros residenciales públicos eran de 50-99 plazas
  - Con 5.973 plazas en total en centros de este tipo
- 34 centros residenciales públicos eran de >100 plazas
  - Con 11.452 plazas en total en centros de este tipo

En porcentaje podemos expresar que el 72.67% de las plazas residenciales en Castilla y León en el año 2012 pertenecían a residencias privadas, y el 27.04% a residencias públicas.

Según datos del INE (2013) del total de la población española que vive en residencias para personas mayores (270286 personas), 32001 personas mayores viven en residencias en Castilla y León como muestra la siguiente tabla:

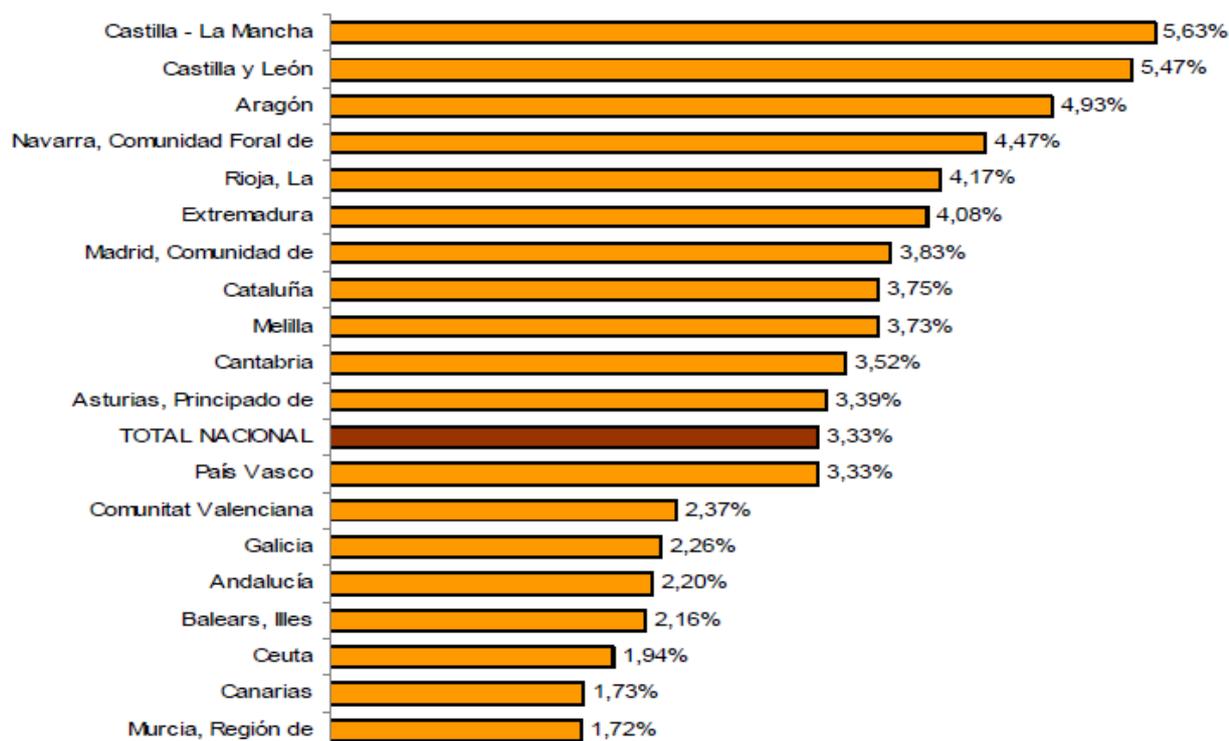
### **Población que vive en residencias de personas mayores por CCAA**

	En residencias de personas mayores	Total Población	%
<b>TOTAL NACIONAL</b>	270.286	46.815.916	0,58%
Castilla y León	32.001	2.540.188	1,26%

Fuente INE (2013)

A Castilla y León solo le supera en número de personas en residencias de ancianos Castilla la Mancha:

### Población en residencias de mayores respecto a la población total de 65 y más años por CCAA. (%)



Fuente INE (2013)

Por provincias, tanto a nivel nacional como autonómico, la que presenta un mayor porcentaje de población viviendo en residencias de mayores es Soria (1,89%), seguida de otras provincias del interior como Palencia, Zamora, Ávila

#### 3.4. Trabajo social en residencias de personas mayores.

El trabajo en las residencias de ancianos exige una gran responsabilidad por parte del profesional, en este caso del trabajador social, puesto que al tratarse en su mayoría de personas frágiles, con sentimientos de soledad, problemas afectivos y sobre las que se ejerce (sin ser plenamente conscientes de ello), un gran poder, deben ser especialmente cuidadas. Por ello, se debe orientar las intervenciones hacia la humanización de éstas, en vez de orientarlas tanto a un aspecto teórico y burocrático.

Desde los centros residenciales, debemos trabajar a través de un planteamiento humanístico, personalizado y solidario que reivindique la dignidad plena de la persona mayor. Debemos trabajar desde el respeto y la defensa de la vida en todas sus dimensiones: física, psíquica, social y espiritual. (Marcos, 2011, p. 83)

El modelo básico de atención en residencias para personas mayores de Castilla-la Mancha explica que la atención social de estos centros debe “promover un entorno de relaciones interpersonales y convivenciales que satisfaga la demanda, expectativas y necesidades vitales de las personas residentes y sus familias, procurando su bienestar y satisfacción plenos”. Pérez, J y Gómez, G. (2011).

Entre las tareas más fundamentales que puede haber en las residencias para personas mayores, está la de “cuidar a la persona” y no solo entendemos por ello dar de comer, dar las medicinas que necesiten o asearles, si no también preocuparse por ellos, querer y buscar el beneficio de estas personas. Debemos prestar atención al cuidado emocional del anciano.

El mayor objetivo del trabajador social en los centros residenciales para personas mayores es velar por sus derechos e intereses.

Las funciones básicas que desarrollan los trabajadores sociales en centros residenciales según Marcos, (2011) pueden resumirse en dos:

- Atención social individual, grupal y comunitaria: incluye la acogida y la adaptación al centro, la tramitación de la documentación, la plena integración en la comunidad y en el centro, la elaboración de programas específicos, la tramitación de ayudas técnicas etc. La atención grupal se orienta a la convivencia en el centro y al fomento de actividades de estimulación de las relaciones entre los usuarios. La comunitaria se basa en la coordinación con profesionales y recursos del sistema de servicios sociales y del sistema sanitario, para rentabilizar recursos, establecer las oportunas derivaciones si son necesarias, y diseñar programas de prevención.

- Atención social familiar: se encarga de informar, orientar, asesorar y acompañar a la familia durante todo el proceso de ingreso, adaptación y atención de la persona mayor al centro.

Otra función del Trabajador Social en residencias para personas mayores se encuentra la gestión de la calidad del centro.

Según el Manual de buena práctica de residencias de personas mayores de la Diputación Foral de Bizkaia (2007), el objeto de la intervención social en las residencias de ancianos es la planificación y la organización del trabajo social del propio centro mediante la programación de los siguientes objetivos:

- Facilitar todo el proceso de ingreso y de adaptación de las personas mayores en la residencia.
  - Con las familias del anciano se realiza una intervención que comienza antes del ingreso, se extiende en el periodo de adaptación y termina con la finalización de la convivencia de la persona mayor en el centro.
- Llevar a cabo un seguimiento adecuado de la estancia del anciano en el centro
- Desarrollar, organizar y participar en proyectos de animación junto con los profesionales oportunos
- Informar y asesorar a las familias cuando se produzca el fallecimiento de la persona residente en el centro.

Las herramientas con las que cuenta el trabajador social en los centros residenciales son muy amplias, todas ellas están adaptadas en función de las necesidades y características de los centros y sus residentes; entre ellas están los informes sociales, las historias de vida, informes para tramitar incapacitaciones, empadronamientos...

Entre los programas y protocolos que puede desarrollar el profesional según Marcos, (2011) se encuentran los relacionados con:

- Atención en el proceso de ingreso.
- Valoración integral.
- Plan de atención personalizado.
- Sistemas de participación de los residentes en la toma de decisiones.
- Adaptación al centro, procesos de acogida e integración del residente.
- Relación sociales con la familia, compañeros y con la comunidad.
- Documentación del residente.
- Etc.

El trabajador social se debe encargar de apoyar a la persona residente atendiendo a sus aspectos biológicos, psíquicos y sociales.

A través del Colegio oficial de Trabajadores Sociales así como de textos anteriormente citados y mi experiencia personal de prácticas en una residencia de ancianos, he elaborado las actividades que deben desarrollar los trabajadores sociales en los centros residenciales:

- Su primera función es ser capaz de organizar y planificar el trabajo social del centro. Es decir, hacer un programa que atienda a aspectos que puedan mejorar la calidad de vida del residente en su estancia en la residencia.
- Colaborar y realizar estudios de investigación de aspectos sociales relativos a los usuarios, para así poder efectuar la valoración personal, familiar y social que rodee al residente.
- Realizar los Informes Sociales del residente y actualizarlos cada vez que sea necesario.

- Controlar que todos los residentes cobren la pensión correctamente. Administrar, con la supervisión de la Dirección, las pensiones de los residentes que así lo requieran, y/o tengan soporte familiar y/o que la familia no se haga cargo.
- Comunicación formal de ingresos a los otros servicios del centro y a las entidades y/u organismos que sea necesario.
- Elaboración y tramitación de Declaraciones Juradas.
- Gestionar cambios de pensiones, renovaciones de D.N.I, empadronamientos en el nuevo domicilio, y todas aquellas gestiones necesarias para garantizar sus derechos. Asesorar y orientar al residente y a sus familias en todo aquello que soliciten.
- Coordinación con otras entidades en todo aquello que represente los intereses de los residentes: Ayuntamientos, Bienestar Social, Sanidad, Centros Sociosanitarios, hospitales, entidades privadas, etc.
- Entrevistar al nuevo residente y a la familia con el fin de preparar el ingreso en la residencia y realizar la valoración inicial al ingreso.
- Fomentar la integración y participación de los residentes en la vida del centro y, a la vez, evitar que se produzca un alejamiento con el entorno y la familia.
- Controlar que todos los residentes participen de los servicios que ofrece el centro: podología, peluquería, etc.
- Realizar, conjuntamente con el resto del equipo, el Plan de Atención Personalizada interdisciplinario de los residentes. Hacer el seguimiento mensual del estado del residente, como también realizar el seguimiento anual del Plan.
- Actualizar datos personales y familiares de los residentes.

- Fomentar el mantenimiento de las funciones del residente. Establecer, conjuntamente con el equipo, el Plan de Actividades Individuales y/o grupales para el mantenimiento y promoción de las capacidades funcionales.
- Realizar el acompañamiento en el proceso de la muerte de los residentes y familiares, dando el soporte adecuado en cada caso. En caso de defunción de un residente, contactar con los familiares e iniciar todos los trámites burocráticos para proceder a su traslado.
- Realizar la acogida al ingreso del nuevo residente, siendo así la persona de referencia para el familiar y residente.
- Coordinar las actividades de ocio.
- Promover las relaciones con la familia y con la comunidad. Planificar y organizar conjuntamente con la Dirección, una adecuada distribución de horarios de visitas a los residentes, favoreciendo la promoción de actividades conjuntas de los residentes con las familias tanto individual como colectivamente.
- Hacer el seguimiento y, si es el caso, realizar las visitas necesarias a aquellos residentes ingresados en centros hospitalarios, dando soporte a la familia.
- Formar parte del equipo interdisciplinar o multidisciplinar, representando la atención psico-social del residente y la familia en todos sus aspectos.
- Recopilar la Documentación de Atención al residente, la historia clínica y los registros de ámbitos diferentes al Trabajo Social, para poder tener toda la información sobre el estado del residente y su evolución, para planificar las diversas actividades y evaluar la atención que se le proporciona.
- Realización de los protocolos relacionados con sus funciones.
- Definir, conjuntamente con la Dirección, un sistema de gestión de las sugerencias y de las reclamaciones, y posteriormente realizar las actuaciones necesarias para mejorar la calidad del centro.

- Para conocer el grado de satisfacción de los residentes y sus familias, realizar y posteriormente evaluar el protocolo de atención.
- Definir conjuntamente con el equipo interdisciplinar, las Normas ético-profesionales para la preservación de la confidencialidad de los residentes.
- Facilitar la asistencia espiritual a los residentes que así lo especifiquen.
- Fomentar la personalización e intimidad del residente en el centro.
- Velar por el cumplimiento de los derechos de los residentes
- Realizar la historia social y la ficha social del residente.

### **3.5. Nuevo modelo de atención residencial: Proyecto “En mi casa”**

El proyecto “En mi casa” es un nuevo modelo de atención residencial a personas mayores de Castilla y León, basado en la calidad de vida y cuyo objetivo es implantar una forma diferente de trabajar con las personas mayores. Ha sido creado desde la Junta de Castilla y León, la cual nos ha facilitado toda la información.

Dado que la mayoría de las personas mayores quieren seguir viviendo en su casa, se pretende hacer de las residencias un lugar grato y confortable, lo más parecido al propio hogar, en el que la persona siga manteniendo el control de su vida, se respeten sus derechos y decisiones, y no se interrumpa de forma brusca su proyecto y modo de vida anterior.

Según la Junta de Castilla y León, este proyecto apuesta por un nuevo modelo de derechos, el cual gira en torno al principio de autodeterminación de la persona, y que intenta superar los actuales modelos hospitalarios u hoteleros basados en la satisfacción de necesidades y provisión de cuidados fundamentalmente asistenciales y sanitarios. Pretende ser un hogar para las personas que en ella vivan, y en la cual se repartan responsabilidades entre los profesionales y los residentes.

Su valor principal es el respeto a la dignidad de las personas. El reto consiste en generar ilusión por la vida, evitar la soledad y la espera sin esperanza de las personas en centros residenciales.

Comprende a cada persona como el centro de todas las actuaciones, valiosa, con experiencias y sabidurías pero que necesita apoyos para realizar sus sueños, sus ilusiones y sus metas personales.

Según la Junta de Castilla y León, este modelo busca el cambio y la mejora en tres aspectos:

- Cambios en la infraestructura: crear un espacio más pequeño, un entorno semejante a las casas.
  - Elementos arquitectónicos:
    - Módulos de convivencia de doce personas.
    - Habitación individual de ocupación doble (máximo 2 habitaciones de uso doble) con baño privado.
    - Cocina.
    - Cuarto de estar.
    - Rincón de lavado.
- Cambios en la organización:
  - Evitar las rotaciones de los auxiliares para fomentar la relación profesional-usuario, de este modo los profesionales conocerán perfectamente a la persona, así como sus gustos, aficiones etc.
  - Ausencia de uniformes puesto que un hogar no es una institución.
  - Ratio en profesionales de atención directa: de lunes a domingo según la Junta de Castilla y León, en horario de mañana la ratio será de 2

profesionales de atención directa por unidad; y en horario de tarde esta ratio será de 1'5 profesionales por unidad.

- Cambios funcionales: los cuidados hacia las personas mayores serán los mismos pero enfocados desde otro punto de vista, empoderando al anciano, contando con él, con sus deseos e inquietudes.

Se basa en:

- Respeto por la identidad de la persona, que la persona mantenga el control de su vida
- Respeto por sus decisiones, gustos y preferencias
- La vida en el centro debe responder a la cotidianidad propia del hogar
- La atención se plantea desde el conocimiento de la persona, de manera integral y centrada en ella
- Se identifican y potencian capacidades y se buscan apoyos para solventar limitaciones
- Promover la autonomía, la independencia y la integración social, así como sentimientos de intimidad, interacción, seguridad, confort...

Según la Junta de Castilla y León, las ventajas para las personas en las residencias con este modelo son:

- Viven en un entorno con dimensiones de "hogar".
- Disponen de muebles y elementos decorativos significativos para ellos.
- Se respetan sus gustos y rutinas.
- Reciben una atención personalizada y estable.
- Tienen un profesional de referencia que le conozca bien y le ayude.
- Pueden continuar con sus proyectos personales.

- Pueden establecer lazos de convivencia con las otras personas de la unidad.
- Tienen la posibilidad de compartir con su familia su espacio y su tiempo.

Características que definen el nuevo modelo de atención en los centros residenciales según la Junta de Castilla y León:

- Invitación a la participación y colaboración de la familia.
- Actividades que harían todos los días en sus casas: preparar comidas, lavar la ropa, coser, etc.
- Elementos personales de cada usuario en su habitación: imágenes, objetos...

Autonomía:

- Elección de horarios en la actividad diaria: libertad personal para tener los horarios que los ancianos quieran
- Elección de su propia imagen: la persona decide que aspecto llevar: vestido, peinado, complementos, etc.
- Elección de menús: posibilidad de desayuno tipo buffet, dos opciones por plato en cada comida, por ejemplo.
- Elección de actividades: el centro debe ofertar en consonancia con los gustos y preferencias de la persona y que sean significativas para ellas.

Existen en este modelo tres herramientas imprescindibles:

- El profesional de referencia: según la Junta de Castilla y León, este profesional es un miembro del personal de atención directa que asume la función de valedor de la persona y se ocupa, de gestionar su proyecto de vida en todos los aspectos o contenidos que la persona requiera (máximo cuatro usuarios por profesional para asegurar un desempeño adecuado del apoyo a la persona). Según Martínez (2011) este profesional desempeña un papel fundamental en cuanto a la confianza y al apoyo emocional hacia el anciano se refiere, para ello

debe ser empático, mostrarse interesado y estar a disposición de la persona mayor y su familia; debe ser una figura cercana a quien recurrir cuando se tienen dudas, problemas o simplemente, se quiere compartir algo. La figura del profesional de referencia debe ser aceptada por la persona usuaria, y por ello no es conveniente asignar directa y definitivamente profesionales de referencia a cada persona, se les puede asignar un profesional pero de forma provisional, puesto que será la propia persona quien elija a su persona de confianza.

- Las Historias de vida: Se creará un documento único y confidencial de cada usuario, en el cual se recogerán los acontecimientos más importantes de la vida del anciano, los aspectos positivos, los gustos, capacidades, ilusiones, su pasado y todo lo que han vivido y quieren compartir con nosotros. Es un instrumento que permitirá al trabajador conocer mejor a la persona. Se realizará en primera persona

La información que se recoge en este documento se obtendrá según surgen conversaciones entre el profesional y el anciano, nunca se forzarán a la persona mayor a contarnos cosas que no salgan de sí mismo. La “Historia de vida” se construye en base a la confianza que el anciano tenga hacia el profesional y para crearla, se debe conversar a diario con las personas, cumpliendo de esta manera un doble objetivo: recabar información para la historia de vida, y fortalecer la relación con los ancianos, haciéndoles sentir escuchados (factor muy importante y muy demandado hoy en día, en la atención emocional de las personas mayores).

Al terminar este documento, se les leerá a cada protagonista, demostrándoles que en sus vidas ha habido y hay muchísimas cosas positivas.

- El Proyecto de vida: documento en el que se consignan las metas que la persona se propone, sus sueños, preferencias, gustos, intereses, y los recursos y apoyos necesarios para conseguir los objetivos requeridos para su logro o satisfacción.

Según la Junta de Castilla y León el modelo está basado en La Planificación Centrada en la Persona y el Modelo de Calidad de Vida y Persona:

- La planificación Centrada en la Persona:

Su fin es que la persona tenga la calidad de vida que desee

La principal característica y aspecto innovador que define estos modelos es que “se reconoce el papel central de la persona usuaria en su atención y, en consecuencia, se proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan”. (Martínez, 2011)

Es un enfoque de la intervención en el que las personas usuarias se convierten en el eje central de la organización del centro o servicio y de las actuaciones profesionales.

Su fin es mejorar la calidad de vida de las personas mayores potenciando la autonomía y el bienestar de éstas. Este modelo incorpora nuevas metodologías, nuevas maneras de hacer, que aportan un conjunto de técnicas e instrumentos que facilitan la atención integral personalizada.

Se pretende que cada persona tome un papel de agente central y activo. El objetivo no es solo individualizar la atención sino empoderar a la persona para que ella misma pueda seguir gestionando su vida y tomando sus decisiones.

La Planificación Centrada en la Persona comprende un conjunto de principios o enunciados que orientan la atención. A modo de catálogo se proponen diez asunciones que caracterizan este enfoque aplicado a la atención gerontológica:

1. Todas las personas tienen dignidad.
2. Cada persona es única.
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.
4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.

5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.
6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas.
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas.
9. Las personas son interdependientes.
10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios. (Martínez, 2013, p.4)

**Diferencias entre modelos de atención:**

	<i>Planificación individual clásica</i>	<i>Planificación centrada en la persona</i>
<i>Percepción de la persona</i>	<i>Sujeto que puede participar pero no decide</i> <i>Perceptor de servicios</i>	<i>Sujeto con derechos, activo y que decide</i> <i>Autor de su propia vida</i> <i>Cliente</i>
<i>Valores y creencias</i>	<i>Aprendizaje continuo</i> <i>Paternalismo del experto</i> <i>Logro de la autonomía</i> <i>Predominio de la técnica</i> <i>El problema está en la persona</i>	<i>Satisfacción Vital</i> <i>Orientación y respeto de la persona</i> <i>Autodeterminación</i> <i>Interdependencia</i> <i>Predominio de la ética</i> <i>El problema está en el entorno</i>
<i>Quién tiene el poder de la toma de decisiones</i>	<i>El técnico o profesional</i>	<i>La persona con discapacidad y secundariamente el grupo de apoyo</i>
<i>Conocimientos necesarios</i>	<i>Técnicas educativas y rehabilitadoras</i> <i>Psicopedagogía, medicina...</i>	<i>Relaciones humanas, comunicación,</i> <i>Gestión de oportunidades de la comunidad</i> <i>Conocimientos de varios campos profesionales</i>
<i>Metodología</i>	<i>Elaboración por profesionales, bien individualmente o en equipos multidisciplinares</i> <i>Planificación por objetivos operativos</i> <i>Elaboración de programas</i>	<i>Coordinada, participativa y democrática</i> <i>Debate y discusión</i> <i>Negociación y consenso</i> <i>Trabajo en red</i> <i>Establecimiento de metas personales</i>
<i>Evaluación</i>	<i>Cuantitativa y centrada en las habilidades conseguidas por las personas</i>	<i>Cuantitativa y cualitativa, centrada sobre todo en cómo se siente la persona, en la idoneidad de los apoyos prestados y en el cumplimiento de los compromisos adquiridos</i>
<i>Limitaciones</i>	<i>Disponibilidad de los servicios específicos</i>	<i>Preferencias individuales (dentro del respeto a los derechos de los demás)</i> <i>Disponibilidad de recursos comunitarios</i>
<i>Modelo de referencia</i>	<i>Psicopedagógico</i> <i>Rehabilitación</i>	<i>Calidad de Vida</i>

(Marín, AI, De la Parte, JM y Lopez MA, 2006)

- El Modelo de Calidad de Vida y Persona

Según Rodríguez, C. (2014) este modelo consiste en pasar de un modelo tradicional en el que la persona se adapta a las reglas de funcionamiento del centro, a un modelo en cuál es el centro el que se adapta a los deseos y necesidades de las personas

La calidad de vida se basa en el bienestar físico, la inclusión social, el bienestar emocional, el desarrollo personal, las relaciones interpersonales, los derechos, el bienestar material y la autodeterminación.

Según el Ministerio de sanidad, política social e igualdad (2011) para que este modelo se lleve a cabo, debe haber ciertos cambios:

- Pasar de un sistema centrado en las limitaciones de la persona a otra centrada en el contexto y en la interacción.
- Pasar de un sistema centrado en la eficacia de los servicios, programas y actividades, a otro que se centre en los avances en la calidad de vida y los cambios y mejoras, los cuales deben reflejarse en cada persona.
- Pasar de un sistema centrado en los profesionales a otro que tenga en cuenta a la persona y a sus familiares

La calidad de vida aumenta cuando las personas perciben que pueden participar en decisiones que afectan a sus vidas (Schalock, 1997), asimismo la participación plena y la aceptación de la persona en la comunidad es otro principio importante de la calidad de vida en las personas. (Mañós, F. y Castillo, M., 2011, p.17)

La Junta de Castilla y León me ha facilitado información acerca de los resultados que se están obteniendo en los centros donde se ha implantado este modelo. Estos resultados son muy satisfactorios puesto que se ha comprobado mejorías en la autonomía de los ancianos, así como una gran satisfacción por parte de éstos, sus familias y los profesionales que trabajan en dicho proyecto.

El aspecto psicológico ha jugado un papel fundamental porque al mejorar este aspecto, ha habido mejoras físicas como por ejemplo en ciertas personas, se ha bajado

la medicación, en otras ha descendido la dependencia física etc. Pero lo más importante que se ha notado en estos centros, es el aumento del sentimiento de ilusión por la vida.

Las funciones del Trabajador Social en este nuevo modelo de atención, no son muy distintas a las funciones de cualquier otro centro residencial.

Su principal función es traducir el modelo anterior y dirigirlo hacia la planificación centrada en la persona, puesto que pasa de un servicio asistencial a un modelo que tiene en cuenta a la persona, promoviendo su plan de vida y buscando los apoyos que sean necesarios.

Este profesional debe apoyar, asesorar y colaborar con el resto de profesionales implicados en el proyecto; pero principalmente forma parte del equipo técnico y desarrolla funciones de asesoramiento a nivel documental, hacia los profesionales encargados de la elaboración de la historia y proyecto de vida.

Coordina las unidades de convivencia y desarrolla toda la documentación necesaria para la dependencia, índices Barthel etc.

## **CONCLUSIONES**

En mi opinión, es esencial seguir progresando en cuanto a la atención recibida en las residencias de ancianos, porque no podemos volver a un modelo geriátrico asistencial basado únicamente en la guarda y cuidado de la persona, un modelo en el cual no se tenga en cuenta a la persona, sus deseos y sus ganas de vivir.

Son servicios públicos muy importantes, pero debemos tener en cuenta que para cualquier persona provocan un cambio bastante radical, puesto que no solo cambian de domicilio, si no también cambian las personas que les cuidan y se encargan de ellos, personas con las que se crea una relación diaria. La mayoría acuden a la residencia de por vida por lo que si no se realiza el cambio con cariño y con cuidado, se puede generar en la persona mayor sentimientos de desconfianza, desorientación e incluso pueden dar lugar a depresiones, por todo esto es muy importante el cómo se produce ese cambio.

A pesar de que me ha resultado bastante difícil conseguir información acerca del proyecto “En mi casa” y especialmente el papel que en él tienen los trabajadores sociales, considero que es un modelo de atención residencial novedoso y muy bueno, porque la esencia se la devuelven a los ancianos, se les empodera para que tomen sus propias decisiones en vez de marcarles una pautas fijas acerca de lo que tienen que hacer y cómo lo tienen que hacer.

Espero sinceramente, que surjan más modelos de atención residencial como este, y se extiendan por todo el territorio nacional e internacional. Nos enriquecerá como personas, como trabajadores y como futuros usuarios.

## Bibliografía

- Abellán, A., Vilches, J y Pujol, R. (2014). *“Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos”*. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 6.
- Aburto, J.M. (2011). *Plan de Atención Individual*. Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia.
- Almarza, J.M. et al. (1988). *Hacia una vejez nueva*. Salamanca: I Simposio de Gerontología de Castilla y León. Fundación Friedrich Ebert.
- Berjano, E., Simó, C. y Ariño, A. (2005). *Cuidado a la Dependencia e Inmigración*. Madrid: IMSERSO
- Bermejo, L. (2014). *Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. Parte 1 y 2*. Asturias: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d’Asturies
- Bohórquez, A. (2004). *100 Recomendaciones básicas para Fomentar la Calidad en Residencias de Personas Mayores*. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Grupo de Calidad.
- Caballero, E y Estacio, M. (2014). *Los servicios sociales en Castilla y León*. Secretarías de Política Social y de Estudios y Asesoramiento Jurídico y Sindical: Gabinete Técnico de la U.S. de CCOO de Castilla y León
- Campos, B. (2003). La construcción de una política social de vejez en España: del franquismo a la normalización democrática. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*.73, 239-263
- Carbajo, M<sup>a</sup> del Carmen (2008). La historia de la vejez. *Ensayos*, 18, 237-254
- Carmona, M.I. (2006). *Proyecto de Desarrollo de la Gestión de Cuidados para Ancianos Institucionalizados*. Unidad de Atención a Residencias: Biblioteca Las

casas. Recuperado en  
<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0087.php>

- Castanedo, C., García M., Noriega M.J., y Quintanilla M. (2001). Consideraciones generales sobre el envejecimiento. *Influencia de los cambios del proceso de envejecimiento en la satisfacción de las necesidades del anciano*.
- Castells, M. y Pérez, L. (1992). *Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Diputación Foral de Bizkaia (2007). *Manual de buena práctica de residencias de personas mayores*. Bizkaia: BFADFB
- Dubert, I. (2006). Vejez y envejecimiento poblacional en España, siglos XVIII-XX. Fases, distribución espacial e importancia sociofamiliar. *SEMATA, Ciencias Sociales e Humanidades*, 16, 89-120.
- Envejecimiento en Red (2013). "Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de diciembre de 2012". Madrid, Informes Envejecimiento en Red, nº 2.
- Filardo, C. (2012). Trabajo Social para la Tercera Edad. *Documentos de Trabajo Social*, 49, 204-219.
- García, A. y Gómez, C. (2010). *Manual de Buenas Prácticas en Residencias para Personas Mayores*. Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia
- García, M.C. y Tous, J.M. (1992). *Motivación y vejez: Jerarquía de necesidades y nivel de aspiración de los ancianos internos en una residencia*. Barcelona: Fundación "La Caixa"
- Junta de Castilla y León (Sin fecha). Nuevo modelo de atención residencial a personas mayores "en Mi casa". Recuperado el 26 de julio de 2015 de <http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1284257146354>  
///

- Madrigal, A. (2011). Capítulo 4: Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. En Fernández, J.N. (1ª Ed.), Informe 2012 Las personas mayores en España (pp. 199-205). Madrid: IMSERSO
- Manzanares, A.M. y Rodríguez, Y. (2003). Intervención de Trabajo Social con Adultos Mayores. *Revista de Trabajo Social*, 5, 119-130
- Mañós, F. y Castillo, M. (2011). *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo*. Madrid: IMSERSO y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
- Marcos, P. (2011). El Trabajo Social en residencias para personas mayores dependientes. De la burocracia a la empatía. *“Práctica”*. Valencia: TSnova
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
- Martínez, T. (2013). *La atención gerontológica centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos*. Fundación CASER para la dependencia
- Pérez, J y Gómez, G. (2011). *Modelo Básico de Atención en Residencias para Personas Mayores*. Castilla la Mancha: Mayores
- Pía, M. (1992). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Papers: Revista de sociología*, 40, 121-135
- Pons, J y Silvestre, J. (2010). *Los orígenes del Estado de Bienestar en España, 1900-1945: los seguros de accidentes, vejez, desempleo y enfermedad*. Zaragoza: Prensa Universitaria de Zaragoza.
- Proyecto “En mi casa”: Centros multiservicios en Castilla y León (2013). Servicios Sociales de Castilla y León. Junta de Castilla y León.
- Rodríguez, C. (2014). *Tema 1. Modelo de vida y persona*. Material no publicado

- Rodríguez, P. (2010). *La atención integral centrada en la persona*. Madrid: Informes Portal Mayores
- Sánchez, C.D. (1990). *Trabajo Social y Vejez*. Buenos Aires: Hvmánitas
- Torío, R.M. (2002). *La situación de las personas mayores en Castilla y León*. Valladolid: CES
- VV.AA. (2011). *Manual del residente en Geriatría*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.