

POLÍTICAS DE BIENESTAR E INTERVENCIÓN CON PERSONAS MAYORES: UN ENFOQUE CENTRADO EN LA SINGULARIDAD Y EN LA INTEGRACIÓN COMUNITARIA¹

Rosalía Mota López
Rosario Paniagua Fernández
Profesoras de la Universidad Pontificia Comillas

1. Introducción .

El envejecimiento de la estructura por edades constituye una realidad sociodemográfica dominante e imparable en las poblaciones de los países desarrollados. En el conjunto de la Unión Europea las personas de 65 años y más representaban en 2000 el 16,3% de la población, y constituirán ya casi un cuarto en el 2020 (21%)². El aumento de la esperanza de vida al nacer, combinado con la progresiva caída de la fecundidad, han producido un escenario demográfico en el que las personas mayores tienen cada día más peso relativo en la estructura por edades de la población. El proceso de envejecimiento de la población española arranca algo más tarde que el de otros países europeos, pero se ha desarrollado a un ritmo más rápido. Al comenzar el siglo, las personas de esas edades suponían 5 de cada 100 españoles³. Actualmente este número asciende al 17% del total de la población, y las estimaciones prevén que alcanzará el 31% en el año 2050. La esperanza de vida al nacer de los hombres se encuentra entre las más altas de los quince, junto con la de los suecos, griegos, italianos, mientras que la de las mujeres es la más alta de todas: 76 y 83 años respectivamente. Por su parte, España tiene la tasa de fecundidad más baja, junto con Grecia: 1,25 hijos por mujer (Eurostat, 2004: 90 y 78).

El perfil característico que adopta el proceso de envejecimiento se resume en el sobre envejecimiento y la feminización de éste. Las ganancias en la esperanza de vida a los 65 años han empujado al alza el peso relativo que en el conjunto de la población mayor de 64 años están adquiriendo las personas de edades más avanzadas⁴. En el 2004 las personas mayores de 80 años representaban ya la década de envejecimiento acentúa también la importancia de una de las variables demográficas fundamentales, debido a la diferencia de esperanza de vida entre los sexos. La feminización del colectivo de personas de 65 años y más es significativa: hay 74 hombres por cada 100 mujeres. La proporción de mujeres mayores respecto a los hombres es más elevada medida que se avanza en edad: mientras que en el grupo de edad de 65 a 79 años hay 81 hombres por cada 100 mujeres, esta proporción descende hasta 52 hombres por cada cien mujeres en la población de 80 años y más.

¹ Publicado en Fernando Vidal (dir.), 2006: *La exclusión social y el Estado de bienestar en España*. Icaria, Barcelona.

² Los datos de los países europeos proceden de Eurostat (2002: 130-132).

³ IMSERSO (2004). *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Este Informe constituye la revisión más actualizada y comprensiva de la información estadística disponible sobre personas de 65 años y más. Incluye datos demográficos, socioeconómicos, de salud, y de formas de convivencia. La dirección electrónica en la que está disponible es www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/documentos/informe2004/xls. Siempre que se ofrezcan datos obtenidos a partir de esta fuente se hará referencia a la tabla de la cual se han extraído. Para el caso de los datos ofrecidos en este apartado sobre el peso relativo de las personas de 65 y más es la tabla 1.1. del Capítulo 1 (www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/documentos/informe2004/xls/cap1/1.01tab01-evolucion.xls).

⁴ Mientras que a comienzos de siglo una persona que alcanzase los 65 años podía esperar vivir en promedio 9 años más, a finales de la década de los noventa este número se había prolongado hasta los 18. A los 75 años la esperanza de vida a la edad pasada de 5 a 11 años (INE, 1999).

⁵ Elaboración propia según los datos de estructura por edad y sexo de la población de 65 y más ofrecidos por la Revisión del Padrón Municipal de 2004. Datos a nivel nacional en INEBASE.

sociales para las personas mayores adoptan una naturaleza sectorial, es decir, están divididas tanto en su naturaleza como en su organización y financiación principalmente en políticas de rentas y políticas de servicios personales (incluyendo desde una perspectiva amplia en este bloque las políticas sociosanitarias), lo más sustantivo en el análisis es explicitar el marco interpretativo sobre el cual se pueden hacer pivotar los análisis particulares. Conviene recuperar en este sentido la integralidad y la globalidad en la reflexión puesto que las políticas sociales se articulan para atender y favorecer el bienestar de las personas en un sentido comprensivo (aunque posteriormente por razones operativas y como se hará en este artículo se separa sectorialmente el análisis).

Cada escenario de política de bienestar está sostenido por una lógica diferente. Las políticas sociales dirigidas a las personas mayores son deudoras por una parte, de la ligazón entre desigualdad social y carencia de rentas características de la sociedad industrial. En ella la pobreza afectaba fundamentalmente a sectores de población específicos (en muchas ocasiones durante generaciones enteras), y que precisamente por ello habían desarrollado y contaban con redes de ayuda mutua. Por otra parte, estas políticas estaban articuladas sobre ciclos vitales de menor esperanza de vida (y por esa razón de menor riesgo de deterioro físico y cognitivo), y sobre trayectorias familiares de división sexual del trabajo y sobre redes familiares y sociales que constituían un activo frente al envejecimiento. En consecuencia, las políticas dirigidas a los mayores eran políticas de protección económica cuyo objetivo fundamental era sustituir las rentas salariales que el sustentador masculino dejaba de percibir tras el cese de la actividad laboral, para así garantizar los ingresos familiares y la sostenibilidad de la segregación por sexo de las tareas reproductivas. La necesidad de reformar las políticas de bienestar para dar respuesta a fenómenos nuevos en el ciclo vital y familiar de las personas, exige comenzar por la comprensión y el reconocimiento de que categoría de “mayores” está inscrita en las políticas actuales y cómo se pueden generar nuevos fundamentos para mejorarlas. El marco interpretativo que aquí proponemos se articula en torno a las tres claves que a continuación se detallan:

2.1. *La noción de ciudadanía*

El conocimiento sobre las políticas sociales dirigidas a las personas mayores ha de organizarse desde la premisa de la condición ciudadana de éstos. El ciudadano es aquel que en un sistema político de contrato social entre determinados sujetos históricos, es sujeto de derechos civiles, políticos y sociales, lo que le hace igual a otros ciudadanos (Marshall, 1950). Los derechos civiles y políticos tienen como referencia histórica la época de las revoluciones burguesas entre los siglos XVIII y XIV y comprenden los derechos civiles y políticos. La segunda generación de derechos está constituida por los derechos sociales cimentados por los modernos Estados de bienestar, y son los que resultan de mayor interés desde nuestra perspectiva. Estos derechos sociales tienen como principal objeto asegurar la participación en la vida económica, social y cultural de la comunidad política de referencia de las personas individuales, así como de los grupos en los que se integran, así como de la exclusión suponiendo tanto el no ejercicio de la condición y los derechos de ciudadanía.⁹

El Estado de bienestar, como institución central en la regulación de las relaciones sociales productivas de la modernidad, adoptó el referente del trabajo asalariado como eje de la ciudadanía social, y en consecuencia el mecanismo contributivo como principio de las políticas de rentas. El contrato social sobre el que sostenían los modernos regímenes de bienestar suponía por tanto un déficit de inclusividad para aquellas categorías sociales definidas al margen de la relación productivo –

⁹ Los derechos sociales de las personas mayores fueron reconocidos por el texto constitucional en su artículo 50: “Los poderes públicos garantizarán mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverá su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderá sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

laboral. Entre éstas el colectivo más relevante era el de las personas mayores, así acotadas por su cese de la actividad laboral ¹⁰. En ese contexto sociopolítico la intervención con las personas mayores se centró en políticas de transferencia de rentas cuyo objetivo principal era garantizar un salario de sustitución tras la retirada del mercado de trabajo, haciendo así posible la jubilación como mecanismo de regulación de la fuerza de trabajo (Graebner, 1980). El resultado de la exclusión del mundo del trabajo asalariado que la jubilación impone ha venido constituyendo un riesgo de pobreza y exclusión social importante. Tres son las manifestaciones más importantes de esa exclusión de la esfera mercantil.

En primer lugar, un mayor riesgo de insuficiencia de recursos económicos, puesto que manifiesto en la persistente incidencia de la pobreza entre las personas de 65 años y más en relación con la población conjunta de la población. Según datos del Panel de Hogares de la Unión Europea, en el año 2001 las tasas de pobreza superiores a la del conjunto de la población se producían sólo en dos grupos de edad: los menores de 16 años y las personas de 65 años y más. Casi un cuarto de la población de 65 años y más disponía de unos ingresos inferiores al 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo (22%), tres puntos porcentuales por encima de la tasa de pobreza general (19%) ¹¹. El confinamiento en el ámbito privado – familiar, o trayectorias laborales inestables, han venido actuando como multiplicadores del riesgo de pobreza ¹². El impacto sobre el empleo de la economía postindustrial, que modifica las trayectorias rápidas, lineales y continuadas hacia el empleo industrial asalariado, debilita también la potencia inclusiva de los esquemas de protección social tradicionalmente ligados al mercado de trabajo.

Por otra parte, la exclusión social que impone la jubilación muy significativa. En un nivel micro impone la separación de las redes de relaciones sociales que giran en torno a la esfera laboral, y sobre las cuales las personas seguimos articulamos en gran medida nuestra cotidianidad ¹³. En un nivel macro, origina su marginación como agentes sociales activos, desvalorizando la significación social de las personas mayores. La ciudadanía laboral colectiva ha sido reducida a las posiciones de el que la contribución a la producción de bienestar todo lo más secundario, a todos aquellos que mercado de cada uno, dejando en un lugar invisible, ajado resexternos al sector mercantil. Además, el aún aportando utilidad social al conjunto, son trabajadores que se deterioran con el tiempo. El proceso de deterioro de la salud que acompaña al paso de los años, supone un alejamiento de los valores socialmente reconocidos como la agresividad, la fuerza, la competitividad y la belleza física (Pérez, 2004).

El edadismo, entendido como discriminación de la persona en función exclusivamente de su edad, se convierte así en el argumento moral que justifica la exclusión de las personas de su condición de ciudadanos cuando envejecen. Pareciera como si el envejecimiento “social” convirtiera en legítimas situaciones de dejación de derechos sociales fundamentales, y las personas, por el hecho de estar jubiladas o afectadas por situaciones de deterioro físico o psicológico, pudieran verse desprovistas

¹⁰ El conjunto de variables contextuales que propiciaron el despliegue y la maduración de los modernos Estados de bienestar (1945-1975) fueron las siguientes: esquema fordista de producción y consumo; estructura social de base clasista; empleo continuado y estable de escasas desigualdades salariales, y modelo familiar de división sexual del trabajo.

¹¹ Los ingresos por unidad de consumo se obtienen dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo. Datos obtenidos de IMSERSO (2004:388).

¹² En el siguiente apartado, dedicado a la política de pensiones, se expone con mayor detalle la vinculación entre la política de pensiones y los sistemas contributivos de Seguridad Social para determinadas categorías de personas que han traspasado la edad de jubilación obligatoria, principalmente las mujeres y trabajadores con pautas precarias de inserción en el mercado laboral.

¹³ Para las generaciones actuales de mujeres de edad avanzada, dedicadas en su mayoría exclusivamente al trabajo doméstico, las demandas asociadas al rol del ama de casa siguen estructurando la mayor parte del tiempo cotidiano. Para una buena revisión de las diferencias de género ante la jubilación véase el trabajo de Agulló (2001). Las situaciones de vulnerabilidad que las afectan fundamentalmente tienen que ver con la incidencia de las situaciones de dependencia, debido a una mayor esperanza de vida.

de los recursos sociales que garantizan el ejercicio del acceso a los recursos sociosanitarios (como por cuidados paliativos) justificada por la avanzada edad de la interrelación que en ocasiones se establece

o de efectivos de ciudadanía ¹⁴. La discriminación en un ejemplo de determinados tratamientos quirúrgicos o edad de los pacientes, constituye un buen ejemplo de edadismo y exclusión (Ribera et al., 1995).

Situar por tanto en el centro de la interpretación la noción de ciudadanía invoca a una cultura cívica en la que se habla de una ética social en la que todas las personas mayores. Conviene considerar en estos aspectos sociales por parte de los ciudadanos constituye la identidad del sistema, y al mismo tiempo señala la las disposiciones individuales de los ciudadanos

de las políticas sociales para persona mayores la inclusiva para todas las edades ¹⁵. Estaríamos en el sentido que el ejercicio de los derechos misma identidad de la comunidad de referencia. s derechos sociales que el Estado protege nacerie de contradicciones que violan la propia potencia inclusiva que tienen cambios tanto en mo en la cultura pública de las instituciones.

La relevancia de las personas mayores como sujetos razones puramente demográficas (y por ello política ponderar la capacidad de integración de nuestra sociedad cohesionada pasa por modificar el imaginario desde personas mayores. Un imaginario asociado a narraciones institucionales hacia las personas que han traspasado un proyecto de sociedad cohesionada para todas las edades de ciudadanía, en un sentido inclusivo según en el que se incluyan los ámbitos social y doméstico que parten de que el envejecimiento es un proceso de bienestar integral de la persona antes los riesgos estadios del ciclo vital, constituye por tanto una de políticas sociales inclusivas.

cívicos no vienen dadas entonces únicamente por s), sino también por su valor capital para edad (García, 2001). Un proyecto de sociedad el cual se percibe a la categoría social de las nes de pérdidas, limitaciones, o cargas que , y condicionan conductas personales, sociales e douna determinada frontera cronológica ¹⁶. Crear edades pasa pues por la reelaboración de la la edad y basada en una redefinición del trabajo o-familiar. Políticas integrales de ciclo de vida uedura toda la vida, y tengan como objetivo el de exclusión que imponen las transiciones entre prioridad estratégica de primer orden en una agenda

2.2. La consideración de persona

Las principales coordenadas socioeconómicas y culturales que fundamentaron el Estado de bienestar, y por tanto la garantía de ciudadanía, se acelerada. Las identidades personales y colectivas sociales con intereses y valores estandarizados, como Estado-nación, se borran en la sociedad del riesgo con la articulación de la edad como elemento estructural de transformación más relevante que ha introducido esta centralidad de la relación productiva-laboral. El vital y familiar estandarizado de división sexual de la definición de la vejez al cese de la relación salarial sustentador masculino) ¹⁷. Esta visión del ciclo vital y familiar se está agotando, y es necesario sustituirlo por modelos mucho más flexibles de relación laboral y familiar.

rales que fundamentaron el Estado de e están transformando de manera profunda y construidas a partir de grandes agregados como la clase social, la familia tradicional y el o y la incertidumbre (Beck, 2002). En relación turante de grandes categorías sociales, la a modernidad reflexiva es la pérdida de esquema industrial-patriarcal impuso un ciclo el trabajo que otorgaba la primacía en la ial (patrimonio prácticamente exclusivo del ción laboral y familiar.

¹⁴ Mientras que la edad cronológica se refiere a la ausencia de funcionalidad en un determinado tramo etáreo, por edad social se puede entender el conjunto de actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica.

¹⁵ El lema de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento (2002) fue "Construir una sociedad para todas las edades", en el mismo sentido inclusivo que aquí se invoca.

¹⁶ El catastrofismo de lo que se analiza el impacto del envejecimiento en la sostenibilidad de los sistemas públicos de bienestar es una buena muestra de ello.

¹⁷ La propia categoría de persona mayor está construida a partir de esta visión productiva-laboral. El límite de edad a partir del cual

Los procesos de jubilación anticipada cuestionan la idea del trabajo mercantil como eje estructurante de la vida cotidiana y del conjunto de relaciones, inserciones y derechos sociales. La emergencia de espacios de dedicación personal socialmente útiles imposibilitan mantener una concepción de la edad únicamente vinculada a la inserción en labores productivas y salarialmente reconocidas. El acceso creciente de las mujeres al mundo laboral desafía la concepción patriarcal de la vejez, aún cuando la persistencia del reparto de tareas en el seno del hogar hace que la variable género siga siendo determinante en el proceso de envejecimiento. Todo ello se produce además en un marco de aumento de la esperanza de vida, que prolonga las fases finales del ciclo vital y familiar. Esta prolongación hace inservibles modelos individuales y familiares basados en la mayoría de las veces en una concepción restringida del tiempo que transcurre entre la jubilación salarial y la emancipación de los hijos por un lado, y la desaparición del núcleo familiar por otro, y cualitativamente asociada al deterioro físico y psicológico.

El resultado es la progresiva diversificación de perfiles personales y colectivos en riesgo de exclusión dentro de la categoría social anteriormente estandarizada y uniforme de personas mayores, que presiona hacia la redefinición conceptual y operativa de las políticas sociales¹⁸. Hombres (y cada vez más mujeres) prejubilados que han de adaptar su cotidianeidad fuera de la relación laboral; abuelas y abuelos (pero todavía principalmente abuelos), que garantizan el cuidado instrumental y afectivo de sus nietos, simultaneándolo en ocasiones con el de sus propios padres¹⁹; personas en situaciones extremas de dependencia; personas sin ningún anclaje familiar y comunitario; personas mayores que viven en ámbitos rurales; otros que viven en entornos urbanos degradados; personas mayores que viven con sus familias, algunas cambiando de residencia periódicamente; mayores inmigrantes, etc. todos ellos son el resultado de la diversidad producida por la segunda modernidad.

La irrupción del sujeto en la esfera pública implica trasladar el énfasis en las políticas dirigidas a los mayores desde las categorías a la persona. Poner en el centro de las políticas a la persona significa en primer lugar reevaluar valores intrínsecos de ésta, independientemente del lugar que ocupa en el esquema productivo – laboral, o de sus capacidades físicas o mentales. La dignidad y la valía personal adquieren así un protagonismo del que no deberían haber sido desprovistas debido al ley de rentabilidad productiva, que construyó una categoría socialmente estereotipada y etiquetada que amplifica las carencias de valor de mercado al ámbito personal y social²⁰. La construcción social de la dependencia está contribuyendo a desvalorizar estos principios básicos en las políticas de bienestar. La acepción de dependencia se asimila a la pérdida de autonomía (Rodríguez, 1998)²¹.

se etiqueta demográfica y socialmente a una persona como mayor está situado en la edad obligatoria de jubilación imperante en la mayoría de los países desarrollados, y aplicable a una gran parte de los trabajadores asalariados, los 65 años. A lo largo de este trabajo se utiliza este significativo, el de personas mayores, como modo de referirnos a un grupo de población que constituye una categoría social delimitada, sin que por ello (tal y como se pone de manifiesto en diversas ocasiones), se comparta el reduccionismo de las consecuencias para la imagen de las personas así definidas que implica.

¹⁸ Las personas mayores siguen siendo uno de los colectivos en riesgo de exclusión social más relevantes. La exclusión social es un proceso dinámico de desconexión de los recursos de desarrollo personal, de inserción socioeconómica y de descripción comunitaria. Gomá y Subirats (2003) han puesto de manifiesto cómo el envejecimiento de la estructura por edades de la población, y el incremento asociado a él de estados de dependencia física y cognitiva, es uno de los factores de vulnerabilidad social claves. Por otra parte, las personas mayores han sido objeto preferente de atención en el análisis de la exclusión que los sucesivos Informes de la Fundación Encuentro han ido realizando (Fundación Encuentro, 1993; 1996 y 2001).

¹⁹ Subirats et. al. consideran entre los factores de vulnerabilidad social el de sobrecarga familiar, definida como "...ocupaciones diarias que incluyen como quehaceres no remunerados el cuidado de niños propios o ajenos, y/o el cuidado de otros adultos necesitados de ayuda especial por ancianidad, enfermedad, discapacidad..." (Subirats et. al., 2004:93).

²⁰ Estos son principios proclamados por Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad (ONU; 1991), y recogidos por el último Plan de Acción Nacional para las Personas Mayores (IMSERSO, 2003). El Plan de Acción Internacional surgido de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento celebrada en el 2002 reafirma estos objetivos en la intervención con personas de edad avanzada.

²¹ El Consejo de Europa definió en 1997 la dependencia como la situación en la que se encuentran aquellas personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia para la realización de las actividades de la vida diaria. Entre estas actividades se encuentran tanto actividades básicas como le vantarse acostarse en la cama,

El término autonomía significa la facultad humana para gobernar las propias acciones, la propia vida, y se opone a heteronomía, que es la cualidad de aquellas personas que son regidas por un poder ajeno a ellas. La dependencia como constructo social refuerza en este sentido el esquema productivista de estratificación por edades, haciendo dependientes a los mayores de la facultad de gobierno de los adultos. El riesgo que se corre con esta asociación perversa es el etiquetaje de cualquier persona con algún grado de dependencia como una persona incapaz de decidir la ropa que ha de vestir, el hogar en el que quiere vivir, el control de sus bienes, o sus contactos sociales.

ara gobernar las propias acciones, la propia vida, y se opone a heteronomía, que es la cualidad de aquellas personas que son regidas por un poder ajeno a ellas. La dependencia como constructo social refuerza en este sentido el esquema productivista de estratificación por edades, haciendo dependientes a los mayores de la facultad de gobierno de los adultos. El riesgo que se corre con esta asociación perversa es el etiquetaje de cualquier persona con algún grado de dependencia como una persona incapaz de decidir la ropa que ha de vestir, el hogar en el que quiere vivir, el control de sus bienes, o sus contactos sociales.

Se impone así un marco interpretativo de las personas mayores en el que la familia o los profesionales que les atienden deciden por ellas, haciendo paternalistas, en los que la familia o los profesionales que les atienden deciden por ellas, usurpando la voluntad de la persona en “su bien” e infantilizándola. La lectura de las políticas de bienestar dirigidas a las personas mayores desde la óptica del sujeto implica evaluar la articulación cualitativa de éstas en términos de empoderamiento y participación. La sustitución de los modelos pasivos de políticas por estrategias activas en la intervención con mayores pasa por metodologías que refuercen sus capacidades de comprensión, control y decisión sobre sus propias condiciones de vida, y les incluyan en el diseño y la implementación de las políticas sociales de las que son destinatarios (políticas con las personas mayores). La salvaguarda del ejercicio de su voluntad personal debe garantizarse aún cuando sus capacidades es cognitivas empiecen a deteriorarse (Barbero, 1997).

as mayores en el que encajan bien modos de vida, y les incluyan en el diseño y la implementación de las políticas sociales de las que son destinatarios (políticas con las personas mayores). La salvaguarda del ejercicio de su voluntad personal debe garantizarse aún cuando sus capacidades es cognitivas empiecen a deteriorarse (Barbero, 1997).

La progresiva importancia del fenómeno de la transformación de la categoría social de la vejez. El concepto de vejez, ligado antes al proceso de separación de la vida activa, se correspondería ahora con el de ancianidad, que es un grupo especialmente vulnerable a la dependencia, y con necesidades sociales y asistenciales específicas. La categoría social de las personas mayores se fragmenta en tercera y cuarta edad, adoptando como límites de esas agrupaciones la edad obligatoria de jubilación y la edad cronológica a partir de la cual la incidencia de las situaciones de dependencia es creciente²². El etiquetaje producido por el fenómeno de la dependencia viene a sumarse a la segmentación producida por la jubilación, segmentando y estandarizando la intervención con las personas mayores no sólo en relación con el resto de grupos de edad, sino también al interior de ellas. Poner al sujeto en el centro de las políticas de bienestar hacia y con las personas mayores implica valorar la atención a la singularidad de cada persona, personalizando las intervenciones. La estandarización del ciclo vital del envejecimiento, y por tanto de los recursos de atención social que se forma uniforme y en una lógica secuencial se ponen en marcha para atender a las personas mayores, es deudora del enfoque que podría denominarse como inevitabilidad del envejecimiento. Sin embargo, el proceso biológico de envejecimiento presenta una variabilidad interindividual (no todas las personas envejecen igual), e intraindividual (los cambios producidos en una determinada capacidad fisiológica o psicológica no predicen necesariamente cambios en otros ámbitos), muy significativa. Por tanto, los modos de intervención no pueden alienarse de las biografías personales, familiares y comunitarias que conforman el bienestar cotidiano de las personas mayores.

La progresiva importancia del fenómeno de la transformación de la categoría social de la vejez. El concepto de vejez, ligado antes al proceso de separación de la vida activa, se correspondería ahora con el de ancianidad, que es un grupo especialmente vulnerable a la dependencia, y con necesidades sociales y asistenciales específicas. La categoría social de las personas mayores se fragmenta en tercera y cuarta edad, adoptando como límites de esas agrupaciones la edad obligatoria de jubilación y la edad cronológica a partir de la cual la incidencia de las situaciones de dependencia es creciente²². El etiquetaje producido por el fenómeno de la dependencia viene a sumarse a la segmentación producida por la jubilación, segmentando y estandarizando la intervención con las personas mayores no sólo en relación con el resto de grupos de edad, sino también al interior de ellas. Poner al sujeto en el centro de las políticas de bienestar hacia y con las personas mayores implica valorar la atención a la singularidad de cada persona, personalizando las intervenciones. La estandarización del ciclo vital del envejecimiento, y por tanto de los recursos de atención social que se ponen en marcha para atender a las personas mayores, es deudora del enfoque que podría denominarse como inevitabilidad del envejecimiento. Sin embargo, el proceso biológico de envejecimiento presenta una variabilidad interindividual (no todas las personas envejecen igual), e intraindividual (los cambios producidos en una determinada capacidad fisiológica o psicológica no predicen necesariamente cambios en otros ámbitos), muy significativa. Por tanto, los modos de intervención no pueden alienarse de las biografías personales, familiares y comunitarias que conforman el bienestar cotidiano de las personas mayores.

vestirse/desvestirse, alimentarse o asearse, como actividades instrumentales (labores domésticas, salir a la calle, realizar gestiones, etc.).

²² Mientras que en el grupo de 6 a 64 años de 46 personas por cada 1000 habitantes, en el grupo de personas de 65 años y más alcanza el 322 por mil. Dentro de la población de 65 años y más, la tasa de discapacidad de las personas de 80 años y más duplica a las de las personas cuya edad está comprendida entre 65 y 79 años: 540 por mil frente a 261 por mil (IMSERSO, 2002:123). La edad de 80 años es el umbral cronológico de la categoría establecida como “cuarta edad”. Según diferentes estimaciones, aproximadamente un tercio de las personas de 65 años y más son dependientes. Sobre dependencia véanse los trabajos de Rodríguez Cabrero (1999), Casado y López (2001), y Fundación Encuentro (2001), y el Libro Blanco de la Dependencia publicado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales este mismo año.

2.3. *El imperativo de la primariedad: los derechos de bienestar ligados a la inserción en una comunidad designificados.*

La entrada en escena del concepto de exclusión social ha supuesto la necesidad de articular una mirada más comprensiva sobre las causas que producen las situaciones de injusticia social, y repensar el diseño de las políticas de bienestar. El fuerte economicismo de las teorías de pobreza ha sido sustituido por una perspectiva sistémica de la desigual distribución de oportunidades entre personas y colectivos, que opera causalmente desde fenómenos políticos, sociales y culturales, además de económicos y que tiene consecuencias interdependientes también en todos esos ámbitos. Una de las principales innovaciones que ha traído consigo el pensamiento de exclusión, y que ha sido la inclusión de la dimensión relacional en el análisis de la producción de desigualdades. La desestructuración del red de relaciones interpersonales en los ámbitos familiar y comunitario aumenta exponencialmente el riesgo de exclusión. Berghman (1995) identifica a la institución familiar y a la comunidad vecinal como uno de los sistemas fundamentales de integración, en la medida que delimita y permite la integración interpersonal. La separación de este sistema, junto con la separación del sistema democrático, el mercado de trabajo, y el sistema público de bienestar, significa exclusión. El aislamiento relacional es el factor de exclusión que interviene en mayor medida sobre las situaciones de vulnerabilidad que afectan a las personas de 65 años más (Subiratset.al.,2004) ²³.

La dimensión interpersonal es consustancial a la condición humana. La necesidad de los otros nos acompaña en todo nuestro devenir vital, no sólo en una dimensión material de prestación de ayuda instrumental, sino también en una dimensión de construcción de significado de la propia identidad personal (Aranguren, 2002). La familia constituye en este sentido un actor estratégico de primera línea en la construcción de marcos comunitarios de sentido que vinculan pertenencias diversas (Vidal, 2003). Además la cultura, entendida como el imaginario que narra el sistema de creencias, valores, sentimientos y prácticas, se construye y pervive en diálogo y relación con los otros. El diálogo y la relación interpersonal constituyen dimensiones muy relevantes de la calidad de vida de las personas a medida que transcurren los años (Fernández-Ballesteros, 1997; y Casas y otros, 2001). La familia aparece como un actor estratégico de primera línea. El envejecimiento social y biológico impone rupturas de comunicación interpersonal con los entornos cotidianos de una persona, extremas en estados de dependencia funcional. Estas rupturas producen un riesgo de exclusión importante cuando el reconocimiento de la identidad personal se construye en torno al capital familiar, relacional, y cultural que se ha ido acumulando con la experiencia vital, y al rededor del cual se articulan muchos de los significados que dan sentido a la cotidianeidad. También representan un riesgo de pérdida importante de la experiencia cultural de las comunidades, sostenida por la mayor parte de las ocasiones en las narraciones y prácticas de las personas de edad avanzada.

Diseñar las políticas y la intervención con las personas mayores desde la perspectiva de la exclusión implica reconceptualizarlas. Hay que empezar a pensarlas no sólo en términos distributivos de bienes materiales y servicios, sino también como escenarios de oportunidad para articular relaciones primarias que otorguen una participación significativa a las personas que en ellas se incluyen. La innovación está en la producción y distribución de bienes sociales caracterizados por la proximidad, la comunicación y la personalización. Bienes, que además del valor de uso que tienen (satisfacen necesidades), encierran un valor de proceso por las situaciones relacionales desde las que son

²³ El trabajo de estos autores define operativamente el fenómeno de una vez a la mesa a amigos o parientes con nadie que no fueran miembros de su hogar (en la comparación de personas de 65 años y más que viven solas hablan por los ven con una frecuencia menor a esa (IMSERSO, 2004:502).

variable "aislamiento relacional" como "...aquellas personas que no ven nunca a nadie que no fueran miembros de su hogar (en la comparación de personas de 65 años y más que viven solas hablan por los ven con una frecuencia menor a esa (IMSERSO, 2004:502).

producidos (García Roca, 1998). En este sentido las políticas para personas mayores han de gobernarse por un modelo dinámico de solidaridad (Mota y Vidal, 2003). La disposición y prestación de recursos y servicios asistenciales para las personas mayores actúa desde un modelo distributivo de solidaridad, cuyo objetivo es el suministro unidireccional de bienes útiles a las personas necesitadas. En un esquema insertivo de solidaridad el sujeto es habilitado para lograr reconocimiento en la sociedad en la que vive, y por tanto, busca su adecuación a unas condiciones aceptables por ésta. Puede decirse que el programa de preparación a la jubilación se ajusta a este modelo, desde el momento en que “normalizan” la retirada del trabajo asalariado a una edad socialmente impuesta como umbral de un estadio del ciclo vital, habilitando a las personas jubiladas para afrontarlo²⁴. Articular políticas con las personas mayores desde un paradigma dinámico de solidaridad implica recrear relaciones en las que de partida se narran modos de ser y de estar extraños al otro, pero que dan pie a comunidades cognitivas e imaginarios y prácticas comunes, y en cuya pertenencia personas de diferentes edades y estadios de experiencia vital se reconocen. El ejercicio de la solidaridad dinámica con las personas mayores pasa pues por optimizar el capital social y cultural de familias y territorios.

3. La evolución de las políticas de rentas: las consecuencias de un régimen de pensiones laboralizado.

Aunque la dimensión económica de la exclusión social no es la única, tiene un impacto importante sobre otras condiciones del bienestar de las personas mayores, como su salud o su capacidad para vivir de forma autónoma. La posición económica relativa de éstas viene determinada sobre todo por las características del sistema público de pensiones, pues una gran mayoría derivan sus ingresos principales del cobro de una pensión del sistema de Seguridad Social²⁵. Desde el inicio de la década de los ochenta se ha venido realizando un esfuerzo económico considerable en la mejora del sistema de pensiones. Como consecuencia de este aumento del esfuerzo presupuestario se han producido avances significativos en la provisión pública de una pensión, traducidos fundamentalmente en la extensión de la cobertura que impulsó la creación de las pensiones no contributivas en 1990, y en la mejora de las cuantías medias de las pensiones públicas. Sin embargo, la primacía de la actividad productivo-laboral como principio de reconocimiento de los derechos de pensión como de igual de oportunidades de vida a grupos específicos de personas mayores, origina una distribución desigual de oportunidades de vida a grupos de personas mayores. Es principalmente en las mujeres de edad avanzada en las que se concentran estas desigualdades de suficiencia económica²⁶. 24 de cada 100 mujeres de 65 años y más son pobres (es decir, disponen de menos del 60% del umbral de pobreza (IMSERSO, 2004:388).

La incidencia de la pobreza en las mujeres mayores sustentadoras principales hay que ponerla en relación con los derechos subsidiarios al bienestar que el sistema de garantía de rentas para las

²⁴ Porello no niega el impacto positivo que desde una perspectiva individual pueden tener en la calidad de vida de las personas.

²⁵ La mayoría de las personas que permanecen en el mercado de trabajo después de traspasar la edad de jubilación obligatoria son hombres, y hombres menores de 70 años. Las tasas de actividad de las mujeres de 65 a 69 años es del 2,8% y desciende a un porcentaje simbólico del 0,3% a partir de los 70 años. Las tasas masculinas en los mismos tramos de edad son respectivamente de 5,2% y 1,0% (IMSERSO, 2004:403).

²⁶ Por esta razón este apartado se concentra en la posición de las mujeres en relación con el sistema público de pensiones. En la medida que el mercado de trabajo adopte mayores pautas de flexibilidad laboral, y las generaciones más jóvenes de mujeres se incorporen al trabajo remunerado, cabe esperar que las desigualdades entre sexos se difuminen. Aunque sino se producen reformas profundas en la lógica laboralizada de la mayoría parte de los sistemas públicos, cabe el riesgo de que la dualización persista entre aquellas personas con suficiente capacidad de mercado –reflejada en trayectorias laborales seguras complementadas con planes privados-, y aquellas otras dependientes de las pensiones públicas. Una revisión del perfil distributivo del sistema de pensiones puede encontrarse en Mota (1999). En los sucesivos Informes sobre Políticas Sociales y Estado de bienestar en España que edita la Fundación Hogar del Empleado se incluyen capítulos sobre evolución y principales reformas.

mayores adjudica a las mujeres. Es manifiesto que el desarrollo de un conjunto de actividades y roles al sexo femenino, se ha venido traduciendo en un ad reproducción, y como trabajadora doméstica cuyas actividades productivas garantizaban la reproducción de las estructuras familiares, permitiendo el mantenimiento del hogar familiar y de la fuerza de trabajo que el sistema económico necesita para su funcionamiento normal. Esta doble especialización ha limitado la autonomía económica y social de la mujer y ha debilitado, tanto su capacidad para incorporarse al mercado de trabajo, como las condiciones específicas en las que lo ha ido haciendo. De esta forma se ha visto relegada el hogar a un papel de percepción secundaria de ingresos, y por tanto los recursos económicos de los que ha dispuesto han sido dependientes de los otros miembros de la unidad familiar, fundamentalmente del sustentador masculino. De acuerdo con el ya clásico estudio de Garrido (1993), la participación laboral de la mujer española está muy afectada por la edad, distinguiéndose en este sentido de mujeres mayores de 45 años, donde la participación ha sido escasa, y por otro, el grupo formado por las mujeres menores de esa edad, en el que se ha producido una generalización de esta participación laboral.

El sistema español de pensiones reproduce en las últimas fases del ciclo vital las desiguales oportunidades de vida a las que han tenido acceso las mujeres durante su vida adulta como consecuencia de su especialización en la esfera doméstica. Los regímenes familiaristas de Seguridad Social, de los que forma parte el sistema español de pensiones, están basados en la división sexual del trabajo dentro de la familia, y de acuerdo a ello transfieren recursos económicos a los sustentadores masculinos cuando éstos no pueden obtenerlos del mercado de trabajo en una cuantía que les permita seguir sosteniendo a sus familias, asegurando así la especialización de las mujeres en las tareas reproductivas (Esping-Andersen, 2000).

Estas prestaciones están basadas en el principio de sus cuantías están determinadas por las cotizaciones al largo de su vida activa. El principio contributivo garantiza el mantenimiento de los ingresos de la unidad familiar tras la retirada del mercado de trabajo cuando el sustentador masculino ha tenido una carrera laboral estable, con un empleo regular y continuo a un nivel salarial superior al mínimo garantizado²⁷. De acuerdo con esta estrategia familiarista, el derecho a pensiones de la mayoría de las mujeres que actualmente pertenecen a las generaciones de personas mayores es subsidiario del derecho de sus maridos, puesto que han estado confinadas en la esfera doméstica. Mientras su cónyuge vive, la posición económica relativa de estas mujeres viene condicionada por la cuantía de la pensión de jubilación del marido. Sólo cuando éste fallece la Seguridad Social protege el riesgo de pobreza de la mujer ante la pérdida de quién de forma exclusiva o principal obtenía las rentas del núcleo familiar (Consejo Económico y Social, 2000)²⁸. De este modo, la pensión de viudedad es un derecho derivado del cónyuge fallecido, fuese trabajador en activo o pensionista. Teniendo en cuenta que la mayoría de las mujeres de esos grupos de edad no han generado derecho a una pensión propia, la pensión de viudedad es la principal prestación económica que viven solas, y por tanto su principal fuente de

a condición social de la mujer, entendida como sociales específicos derivados de su pertenencia a una especialización: como sujeto central en la actividad productiva que garantiza el mantenimiento del hogar familiar y de la fuerza de trabajo que el sistema económico necesita para su funcionamiento normal. Esta doble especialización ha limitado la autonomía económica y social de la mujer y ha debilitado, tanto su capacidad para incorporarse al mercado de trabajo, como las condiciones específicas en las que lo ha ido haciendo. De esta forma se ha visto relegada el hogar a un papel de percepción secundaria de ingresos, y por tanto los recursos económicos de los que ha dispuesto han sido dependientes de los otros miembros de la unidad familiar, fundamentalmente del sustentador masculino. De acuerdo con el ya clásico estudio de Garrido (1993), la participación laboral de la mujer española está muy afectada por la edad, distinguiéndose en este sentido de mujeres mayores de 45 años, donde la participación ha sido escasa, y por otro, el grupo formado por las mujeres menores de esa edad, en el que se ha producido una generalización de esta participación laboral.

El sistema español de pensiones reproduce en las últimas fases del ciclo vital las desiguales oportunidades de vida a las que han tenido acceso las mujeres durante su vida adulta como consecuencia de su especialización en la esfera doméstica. Los regímenes familiaristas de Seguridad Social, de los que forma parte el sistema español de pensiones, están basados en la división sexual del trabajo dentro de la familia, y de acuerdo a ello transfieren recursos económicos a los sustentadores masculinos cuando éstos no pueden obtenerlos del mercado de trabajo en una cuantía que les permita seguir sosteniendo a sus familias, asegurando así la especialización de las mujeres en las tareas reproductivas (Esping-Andersen, 2000).

Estas prestaciones están basadas en el principio de sus cuantías están determinadas por las cotizaciones al largo de su vida activa. El principio contributivo garantiza el mantenimiento de los ingresos de la unidad familiar tras la retirada del mercado de trabajo cuando el sustentador masculino ha tenido una carrera laboral estable, con un empleo regular y continuo a un nivel salarial superior al mínimo garantizado²⁷. De acuerdo con esta estrategia familiarista, el derecho a pensiones de la mayoría de las mujeres que actualmente pertenecen a las generaciones de personas mayores es subsidiario del derecho de sus maridos, puesto que han estado confinadas en la esfera doméstica. Mientras su cónyuge vive, la posición económica relativa de estas mujeres viene condicionada por la cuantía de la pensión de jubilación del marido. Sólo cuando éste fallece la Seguridad Social protege el riesgo de pobreza de la mujer ante la pérdida de quién de forma exclusiva o principal obtenía las rentas del núcleo familiar (Consejo Económico y Social, 2000)²⁸. De este modo, la pensión de viudedad es un derecho derivado del cónyuge fallecido, fuese trabajador en activo o pensionista. Teniendo en cuenta que la mayoría de las mujeres de esos grupos de edad no han generado derecho a una pensión propia, la pensión de viudedad es la principal prestación económica que viven solas, y por tanto su principal fuente de

²⁷ Este fue el escenario laboral sobre el que se consiguieron los modernos sistemas contributivos de Seguridad Social, y el que por otra parte fue dominante en los países europeos desde finales de la II Guerra Mundial hasta finales de la década de los setenta. España se incorporó al período expansivo del ciclo macroeconómico a inicios de la década de los sesenta, compartiendo con el resto de los países europeos un mercado de trabajo con bajas tasas de desempleo, carreras laborales regulares y continuadas, y salarios altos. La creación en 1967 de nuestro moderno sistema de Seguridad Social corrió paralela por tanto a la conformación de estas trayectorias laborales. Sin embargo hay que enfatizar que esta descripción del mercado de trabajo sólo se ajusta a la actividad masculina.

²⁸ El matrimonio es la institución que permite acceder a la pensión de viudedad, aunque ya han existido algunas iniciativas legislativas dirigidas a proporcionar protección legal a uniones de hecho.

truyeron los modernos sistemas contributivos de Seguridad Social, y el que por otra parte fue dominante en los países europeos desde finales de la II Guerra Mundial hasta finales de la década de los setenta. España se incorporó al período expansivo del ciclo macroeconómico a inicios de la década de los sesenta, compartiendo con el resto de los países europeos un mercado de trabajo con bajas tasas de desempleo, carreras laborales regulares y continuadas, y salarios altos. La creación en 1967 de nuestro moderno sistema de Seguridad Social corrió paralela por tanto a la conformación de estas trayectorias laborales. Sin embargo hay que enfatizar que esta descripción del mercado de trabajo sólo se ajusta a la actividad masculina.

El matrimonio es la institución que permite acceder a la pensión de viudedad, aunque ya han existido algunas iniciativas legislativas dirigidas a proporcionar protección legal a uniones de hecho.

Este fue el escenario laboral sobre el que se consiguieron los modernos sistemas contributivos de Seguridad Social, y el que por otra parte fue dominante en los países europeos desde finales de la II Guerra Mundial hasta finales de la década de los setenta. España se incorporó al período expansivo del ciclo macroeconómico a inicios de la década de los sesenta, compartiendo con el resto de los países europeos un mercado de trabajo con bajas tasas de desempleo, carreras laborales regulares y continuadas, y salarios altos. La creación en 1967 de nuestro moderno sistema de Seguridad Social corrió paralela por tanto a la conformación de estas trayectorias laborales. Sin embargo hay que enfatizar que esta descripción del mercado de trabajo sólo se ajusta a la actividad masculina.

El matrimonio es la institución que permite acceder a la pensión de viudedad, aunque ya han existido algunas iniciativas legislativas dirigidas a proporcionar protección legal a uniones de hecho.

ingresos. Según los últimos datos disponibles, el 9% de las personas mayores de 65 años son mujeres ²⁹.

4% de las personas receptoras de una pensión de viudedad

Por otra parte, y de acuerdo a la vinculación que existe entre el historial laboral de la persona y aquellas mujeres mayores que han tenido un trabajo remunerado durante su vida activa se encuentran con dificultades a la hora de reunir un determinado número de años de cotización para optar a una pensión adecuada, incluso cuando hayan contribuido al sistema de Seguridad Social en algún momento. Esta trayectoria laboral les hace percceptoras en su mayoría de pensiones no contributivas de jubilación: 84% de las personas que reciben esta pensión son mujeres (IMSERSO, 2004:310). La pensión no contributiva extendió en 1991 el derecho a una pensión de jubilación a aquellas personas que no hubieran cotizado el tiempo suficiente para acceder a una pensión contributiva (15 años). Sin embargo, la universalización de las pensiones en nuestro país ha estado presidida por un principio de asistencialización en vez de por un principio de ciudadanía. De acuerdo al principio de ciudadanía, todas las personas tienen derechos a unos recursos económicos dignos. Bien al contrario la pensión no contributiva de jubilación se concibió como una prestación asistencial para aquellas personas en situación de pobreza. Este carácter asistencial se manifiesta en la prueba de insuficiencia de rentas que se exige para

establece el sistema español de pensiones de mayor y el acceso a la prestación, muchas de ellas remuneradas durante su vida activa se encuentran con dificultades a la hora de reunir un determinado número de años de cotización para optar a una pensión adecuada, incluso cuando hayan contribuido al sistema de Seguridad Social en algún momento. Esta trayectoria laboral les hace percceptoras en su mayoría de pensiones no contributivas de jubilación: 84% de las personas que reciben esta pensión son mujeres (IMSERSO, 2004:310). La pensión no contributiva extendió en 1991 el derecho a una pensión de jubilación a aquellas personas que no hubieran cotizado el tiempo suficiente para acceder a una pensión contributiva (15 años). Sin embargo, la universalización de las pensiones en nuestro país ha estado presidida por un principio de asistencialización en vez de por un principio de ciudadanía. De acuerdo al principio de ciudadanía, todas las personas tienen derechos a unos recursos económicos dignos. Bien al contrario la pensión no contributiva de jubilación se concibió como una prestación asistencial para aquellas personas en situación de pobreza. Este carácter asistencial se manifiesta en la prueba de insuficiencia de rentas que se exige para

La dependencia de las mujeres mayores de estas pensiones de "segunda" dentro del sistema español de pensiones de viudedad representa el 65% de la pensión media de jubilación. Por su parte, la pensión no contributiva de jubilación suponía el 39% de la pensión contributiva. Para valorar la suficiencia económica que proporcionan las pensiones que perciben una mayoría de las mujeres mayores se sirvió como ejemplo el importe anual de la pensión no contributiva de jubilación personal exento en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (3.627 euros frente a 3.400 euros en 2004), mientras que el importe de la pensión contributiva de jubilación es de 6.086 euros ³². Además, la suficiencia económica que concede el sistema público de pensiones hay que ponerla en relación con el concepto de necesidad, concepto que adquiere mucha relevancia al hablar de las condiciones de vida de todas las personas de edad avanzada, no sólo de las mujeres. Éstas se enfrentan con mayores necesidades de asistencia sanitaria y de recursos de apoyo que los grupos de población situados en otras fases del ciclo vital. La satisfacción de estas necesidades conlleva en un gran número de ocasiones una demanda de rentas adicionales a las que

La dependencia de las mujeres mayores de estas pensiones de "segunda" dentro del sistema español de pensiones de viudedad representa el 65% de la pensión media de jubilación. Por su parte, la pensión no contributiva de jubilación suponía el 39% de la pensión contributiva. Para valorar la suficiencia económica que proporcionan las pensiones que perciben una mayoría de las mujeres mayores se sirvió como ejemplo el importe anual de la pensión no contributiva de jubilación personal exento en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (3.627 euros frente a 3.400 euros en 2004), mientras que el importe de la pensión contributiva de jubilación es de 6.086 euros ³². Además, la suficiencia económica que concede el sistema público de pensiones hay que ponerla en relación con el concepto de necesidad, concepto que adquiere mucha relevancia al hablar de las condiciones de vida de todas las personas de edad avanzada, no sólo de las mujeres. Éstas se enfrentan con mayores necesidades de asistencia sanitaria y de recursos de apoyo que los grupos de población situados en otras fases del ciclo vital. La satisfacción de estas necesidades conlleva en un gran número de ocasiones una demanda de rentas adicionales a las que

²⁹Elaboración propia según datos proporcionados por el IMSERSO (2004:276). La pensión de viudedad es compatible con cualquier renta de trabajo del beneficiario y con la pensión de jubilación o incapacidad permanente. Sin embargo, debido a la trayectoria laboral de las mujeres que forman parte de las generaciones de más edad, las situaciones de concurrencia de pensiones de viudedad y de jubilación o incapacidad permanente son muy pocas.

³⁰Debido a la existencia de esa prueba de suficiencia económica, el sistema público de pensiones de jubilación deja sectores de población desprotegidos, constituidos fundamentalmente por familias con muy bajos ingresos que superan ligeramente el mínimo necesario de rentas para acceder a una pensión no contributiva. Un ejemplo paradigmático de estas situaciones la constituye una pareja de personas mayores, en la que el marido cobra una pensión mínima de jubilación con concyuge a cargo o un nivel de ingresos ligeramente superior, lo que les sitúa bajo el umbral de pobreza si dividimos la cuantía entre dos, pero que alavez les coloca por encima del baremo de ingresos establecido para que la mujer tenga opción a cobrar una pensión no contributiva (Mota, 1999:125).

³¹En términos absolutos y a 1 de enero de 2004, el importe medio mensual de la pensión de viudedad era de 434,7 euros, mientras que el de la pensión no contributiva de jubilación estaba fijado en 259,07 euros (IMSERSO, 2004: 264 y 308). La pensión contributiva media que perciben las jubiladas es de 666,8 euros. Incluso aquellas mujeres que pueden acceder a una pensión contributiva de jubilación son penalizadas en la pensión que recibe un concyuge a cargo o un nivel de ingresos ligeramente superior, lo que les sitúa por debajo del baremo de ingresos establecido para que la mujer tenga opción a cobrar una pensión no contributiva (Mota, 1999:125).

³²La Ley 40/98 del IRPF estableció el Mínimo Personal y Familiar como aquella renta que emplea el contribuyente para atender a sus necesidades y las de los sujetos que de él dependen, ya consideró exenta de imposición. Sirve como referencia a aquella renta disponible para atender a un nivel digno de vida.

el IMSERSO (2004:276). La pensión de viudedad es compatible con cualquier renta de trabajo del beneficiario y con la pensión de jubilación o incapacidad permanente. Sin embargo, debido a la trayectoria laboral de las mujeres que forman parte de las generaciones de más edad, las situaciones de concurrencia de pensiones de viudedad y de jubilación o incapacidad permanente son muy pocas.

Debido a la existencia de esa prueba de suficiencia económica, el sistema público de pensiones de jubilación deja sectores de población desprotegidos, constituidos fundamentalmente por familias con muy bajos ingresos que superan ligeramente el mínimo necesario de rentas para acceder a una pensión no contributiva. Un ejemplo paradigmático de estas situaciones la constituye una pareja de personas mayores, en la que el marido cobra una pensión mínima de jubilación con concyuge a cargo o un nivel de ingresos ligeramente superior, lo que les sitúa bajo el umbral de pobreza si dividimos la cuantía entre dos, pero que alavez les coloca por encima del baremo de ingresos establecido para que la mujer tenga opción a cobrar una pensión no contributiva (Mota, 1999:125).

En términos absolutos y a 1 de enero de 2004, el importe medio mensual de la pensión de viudedad era de 434,7 euros, mientras que el de la pensión no contributiva de jubilación estaba fijado en 259,07 euros (IMSERSO, 2004: 264 y 308). La pensión contributiva media que perciben las jubiladas es de 666,8 euros. Incluso aquellas mujeres que pueden acceder a una pensión contributiva de jubilación son penalizadas en la pensión que recibe un concyuge a cargo o un nivel de ingresos ligeramente superior, lo que les sitúa por debajo del baremo de ingresos establecido para que la mujer tenga opción a cobrar una pensión no contributiva (Mota, 1999:125).

La Ley 40/98 del IRPF estableció el Mínimo Personal y Familiar como aquella renta que emplea el contribuyente para atender a sus necesidades y las de los sujetos que de él dependen, ya consideró exenta de imposición. Sirve como referencia a aquella renta disponible para atender a un nivel digno de vida.

cuentan para atender sus gastos ordinarios, y que e pensiones de viudedad y no contributivas resulta di viviendas que habitan tales como su sobredimensiona ausencia de algunos equipamientos domésticos y la sobrecarga de los recursos necesarios para afrontar Así, existen situaciones que, aunque invisibles des del apobrezada, están afectadas por un nivel de prec

n el marco de las escasas cuantías de las fícil satisfacer. Además, características de las miento cuando una persona vive sola, la ntigüedad de las mismas, pueden producir una los costes de mantenimiento y habitabilidad. de el punto de vista de la medición cuantitativa ariedad social importante.

4. Las políticas de servicios sociales para las per sonas mayores: hacia un modelo comunitario de políticas de proximidad.

La microsolidaridad familiar constituye un modo de solidaridad con las personas mayores en los países Barlett y Blackman, 2001). Este familiarismo es conservador, del que forman parte los países medite familiar de referencia es el biparental con división anteriormente, la protección social está sesgada a prestaciones económicas, con el objetivo de garantizar residual respecto a la provisión de servicios de at puesto que atribuye a la familia principal respecto de la Unión Europea el que proporciona de manera má intrafamiliares, gran parte de los cuales se presta n a personas de edad avanzada. Mientras que en los países nórdicos el porcentaje de personas mayores q España se sitúa en el 32 (IMSERSO, 2004:478). El in entre las personas de edad, así como los cambios pr familiares, están modificando las condiciones en la mayores, pero no han erosionado la prestación de ay incorporación progresiva de la mujer al mercado del mujeres menores de 40 años) o la permanencia en el vez más elevadas, dificulta la disposición de un ao dedicación.

rasgos distintivos del modo cómo se organiza la del Sur de Europa (Anttonen and Sipilä, 1996; y a de identidad del régimen de bienestar rráneos (Esping-Andersen, 2000). El modelo n sexual del trabajo. Como se ha revisado favo del varón y toma la forma predominante de zarel salario familiar. Además, tiene un carácter ención y cuidado para las personas dependientes, nsabilidad reproductiva. España es entre los países s intensa servicios de bienestar n a personas de edad avanzada. Mientras que en los ue viven solas oscila entre el 50 y el 60%, en cremento de las situaciones de dependencia oducidos en el ámbito de las relaciones s que se desarrollan la solidaridad familiar con los uda (Pérez Díaz, Chuliá y Valiente; 2000). La trabajo (dominante en las generaciones de hogar paterno de los hijos hasta edades cada ferta familiar de cuidados intensivos en tiempo y

El momento en el que una persona mayor se sitúa al nosólo las necesidades que está habiendo de afrontar, si que la persona dependiente vive con su propio núcleo los cuidados que necesita ³⁴. Hasta la desaparición del compañero/a, los famili ares, fundamentalmente los hijos, prestan ayuda en moment os puntuales. Es cuando los mayores dependientes permanecen en sus hogares viviendo sol la proveedora principal de apoyo informal. Si llega un momento en que resulta inviable o costoso propia vivienda, la decisión familiar adoptada es su traslado al hogar de los hijos, asumiéndose d e esta manera su cuidado como una actividad diaria más ³⁵. 36 de cada 100 personas mayores dependientes vive

olargo del ciclo vital del envejecimiento define not también con ayuda de quien lo hace ³³. Mientras ofamiliar, es su cónyuge quien le proporciona ares, os puntuales. Es cuando los mayores dependientes permanecen en sus hogares viviendo sol os cuando la familia de éstos se convierte en un momento en que resulta inviable o costoso propia vivienda, la decisión familiar adoptada e esta manera su cuidado como una actividad n con algún miembro de su familia

³³ La solidaridad familiar depende en primer lugar de situación económica y grado de dependencia. En segundo lugar, depende de las posibilidades de proporcionar apoyo instrumental y afectivo por parte de las familias. En este sentido hay una importante diferencia entre las familias e n las que la mujer trabaja, y aquellas en las que ésta se dedica en exclusiva a las tareas domésticas. La clase social o su posición en el núcleo familiar también establece diferencias entre las familias (Hernández Leal, 1998).

³⁴ El 36% de las personas mayores que necesitan cuidado os viven con su propio núcleo familiar, bien sea sólo en pareja (22%) o bien con pareja e hijos, el 14% (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005:29).

³⁵ La falta de tiempo por exigencias del propio trabajo y de un núcleo familiar, y el coste creciente de la ayuda exterior remunerada que se necesita, son dos de los factores que impulsan a la familia a cuidar o a buscar otro tipo de alternativas.

factores vinculados con las propias personas mayores, como su estado de salud, y en las que la mujer trabaja, y en el núcleo familiar también

Asuntos Sociales, 2005:29).

anal a familia a cuidar o a buscar otro tipo de alternativas.

de una generación posterior. Si a este porcentaje le sumamos el más del tercio ya nombrado que conviven con su propio núcleo familiar y el del 12 % que vive con otros familiares, una parte muy significativa del apoyo informal que reciben las personas mayores depende de sus vínculos familiares con ellas (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005:29). El ingreso residual, a pesar de las exigencias de una relación

de ayuda permanente de alta dedicación³⁶.

La desinstitucionalización o mantenimiento en el entorno es la orientación hacia la que han ido convergiendo progresivamente los diferentes modelos de atención sociosanitaria a las personas de edad existentes en los países desarrollados (Walker, 1998). En la actualidad, éstos coinciden en considerar que el objetivo último de las acciones públicas a favor de las personas mayores es favorecer la permanencia de éstas en su vivienda, y la integración en su medio social y familiar habitual (Heumann, y Boldy, 1995)³⁷. En materia de protección social y sanitaria esta opción de intervención pública supone conceder preferencias a los servicios intermedios³⁸. Sin embargo, el familiarismo dominante en los regímenes de bienestar mediterráneos ha otorgado un carácter subsidiario a la oferta de servicios formales de atención a personas mayores. En su concesión suele considerarse la disponibilidad de apoyo familiar, tal y como se refleja en los datos sobre situación familiar que se tienen en cuenta para el baremo de ingreso en una residencia geriátrica pública (número de hijos o si la persona convive o no con familiares), o en la valoración realizada por el trabajador social para la concesión de la ayuda a domicilio.

que se apunta con el crecimiento de la red de servicios sociales intermedios no resulta aún suficiente para aliviar la carga excesiva que una cantidad importante de cuidadores/as y sus familias soportan³⁹. Las tasas de cobertura de los servicios públicos de atención a domicilio son muy bajas: 3 de cada 100 personas de 65 años y más reciben Ayuda a domicilio, y apenas 2 de cada 100 usuarios del servicio de Teleasistencia⁴⁰. Por su parte, la cobertura alcanzada por los centros de día para personas dependientes con financiación pública (públicos más concertados) apenas tiene significación estadística (0,27%)⁴¹. La intensidad protectora que proporcionan también es muy limitada. Mientras que el número medio de horas mensuales de atención al usuario por el servicio de Ayuda a domicilio es de 16, la traducción en tiempo de dedicación del cuidado de personas mayores de dependientes alcanza como mínimo las 140 horas mensuales⁴² (Colectivo IOE/INSERSO, 1995).

La complementariedad entre apoyo informal y formal que se apunta con el crecimiento de la red de servicios sociales intermedios no resulta aún suficiente para aliviar la carga excesiva que una cantidad importante de cuidadores/as y sus familias soportan³⁹. Las tasas de cobertura de los servicios públicos de atención a domicilio son muy bajas: 3 de cada 100 personas de 65 años y más reciben Ayuda a domicilio, y apenas 2 de cada 100 usuarios del servicio de Teleasistencia⁴⁰. Por su parte, la cobertura alcanzada por los centros de día para personas dependientes con financiación pública (públicos más concertados) apenas tiene significación estadística (0,27%)⁴¹. La intensidad protectora que proporcionan también es muy limitada. Mientras que el número medio de horas mensuales de atención al usuario por el servicio de Ayuda a domicilio es de 16, la traducción en tiempo de dedicación del cuidado de personas mayores de dependientes alcanza como mínimo las 140 horas mensuales⁴² (Colectivo IOE/INSERSO, 1995).

que se apunta con el crecimiento de la red de servicios sociales intermedios no resulta suficiente para aliviar la carga excesiva que una cantidad importante de cuidadores/as y sus familias soportan³⁹. Las tasas de cobertura de los servicios públicos de atención a domicilio son muy bajas: 3 de cada 100 personas de 65 años y más reciben Ayuda a domicilio, y apenas 2 de cada 100 usuarios del servicio de Teleasistencia⁴⁰. Por su parte, la cobertura alcanzada por los centros de día para personas dependientes con financiación pública (públicos más concertados) apenas tiene significación estadística (0,27%)⁴¹. La intensidad protectora que proporcionan también es muy limitada. Mientras que el número medio de horas mensuales de atención al usuario por el servicio de Ayuda a domicilio es de 16, la traducción en tiempo de dedicación del cuidado de personas mayores de dependientes alcanza como mínimo las 140 horas mensuales⁴² (Colectivo IOE/INSERSO, 1995).

³⁶ Apenas un 1% de las personas mayores que necesitan cuidados viven en una residencia geriátrica (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005:29).

cuidados viven en una residencia geriátrica (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005:29).

³⁷ Entre los principios que enfatiza Naciones Unidas a favor de las personas mayores está el de independencia, entendido como el derecho que las personas mayores tienen a residir en su propio domicilio o en un lugar seguro, libre de condiciones dignas y seguras (ONU, 1991). El último Plan de Acción para las Personas Mayores también lo incorpora como objetivo básico en la intervención con este grupo de población (INSERSO, 2003a).

dependencia, entendido como el derecho que las personas mayores tienen a residir en su propio domicilio o en un lugar seguro, libre de condiciones dignas y seguras (ONU, 1991). El último Plan de Acción para las Personas Mayores también lo incorpora como objetivo básico en la intervención con este grupo de población (INSERSO, 2003a).

³⁸ Junto con la extensión de los servicios sociales intermedios (principalmente Ayuda a domicilio, Teleasistencia y Centros de día), muchas Comunidades Autónomas cuentan con programas que apoyan económicamente a las familias cuidadoras, cofinanciados con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Las desigualdades de requisitos y cuantías entre comunidades son grandes, pudiendo oscilar los importes de las ayudas entre los 90 y los 420 mensuales. Algunas Diputaciones y Ayuntamientos también han lanzado iniciativas de este tipo. El Libro Blanco de la Dependencia recoge una descripción más detallada de estos programas (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005:65-67).

intermedios (principalmente Ayuda a domicilio, Teleasistencia y Centros de día), muchas Comunidades Autónomas cuentan con programas que apoyan económicamente a las familias cuidadoras, cofinanciados con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Las desigualdades de requisitos y cuantías entre comunidades son grandes, pudiendo oscilar los importes de las ayudas entre los 90 y los 420 mensuales. Algunas Diputaciones y Ayuntamientos también han lanzado iniciativas de este tipo. El Libro Blanco de la Dependencia recoge una descripción más detallada de estos programas (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005:65-67).

³⁹ Más de la mitad de las personas cuidadoras recurre a servicios privados para que colaboren con ellas en la atención a mayores dependientes, pagando a empleadas de hogar (51%) o a empresas privadas, el 3% (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005:47).

a servicios privados para que colaboren con ellas en la atención a mayores dependientes, pagando a empleadas de hogar (51%) o a empresas privadas, el 3% (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005:47).

⁴⁰ En sólo cinco años, entre 2000 y 2004, los usuarios del servicio de Ayuda a domicilio han crecido en 10.305 (un 93% de incremento) y los de Teleasistencia en 88.387 usuarios (146% de incremento). En el año 2000 las tasas de cobertura de estos servicios intermedios eran de 1,73 y 0,88 respectivamente. Estos datos han sido obtenidos de [www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/documentos/informe2004/xls/cap7/series-históricas/usuariosycobertura85-04\(y95-04\).xls](http://www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/documentos/informe2004/xls/cap7/series-históricas/usuariosycobertura85-04(y95-04).xls).

del servicio de Ayuda a domicilio han crecido en 10.305 (un 93% de incremento) y los de Teleasistencia en 88.387 usuarios (146% de incremento). En el año 2000 las tasas de cobertura de estos servicios intermedios eran de 1,73 y 0,88 respectivamente. Estos datos han sido obtenidos de [www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/documentos/informe2004/xls/cap7/series-históricas/usuariosycobertura85-04\(y95-04\).xls](http://www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/documentos/informe2004/xls/cap7/series-históricas/usuariosycobertura85-04(y95-04).xls).

⁴¹ En 1999 el número de plazas era de 0,11 por cada 100 personas de 65 años y más. Datos disponibles en www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/documentos/informe2004/xls/cap7/evolución/7tab15cdia-evol6.xls.

En 1999 el número de plazas era de 0,11 por cada 100 personas de 65 años y más. Datos disponibles en www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/documentos/informe2004/xls/cap7/evolución/7tab15cdia-evol6.xls.

⁴² Los datos sobre intensidad horaria de la Ayuda a domicilio han sido obtenidos de

Los datos sobre intensidad horaria de la Ayuda a domicilio han sido obtenidos de

homogéneo de usuarios. Para ello es inevitable fortalecer el diseño y evaluación de los servicios tanto in

termedios como residenciales ⁴⁷.

Por otra parte, y aunque entre los objetivos declarados de Ayuda a domicilio está el de la integración de ellos sus recursos propios de autonomía personal y amistad, su efectiva aplicación es muy restringida a tareas domésticas y de atención personal, siendo preventivo y rehabilitador, y de relación con el entorno. La creciente incidencia de situaciones de dependencia coincidente en el tiempo con las limitaciones de las transformaciones producidas en el ámbito de la familia básicamente asistencial de esta prestación. Así, la orientación de provisión de recursos materiales que el propio domicilio, antes que por una preocupación por el valor añadido a la relación interpersonal que acompaña a la proximidad con el entorno familiar y barrial más cercano, resulta de utilidad a efectos de profundizar en la evidencia empírica sobre la dimensión comunicativa del domicilio, puesta de manifiesto cuando entre los aspectos de este servicio está la compañía y el apoyo al hogar (Medina, 2000).

ados de la mayoría de los programas municipales a una persona mayor en su medio, potenciando para ello reforzando los vínculos familiares, vecinales y de amistad. El contenido de la prestación se concentra en pocas pero significativas actividades de carácter preventivo (Porto y Rodríguez, 1998). Sin duda alguna la creciente incidencia de situaciones de dependencia entre las personas de edad avanzada, coincidente en el tiempo con las limitaciones de las transformaciones producidas en el ámbito de la familia nuclear, han condicionado el carácter básicamente asistencial de esta prestación. Así, la orientación de provisión de recursos materiales que el propio domicilio, antes que por una preocupación por el valor añadido a la relación interpersonal que acompaña a la proximidad con el entorno familiar y barrial más cercano, resulta de utilidad a efectos de profundizar en la evidencia empírica sobre la dimensión comunicativa del domicilio, puesta de manifiesto cuando entre los aspectos de este servicio está la compañía y el apoyo al hogar (Medina, 2000).

Es también significativo el escasísimo peso que denotan las prestaciones económicas o en especie para la adaptación de la vivienda a las condiciones de autonomía de la persona mayor ⁵⁰. Las tasas de cobertura de esta prestación económica apenas tienen significación numérica (IMSERSO, 2002:436). La inadecuación residencial juega un papel fundamental en las situaciones de exclusión que protagonizan las personas de edad avanzada. Cortés y Laínez (1998) la entienden como aquella situación en la que las condiciones necesarias para que una persona mayor pueda vivir en ella en situaciones de pérdida progresiva de autonomía personal. Es importante destacar en este sentido la ausencia de algunos equipamientos domésticos como la calefacción o el agua caliente, la inadecuación de la propia vivienda en función del tipo de dependencia que se produzca (inadaptación de los cuartos de baño como la falta de equipamientos en los edificios, aspectos todos que dificultan enormemente la calidad cotidiana de vida, la relación con el vecindario, y el propio desarrollo de las redes de solidaridad ⁵¹.

tro de estos programas tienen prestaciones económicas o en especie para la adaptación de la vivienda a las condiciones de autonomía de la persona mayor ⁵⁰. Las tasas de cobertura de esta prestación económica apenas tienen significación numérica (IMSERSO, 2002:436). La inadecuación residencial juega un papel fundamental en las situaciones de exclusión que protagonizan las personas de edad avanzada. Cortés y Laínez (1998) la entienden como aquella situación en la que las condiciones necesarias para que una persona mayor pueda vivir en ella en situaciones de pérdida progresiva de autonomía personal. Es importante destacar en este sentido la ausencia de algunos equipamientos domésticos como la calefacción o el agua caliente, la inadecuación de la propia vivienda en función del tipo de dependencia que se produzca (inadaptación de los cuartos de baño como la falta de equipamientos en los edificios, aspectos todos que dificultan enormemente la calidad cotidiana de vida, la relación con el vecindario, y el propio desarrollo de las redes de solidaridad ⁵¹.

⁴⁷ Un ejemplo lo constituyen los grupos de calidad en la evaluación de la atención residencial, donde se implica a las personas mayores residentes, familia, profesionales y voluntarios para que de forma conjunta y participada evalúen los servicios (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 2001).

⁴⁸ El Decreto 88/2002 de 30 de mayo que regula esta prestación en la Comunidad de Madrid reconoce la integración familiar y comunitaria como uno de sus principales objetivos.

⁴⁹ En la lógica de territorialización de intervención encajala la escasa importancia concedida a sistemas alternativos de alojamiento de carácter colectivo, en los que viven varias personas mayores, con servicios comunes (especialmente el personal de atención médica). El fomento de la autonomía personal y colectiva, la atención cotidiana del grupo, así como su engarce comunitario, constituyen objetivos básicos del programa de intervención (Yanguas y Leturia, 1998a). Lo que se conoce como viviendas públicas tuteladas participadas distribuidas en 861 viviendas, y la tasa de cobertura de este programa sólo alcanza el 10,10. Datos obtenidos en www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/documentos/informe2004/xls/cap7/datos-globales/7tab28vivienda-global.xls.

⁵⁰ Entre las adaptaciones más frecuentes figura la sustitución de las tradicionales bañeras por platos de ducha que facilitan la accesibilidad, o las obras para ampliar el ancho de las puertas o instalar pasamanos que permitan a una persona con movilidad reducida desplazarse.

⁵¹ El 78% de las personas de 65 años y más vive en un edificio no accesible, es decir, en el que una persona en silla de ruedas no

Es imprescindible analizar la inadecuación residencial de las personas mayores desde una óptica espacial. La vivienda sitúa a cada persona en un barrio cuyo perfil es resultado de procesos de segregación espacial (Cortés, 2000). La segregación espacial define características diferenciadas entre los barrios en aspectos tan relevantes como son las características de las viviendas, los ejes viarios y las infraestructuras que los vertebran, los equipamientos de los que disponen, y los grupos sociales que en ellos habitan. Una parte significativa de las personas de edad avanzada que viven solas habitan en cascos históricos de las ciudades, uno de los principales grupos de barrios desfavorecidos en relación con esas dimensiones (Arrias, 2000)⁵². Estos cascos históricos acumulan desventajas como espacios degradados con la ocupación de sus viviendas precarias en alquiler por nuevos grupos en desventaja social, como personas inmigrantes. Así pues, una intervención centrada exclusivamente en la mejora de las condiciones de autonomía de las personas mayores en su propio domicilio desvincula las problemáticas individuales de la esfera comunitaria, y tiene escasa capacidad real de modificar las condiciones estructurales en las que se insertan las situaciones de exclusión que les afectan. Las políticas de mantenimiento en el entorno de las personas mayores pasan pues no sólo por la mejora de la red de servicios de proximidad, y su adaptación a un mapa territorial a pequeña escala en ámbitos rurales. Es ineludible activar políticas integrales de regeneración de barrios que apuesten por procesos de reapropiación material y simbólica del espacio urbano por comunidades de todas las edades, y acaben con procesos especulativos que expulsan a las personas mayores de sus barrios para conformar espacios sociales de alto nivel adquisitivo. Una intervención centrada en la reconstrucción comunitaria salvaguarda el espacio de la historia personal, familiar y relacional de las personas a medida que envejecen, que tanto centralidad tiene para el subbienestar cotidiano.

El modelo residencial también presenta inconvenientes para la inserción familiar y comunitaria de las personas mayores. Este es un objetivo todavía no suficientemente presente en los sistemas de acreditación de centros o en las Cartas de servicios y protocolos para la mejora de la atención residencial, centrados fundamentalmente en la satisfacción de las necesidades básicas y en aspectos sanitarios⁵³. El perfil de residencia pública predominante es el de gran residencia, localizada en muchas ocasiones en zonas de nueva urbanización, y por tanto en los bordes de los núcleos territoriales, debido a la ausencia de reservas de suelo en el seno de los barrios para este equipamiento, tal y como ocurre con los Centros de Salud o en el ámbito de los recursos para personas mayores con los Centros de Día o los Hogares de la tercera edad⁵⁴. Esta ubicación espacial

puede acceder desde la calle hasta dentro de cada una de sus viviendas sin ayuda de otra persona (2 puntos porcentuales por encima del porcentaje para el total de la población). 71 de cada 100 residen en un edificio sin ascensor. El 63% de las personas de 65 años y más que viven solas carecen de calefacción en su vivienda. Un decadal cincota tampoco tiene teléfono. (IMSERSO, 2004: 362, 367 y 372). El traslado de la persona mayor al hogar de los hijos también puede producir situaciones de inadecuación residencial, traducidas en problemas de falta de espacio o de condiciones para cuidarla, sobre todo cuando el grado de dependencia funcional es elevado (Cortés y Laínez, op.cit.)

⁵² Habitar en un espacio rural desequipado constituye otra de las dimensiones de la exclusión territorial que afecta especialmente a las personas mayores. La tendencia a la concentración de los servicios sociales en determinadas áreas según un esquema estandarizado de concentración poblacional olvida cuestiones tan básicas para las personas que tienen dificultades de movilidad como la distancia. Esta orientación acelera el recurso a una residencia geriátrica ante la aparición progresiva de dificultades para llevar una vida autónoma, desvinculando a la persona de edad avanzada de su entorno comunitario.

⁵³ Las Cartas de Servicios son documentos donde se hacen explícitos los servicios que prestan las organizaciones públicas y los estándares de calidad de asegurados, así como los instrumentos de seguimiento y evaluación. La Carta de Servicios de las Residencias de Personas Mayores de la Comunidad de Madrid constituye un buen ejemplo de la incorporación de la familia y la comunidad como dimensión básica de bienestar. Recoge los compromisos de las residencias de facilitar el contacto y la participación de la familia, así como de fomentar la participación de los residentes en actividades socioculturales y recreativas externas, prestando especial atención a la dimensión intergeneracional. Por su parte, el IMSERSO incluye entre los protocolos de intervención que proponen los protocolos sociales, concebidos como instrumentos de detección de aquellas situaciones que pueden debilitar las relaciones interpersonales, familiares y comunitarias de las personas mayores ingresadas en residencias (IMSERSO, 1998). Estos protocolos están en relación con los problemas familiares, la falta de afecto, o la marginación social. Los objetivos que se incluyen pueden consultarse en la obra citada, páginas 199, 213, y 236-237. Para una exhaustiva revisión del contenido de prácticas de calidad en la atención residencial véase García-Campero (2003).

⁵⁴ Las dificultades de movilidad que presentan muchas de las personas de edad avanzada ingresadas en una residencia se ven así

dificulta la integración de las residencias en la comunidad local, aumentando el riesgo de aislamiento, incomunicación y marginación de las personas mayores que en ellas viven, y limitando la solidaridad recíproca de las redes que pueden articularse entre mayores residentes y vecinos. Sólo la mitad de las personas mayores en residencias afirma haber salido de ella durante la última quincena como mínimo alguna vez a la semana⁵⁵. Entre las actividades que los residentes han realizado todos o casi todos los días durante la última semana apenas el 29% afirma haber ido a un parque fuera de la residencia, el 15% haber acudido a una cafetería, el 12% a una parroquia fuera de la residencia y el 9% haberse reunido con amigos fuera de la residencia⁵⁶.

Por otra parte, las dificultades de acceso a las residencias por la sobrecarga de las listas de espera hacen que un número significativo de personas mayores se ingrese en residencias situadas en pueblos o ciudades diferentes a donde tenía su domicilio, imponiendo de partida un riesgo de desarraigo importante. El 58% de las personas mayores que viven en residencias lo hacen lejos de la vivienda anterior, bien dentro del mismo barrio o municipio bien en otros diferentes⁵⁷. Esta política hace más difícil la continuidad de la solidaridad familiar, que en muchas ocasiones no se interrumpe con el ingreso de los familiares (Cortés y Laínez, 1998). Las visitas frecuentes de los familiares más cercanos a las personas mayores, su preocupación y control sobre aspectos cotidianos de la vida en la residencia (como las comidas, su ropa, la limpieza y limpieza de la habitación, los contactos con otras personas ingresadas, o el trato que le dispensan), y el establecimiento de relaciones personales entre familiares de los residentes, contribuyen a mantener continuidades de afectos que mejoran la integración de la persona⁵⁸. La intervención estandarizada y segmentada entre categorías de personas mayores que acompaña en ocasiones al modelo residencial prevalente, dificulta también el desarrollo de relaciones interpersonales de las personas residentes con el entorno, entre ellos, y de las consus familias. La rigidez en los horarios de los servicios que se prestan dentro de las residencias, las limitaciones para el acompañamiento de las familias en el desarrollo de algunas actividades, o la separación física entre personas residentes según el grado de autonomía del que dispongan, obstaculizan la vocación relacional que deben tener las residencias si se quiere transformarlas en hogares para un creciente número de personas en etapas finales de su ciclo vital. Las políticas de intervención en el ámbito de las residencias geriatricas deben así primar no sólo reformas de extensión cuantitativa, necesarias por otra parte, sino también cambios en su modo de hacer. Estos cambios pasan por articular metodologías de base territorial, que incorporen a las residencias en la comunidad vecinal en la que se insertan, y creen los lazos primarios de solidaridad y comunicación entre todas las personas que forman parte de esa comunidad.

La intervención estandarizada y segmentada entre categorías de personas mayores que acompaña en ocasiones al modelo residencial prevalente, dificulta también el desarrollo de relaciones interpersonales de las personas residentes con el entorno, entre ellos, y de las consus familias. La rigidez en los horarios de los servicios que se prestan dentro de las residencias, las limitaciones para el acompañamiento de las familias en el desarrollo de algunas actividades, o la separación física entre personas residentes según el grado de autonomía del que dispongan, obstaculizan la vocación relacional que deben tener los hogares para un creciente número de personas en etapas finales de su ciclo vital. Las políticas de intervención en el ámbito de las residencias geriatricas deben así primar no sólo reformas de extensión cuantitativa, necesarias por otra parte, sino también cambios en su modo de hacer. Estos cambios pasan por articular metodologías de base territorial, que incorporen a las residencias en la comunidad vecinal en la que se insertan, y creen los lazos primarios de solidaridad y comunicación entre todas las personas que forman parte de esa comunidad.

Las visitas frecuentes de los familiares más cercanos a las personas mayores, su preocupación y control sobre aspectos cotidianos de la vida en la residencia (como las comidas, su ropa, la limpieza y limpieza de la habitación, los contactos con otras personas ingresadas, o el trato que le dispensan), y el establecimiento de relaciones personales entre familiares de los residentes, contribuyen a mantener continuidades de afectos que mejoran la integración de la persona⁵⁸. La intervención estandarizada y segmentada entre categorías de personas mayores que acompaña en ocasiones al modelo residencial prevalente, dificulta también el desarrollo de relaciones interpersonales de las personas residentes con el entorno, entre ellos, y de las consus familias. La rigidez en los horarios de los servicios que se prestan dentro de las residencias, las limitaciones para el acompañamiento de las familias en el desarrollo de algunas actividades, o la separación física entre personas residentes según el grado de autonomía del que dispongan, obstaculizan la vocación relacional que deben tener los hogares para un creciente número de personas en etapas finales de su ciclo vital. Las políticas de intervención en el ámbito de las residencias geriatricas deben así primar no sólo reformas de extensión cuantitativa, necesarias por otra parte, sino también cambios en su modo de hacer. Estos cambios pasan por articular metodologías de base territorial, que incorporen a las residencias en la comunidad vecinal en la que se insertan, y creen los lazos primarios de solidaridad y comunicación entre todas las personas que forman parte de esa comunidad.

5. La intervención social con personas mayores.

El plantear una intervención social diferenciada con personas mayores parte del conocimiento de ese grupo social, de las necesidades específicas y de las demandas expresadas a los profesionales de los servicios de protección: salud, servicios sociales etc. Entendemos que es una intervención *parcialmente* específica, ya que participa de la misma filosofía, principios e instrumentos que se aplican con otros grupos: infancia, juventud, mujer etc. Pero hay elementos *diferenciadores* que determinan un abordaje singular con el grupo de mayores y considerando las individualidades que conforman dicho grupo. El actual envejecimiento y obre envejecimiento de la población sitúa a los

El plantear una intervención social diferenciada con personas mayores parte del conocimiento de ese grupo social, de las necesidades específicas y de las demandas expresadas a los profesionales de los servicios de protección: salud, servicios sociales etc. Entendemos que es una intervención *parcialmente* específica, ya que participa de la misma filosofía, principios e instrumentos que se aplican con otros grupos: infancia, juventud, mujer etc. Pero hay elementos *diferenciadores* que determinan un abordaje singular con el grupo de mayores y considerando las individualidades que conforman dicho grupo. El actual envejecimiento y obre envejecimiento de la población sitúa a los

aggravadas por este modelo espacial, al que viene a mejorar la accesibilidad a las zonas centrales de los centros residenciales de forma integrada en barrios y pueblos.

sumarse en ocasiones la falta o insuficiencia de un espacio público en pueblos y ciudades. Sin embargo, existen ejemplos magníficos de ubicación de los

de transporte que magníficos de ubicación de los

⁵⁵ www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/documentos/informe2004/xls/cap9/9033.2Tabla9.23.salidas.xls.

⁵⁶ www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/documentos/informe2004/xls/cap9/9058.Tabla9.38.actividadesambsex.xls.

⁵⁷ www.imsersomayores.csic.es/estadísticas/documentos/informe2004/xls/cap9/9018.Tabla9.12.distanciavivienda.xls.

⁵⁸ Son cada vez más numerosas las experiencias de asociacionismo, mayoritariamente todavía de modo informal, entre familiares de residentes para colaborar en el programa de intervención de la residencia.

trabajadores sociales como profesionales claves en y/o comunitarios. De ahí la necesidad de formación que se viene planteando al interior de las profesiones apartado del capítulo tiene el propósito de orientar a los profesionales en el desempeño de una *buenapráctica*, una práctica profesional de calidad con las personas mayores. la intervención directa en ámbitos residenciales complementaria en materia de gerontologías de ayuda. Por ello la propuesta de este apartado tiene el propósito de orientar a los profesionales en el desempeño de una *buenapráctica*, una práctica profesional de calidad con las personas mayores.

5.1. Acercadela intervenciónengeneral.

El Trabajo Social se sitúa en el conjunto de profesiones de ayuda, en las que la *persona* constituye el núcleo de toda intervención, cuando se produce una ruptura entre ésta y el medio social de referencia. Esta ruptura puede estar ocasionada por déficit económico, de empleo, de salud, de cultura, de convivencia etc. Para incidir sobre las situaciones se cuenta con una serie de instrumentos, técnicas y métodos que posibilitan el conocimiento de la realidad sobre las que se va a actuar y cómo hacerlo. Sus núcleos de trabajo o son: las personas, los grupos y las comunidades en situaciones carenciales.

El Trabajo Social tiene en cuenta la prevención, la detección precoz de las problemáticas, y la evaluación para medir los resultados conseguidos en el proceso de trabajo. Pero es *la intervención* lo nuclear de la profesión, entendida ésta como una serie de actividades ordenadas y encaminadas a producir un *cambio* positivo en las personas. El profesional cuenta con una serie de recursos sociales para la mejora o resolución de la situación-problema, pero el gran recurso de la profesión es la persona para la que y con quien se trabaja. Hay que hacer surgir el potencial humano: las capacidades, las habilidades, las zonas inexploradas para que se produzca un cambio, una normalización de dentro a fuera. Para ello la relación de ayuda, la situación dialógica y la escucha activa se hacen necesarios e imprescindibles.

Según Yanguas (en Yanguas, Leturia, Leturia y Uriarte (1998:76). Intervenir significa establecer una serie de elementos nuevos sobre una situación con el fin de modificarla; la intervención comporta un proceso que siempre persigue un *cambio*. Si la idea de cambio supone una alteración en la situación inicial de una persona pero sin modificar el conjunto, estamos hablando de cambio de primer orden. Pero si éste afecta a las relaciones grupales y/o comunitarias se está hablando de cambio de segundo orden. Hay que intervenir de tal forma que se produzcan simultáneamente cambios individuales y estructurales, esto sería el propósito general de todo abordaje profesional. Una intervención se realiza siempre para alcanzar unos objetivos concretos, pero a su vez debe estar enmarcada en todo un proceso de ayuda, debes er un eslabón más en la cadena de recursos a movilizar y cuyo objetivo final es proporcionar bienestar, crecimiento, y calidad de vida a las personas en nuestro caso a las personas mayores.

Para Barlett (1970) (en Sánchez Salgado 1990:90): “La intervención es la acción profesional que va dirigida hacia alguna parte del sistema o proceso social con la intención de inducir un cambio en ello”. Esta intervención está guiada por unos valores, propósitos y conocimientos. La profesión de Trabajo Social se ha significado históricamente por una atención hacia los intereses de las personas en dificultad utilizando los servicios disponibles. La intervención en la profesión ha usado los métodos de trabajo directo con individuos, grupos y comunidad, de ahí que el desarrollo de la metodología ha ido ligado al desarrollo de la práctica profesional, tratando de darnuevas respuestas a nuevas preguntas. La intervención debe estar dirigida a afectar las políticas públicas desde aportaciones muy válidas procedentes de la práctica directa con personas y grupos en situaciones carenciales y aportando un conocimiento de primera mano de la realidad social en su conjunto. Le corresponde al Trabajo Social de hoy armonizar lo *viejo* (los fundamentos de la profesión, valores, principios etc.) con lo *nuevo* (las problemáticas emergentes, entre las que queremos señalar

el envejecimiento de la población y las necesidades surgidas de dicho envejecimiento en las sociedades occidentales).

En síntesis el valor máximo que ha dirigido y dirige la práctica del Trabajo Social es la creencia de que cada persona tiene la oportunidad de desarrollar sus potencialidades y de vivir una vida plenamente satisfactoria y socialmente integrada. La intervención con las personas tiene el propósito de mejorar las condiciones *objetivas* (aspectos sociales visibles: vivienda, prestaciones) y las *subjetivas* (sentimientos, vivencias, estima). Será una buena intervención aquella que persiga el cambio en la doble dirección, como hemos venido señalando, de lo contrario se limitará a la mera gestión de recursos y estos nos van a resultar insuficientes.

5.2. La intervención con las personas mayores.

Señalamos algunas cuestiones de interés que justifican la intervención diferenciada que venimos planteando tales como: la filosofía de la política social en materia de mayores, la adecuación de la metodología y las técnicas de intervención, el perfil de los destinatarios de la acción, y la imagen social existente sobre los mayores. Todo esto lo ha de tener en consideración el profesional a la hora de intervenir en este grupo social.

Las líneas maestras de los Planes Gerontológicos Regionales, vienen a definir los principios inspiradores de la política social, teniendo en cuenta necesidades propias por razones de edad, y sobre las que se sustentará la acción profesional diferenciada.

- Principio de Dignidad: como derecho fundamental que implica tener cubiertas las necesidades básicas, y todas aquellas dimensiones que contribuyen a mejorar la calidad de vida y fomento de la vida social, ser tratados con el máximo respeto y verse libres de trato vejatorio y actos de violencia.
- Principio de Independencia: disponibilidad de ingresos que haga posible la emancipación de sus familiares, derecho a tomar las propias decisiones, vivienda adecuada, servicios sociales, sanitarios y redes de apoyo como ayuda complementaria.
- Principio de Integración Social: que el mayor forme parte de la familia como ser activo y tomado en consideración, integrado en su comunidad vecinal de referencia y objeto de solicitud por parte de los más próximos, sobre todo cuando aumenta su vulnerabilidad.
- Principio de Participación: garantizar el derecho a la participación en la vida política, social y cultural, promoviendo programas de voluntariado de mayores, asociacionismo e intercambio generacional.
- Principio de Subsidiariedad: se propone que la ayuda ha de ser proporcionada por la familia y redes de apoyo. Si estos soportes no pueden satisfacer las necesidades, será el Estado el encargado de garantizarlos cuidados necesarios a nivel local, regional y nacional. Se dotará a la familia de los recursos necesarios para afrontar el cuidado, retrasando así el ingreso del mayor en residencias.
- Principio de Normalización: se trata de mantener al mayor en su entorno de forma normalizada, tratando de retrasar la institucionalización, mediante la dotación de recursos a las familias para que haga posible la permanencia del mayor en el medio habitual. Hay que considerar las situaciones de soledad y aislamiento de las que son víctimas gran cantidad de mayores, sobre todo mujeres por la mayor longevidad de éstas ⁵⁹.

El Trabajo Social dispone de una metodología, unas técnicas, unos instrumentos, como herramientas básicas para el quehacer profesional, y que se han ido legitimando en el transcurso del

⁵⁹ Planes Gerontológicos de Euskadi, Madrid, Navarra, Galicia y Cataluña.

tiempo. El acierto está en seleccionar la herramienta adecuada, en el momento adecuado, en que se deba incidir. También desde ahí se plantea la intervención con las personas mayores teniendo en cuenta las circunstancias derivadas de: haber vivido muchos años, contar con una larga historia, poseer múltiples experiencias, tener una biografía plagada de acontecimientos más o menos lejanos en el tiempo, y haber crecido en un pasado con otros patrones culturales entre otras cosas.

ta adecuada, en el momento adecuado, en que se deba incidir. También desde ahí se teniendo en cuenta las circunstancias derivadas historia, poseer múltiples experiencias, tener os lejanos en el tiempo, y haber crecido en en muchos de los casos.

En relación a la imagen social de los mayores hay una serie de ideas preconcebidas que pueden influir en las actitudes y comportamientos hacia ese sector de población, de las que no escapa el profesional. La percepción que se tenga va a ser decisiva a la hora de trabajar con ellos; se emiten mensajes positivos o negativos aun sin palabras que son percibidos por el mayor de forma muy clara; hay que tener presente la bidireccionalidad y la interacción entre el profesional y el mayor como factores claves en la intervención, ya que se instaure una relación entre personas pertenecientes a generaciones distantes y distintas en muchos de los casos.

una serie de ideas preconcebidas que pueden e sector de población, de las que no escapa el ecisiva a la hora de trabajar con ellos; se emiten son percibidos por el mayor de forma muy y la interacción entre el profesional y el mayor como factores claves en la intervención, ya que se instaure una relación entre personas pertenecientes a generaciones distantes y distintas en muchos de los casos.

5.2.1. Los actores principales: un tú y un yo en relación.

En la relación de intervención hay dos actores: la persona mayor y el profesional, ambos en relación dialógica ejerciendo influencias mutuas. Le cabe al profesional la doble tarea de *conocer* y *conocerse* para poder desempeñar un trabajo de calidad con los mayores.

- Socialmente, y en un corto espacio de tiempo, se ha pasado de la “gerontocracia” -valor y estima hacia el mayor- a la “gerontofobia” -desprecio y molestia hacia el mayor- pasando por el “edadismo” -minusvaloración de la persona en función exclusivamente de la edad, lo que sin duda constituye una seria discriminación. Las personas mayores son vistas como: rígidas, caprichosas, lentas, reacias al cambio; e n la medida que se establece una relación de proximidad, las visiones preconcebidas pueden modificarse, lo que favorecerá sin duda la visión real y la desaparición de los estereotipos. De idéntica forma habrá que distinguir la senescencia (como modo saludable de envejecer) de la senectud (deterioro generalizado producido por la edad). Estas precisiones conceptuales y terminológicas tienen el propósito de ayudar a *conocer* a los mayores y adoptar un correcto posicionamiento del profesional ante las personas con las que ha de intervenir, ya que se puede incurrir en imprecisiones y generalizaciones que van a impedir un abordaje individualizado con personas de edad.
- El otro actor de la intervención es el trabajador social. Por el creciente envejecimiento poblacional muchos profesionales están desarrollando, o van a desarrollar su trabajo con personas mayores o muy mayores. Este grupo social en la actualidad está suponiendo un gran yacimiento de empleo para las jóvenes generaciones de profesionales, lo que se ha venido en llamar el “euro gris” en todos los países occidentales. Pero puede suceder que pese a las posibilidades de empleo que ofrece este grupo social, por encima de cualquier otro, no se esté excesivamente motivado ni preparado para trabajar con ellos. De ahí que sea pertinente *conocerse* y cuáles son las vivencias positivas o negativas para afrontar con éxito el trabajo con mayores en una práctica directa. Cometido diferente al de los profesionales que trabajan para ellos pero desde la perspectiva del diseño de proyectos de intervención que otros han de ejecutar.

La imagen que se tenga hacia los mayores tiene que ver con la historia personal: recuerdos, afectos, elementos culturales y axiológicos que sitúan de una determinada manera, y el ser profesional no exime de tener estos sentimientos positivos o negativos. En líneas generales ante los mayores caben posturas que van desde: la ignorancia, el desconocimiento, la indiferencia, la sublimación, la sobreprotección, la desprotección, el rechazo etc. De la consideración de todo ello, se podrá sacar conclusiones muy válidas de cuáles son los sentimientos hacia los mayores, y si se está capacitado

ver con la historia personal: recuerdos, afectos, a determinada manera, y el ser profesional no positivos. En líneas generales ante los mayores caben miento, la indiferencia, la sublimación, la Dela consideración de todo ello, se podrá sacar conclusiones muy válidas de cuáles son los sentimientos hacia los mayores, y si se está capacitado

para trabajar con ellos, la motivación, las aptitudes y la formación van a marcar una buena práctica profesional que redundará en beneficio de todos.

5.2.2. La importancia de la comunicación.

Las personas mayores acuden a los profesionales en demanda de alguna prestación puntual, que suelen explicitar de forma directa. En el proceso posterior de la intervención, se va conociendo paulatinamente la situación total sobre la que hay que trabajar. Los mayores, por estar viviendo una serie de pérdidas -deseres cercanos, de trabajo, de estatus-, buscan en los profesionales ser escuchados, atendidos pero no siempre saben cómo hacerlo. En los encuentros con el profesional pueden mostrarse silenciosos, bloqueados, reacios a hablar por falta de costumbre, o por encontrarse en un difícil momento de adaptación a una nueva realidad vital. Pero también se pueden mostrar excesivamente comunicativos aportando gran información biográfica y situacional que habrá que seleccionar convenientemente para la intervención.

- Algunas de las situaciones que las personas mayores suelen hacer *explícitas* al profesional son: falta de recursos económicos, malas condiciones de vivienda, problemas familiares, sufrimiento por duelo, falta de comunicación, tristeza, depresión, aislamiento, soledad, miedo al futuro, desmotivación, ocio vacío, problemas de salud, problemas con otras instituciones.
- Pero hay situaciones *implícitas*, que sólo la competencia del profesional, y la creación de un espacio de escucha, hará surgir la totalidad de la situación personal y convertirá esas demandas, no expresadas, en *explícitas*, situaciones como: no sentirse querido, derecho a la intimidad, derecho a la individualización, confianza en alguien, apoyo emocional, necesidad de aceptación, necesidad de ser pensado y esperado por alguien, búsqueda de afirmación, sentimiento de pertenencia, derecho a la identidad, búsqueda de vida saludable⁶⁰.

Atendiendo a las demandas explícitas se está gestionando los recursos y poco a poco se va incrementando la intervención social que posibilitará un cambio en las implícitas, se está desarrollando una autonomía que se desarrolla una buena práctica profesional positiva y un crecimiento en las personas, alavez que se desarrolla una buena práctica profesional que hará crecer a la profesión y a los profesionales en su conjunto, y se dará lo que es esencial a la profesión, el acompañamiento de las personas para que se produzcan eventos positivos y/o intervenir en los eventos negativos.

El paso de un modelo de actuación a otro pasa por la utilización de la metodología, técnicas e instrumentos de intervención que ayudan a convertirlo implícito en explícito, llegando a la causa y raíz de los problemas y satisfaciendo las necesidades no expresadas, que en muchas ocasiones están lastimando más a las personas que las expresadas⁶¹. Lo que para el profesor García Roca (1992:80) es pasar de la provisión de la prestación, que satisface una necesidad real, a poner en juego la significación interpersonal como valor intangible, la prestación sólo se convierte en servicio de proximidad si se sitúa en el interior de una comunidad humana de significados.

Es claro que sólo el uso de técnicas no garantiza una intervención de calidad; ésta se teje de elementos relacionales imprescindibles, un rostro, una presencia, un caminar juntos, todo lo que

⁶⁰ Yangüasetal(1998:194).

⁶¹ No desconocemos las condiciones en las que se está desarrollando el Trabajo Social directo y el evado número de personas que debe atender un solo profesional, sobre todo en el contexto comunitario, lo que hace muy difícil el modelo planteado de escucha, de acompañamiento y singularización de cada intervención. Pero no podemos silenciarlo ya que sería la indicación de la esencia misma del Trabajo Social, de su razón de ser. El trabajo de proximidad es el único modelo posible si queremos hacer surgir lo mejor de cada uno, erradicando la intervención apresurada, carente de individualización y que no satisface a ninguno de los actores de la intervención y mencionados.

tiene que ver con hacerse cargo del otro, con la capacidad de indagar, de sondear, hacer formular. Será una profesión despierta si se deja vulnerable a la existencia humana. La acción de la *incertidumbre* y la novedad. Todo lo que está representando en las derivadas de éste constituyen una nueva gran pregunta responder con políticas creativas y generosas en la reacción de una situación de reciprocidad como que es propia desde los comienzos, y diferencia grandezas de esta profesión le viene de su *única* cada situación y descubrir preguntas antes de que se interrogar por las nuevas necesidades sociales y la social no se ejerce desde la *certeza* sino desde la vejecimiento y las problemáticas para el Trabajo Social a la que habrá que intervenciones de calidad.

En la intervención profesional una persona o varias interacciones e influencias mutuas se va a instaurar una nueva "relación" interpersonal, de la que las dos partes se verán influenciadas. Se trata pues de un campo de influencias en la que las partes se están mandando mensajes positivos o negativos para que se dé una buena *comunicación* y por ende se pueda desarrollar una buena intervención. Las personas para las se trabaja refuerzan o desmotivan a los profesionales con su actitud, pero también los profesionales están influyendo positiva o negativamente desde el talante, la competencia y la responsabilidad demostradas en el desarrollo del trabajo. El resultado satisfactorio del trabajo conjunto se da cuando se ha operado un *cambio positivo* en las personas como resultado de una buena interacción.

El desarrollo del profesional está en relación con el desarrollo que alcance la persona/las personas objetos de intervención, por tanto el crecimiento es mutuo si todos han vivido una experiencia positiva y única. De este modo el trabajo social ofrece además de la experiencia concreta de haber sabido resolver un problema, una experiencia abstracta que ha modificado un sistema cognitivo y de valores. En este sentido se puede hablar de la función educativa de la intervención que utiliza la mediación de resolución de problemas para dotar a todos "los implicados de mejores mecanismos" de respuesta ante la vida.

El encuentro profesional puede ser entendido como el "nacimiento de un nuevo sistema relacional", en el que cada parte asume su rol, y sus responsabilidades mutuas que van más allá de los mensajes explícitos. Lo más habitual es que la persona se acerque al profesional para formular algún tipo de demanda. Pero en el caso del mayor es ahí situaciones en las que la iniciativa parte del profesional por la situación personal de precariedad que está viviendo el mayor, o por estar amenazado por un riesgo considerable que justifica una pronta intervención (los casos de malos tratos y negligencia por ejemplo). Hay demandas localizadas en la historia de la persona. Y demandas persistentes y que requieren de la colaboración coordinada de varias instituciones. La intervención profesional ha de irse adaptando a las situaciones concretas de cada caso, no a la respuesta antes de la pregunta ⁶².

Lo que hemos venido en llamar la reconversión de lo implícito a lo explícito pasa pues por la estructura de la comunicación. Sólo desde ese para digmase puede comprender lo que es el Trabajo Social y su especificidad: descifrar los mensajes o alguien que está diciendo, o queriendo decir algo a otro. Hay que saber diferenciar el "rumor", lo que se solicita, del "mensaje", que es el sentimiento que acompaña a esa solicitud, en la intervención social hay que pasar al plano de los significados. Desde ahí se está construyendo una sólida relación profesional, en nuestro caso con el grupo de mayores, personas que pueden tener especiales dificultades en formular el problema que les está hirviendo por estar, entre otras cosas, muy acostumbrados a callar. Hay que adecuar el

⁶² Acebo, A (1992:55 y ss.)

lenguaje verbal, el ritmo, el momento, el ambiente, completa el acto comunicativo, que constituye el puente que expresa y a lo que no se expresa la capacidad de del espacio óptimo de relación y de ayuda.

los gestos, el tacto, la mirada, todo ello formar parte de toda intervención. Unido a lo que se escucha del profesional promoverá la creación

Pamela Trevithick, profesora de Trabajo Social en la Universidad de Bristol (2002:89 y ss) Considera la comunicación como el eje de toda intervención, existen abundantes razones por las cuales como personas y como profesionales escuchamos a los demás: obtener información, establecer lazos de empatía, estimar, evaluar. Proponer estrategias comunicativas muy oportunas que facilitan la intervención en general y con mayores éxitos en particular, da algunas orientaciones muy válidas para la escucha: ser abierto, intuitivo y empático, sostener la mirada, adoptar una postura corporal que manifieste interés y receptividad, atender a las formas no verbales, evitar comentarios improcedentes y descalificadores, dar tiempo a que la persona exprese, no interrumpir, cuidar el ambiente, adaptar las preguntas con flexibilidad, entender los sentimientos, cuidar el tono de voz, evitar estereotipos y valoraciones negativas, usar un lenguaje inteligible, ser natural y mostrarse, relajado, escuchar en silencio, y escuchar los silencios de las personas. Para Egas (1990) la escucha activa supone estar presente psicológica, social y emocionalmente, por tanto este tipo de escucha exige una especial viveza y es fuerza por parte del oyente. El objetivo es escuchar atentamente los detalles de lo que se está transmitiendo y asegurar que la persona atendida sea consciente de ello (Lisian (1994). Es lo que Feltham y Dryden (1993) denominan la escucha crédula, se trata de crearlo que se comunica.

la Universidad de Bristol (2002:89 y ss) Considera la comunicación como el eje de toda intervención, existen abundantes razones por las cuales como personas y como profesionales escuchamos a los demás: obtener información, establecer lazos de empatía, estimar, evaluar. Proponer estrategias comunicativas muy oportunas que facilitan la intervención en general y con mayores éxitos en particular, da algunas orientaciones muy válidas para la escucha: ser abierto, intuitivo y empático, sostener la mirada, adoptar una postura corporal que manifieste interés y receptividad, atender a las formas no verbales, evitar comentarios improcedentes y descalificadores, dar tiempo a que la persona exprese, no interrumpir, cuidar el ambiente, adaptar las preguntas con flexibilidad, entender los sentimientos, cuidar el tono de voz, evitar estereotipos y valoraciones negativas, usar un lenguaje inteligible, ser natural y mostrarse, relajado, escuchar en silencio, y escuchar los silencios de las personas. Para Egas (1990) la escucha activa supone estar presente psicológica, social y emocionalmente, por tanto este tipo de escucha exige una especial viveza y es fuerza por parte del oyente. El objetivo es escuchar atentamente los detalles de lo que se está transmitiendo y asegurar que la persona atendida sea consciente de ello (Lisian (1994). Es lo que Feltham y Dryden (1993) denominan la escucha crédula, se trata de crearlo que se comunica.

5.2.3. Útiles de trabajo: la documentación y los recursos

Como hemos venido señalando el Trabajador Social cuenta con una serie de medios imprescindibles para el desempeño de su tarea encomendada al logro de unos objetivos planificados, vamos a considerar algunos de los más usuales y cómo manejarlos. En relación a la *documentación*, es decir los instrumentos de recogida de información, se ha pasado, en un corto espacio de tiempo, de un notable precariedad, a casi una saturación de soportes y registros y éstos excesivamente estructurados, dando poco espacio al relato. Tal vez habrá que buscar el equilibrio, el punto idóneo, para que estos soportes constituya una ayuda y no un obstáculo burocrático que aleje al profesional de las personas

Para la profesora Trevithick (op.cit.:256 y ss) el registro de información es esencial al Trabajo Social y de no hacerlo pueden derivarse problemas muy serios para los usuarios y para el profesional. Las ventajas de consignar *con calidad* la información no ofrece dudas y de ello se derivan beneficios indudables: material pedagógico, registro válido para la supervisión, útil en la elaboración de presupuestos, imprescindible para la investigación, ilustrativo para ver el déficit o carencia de servicios, ayuda a la planificación y la toma de decisiones, necesario para la realización de memorias, material de aprendizaje decisivo ya que brinda la oportunidad de hacer una reflexión y una valoración analítica sobre la formulación de hipótesis, la toma de decisiones y el desarrollo de formas de trabajo cooperativas. Da la oportunidad de ver las cosas con cierta perspectiva y estudiarlas detenidamente. No hay duda de la pertinencia y utilidad, pero el exceso de cumplimentación de los numerosos documentos puede ejercer un efecto negativo al convertirlos en un fin y no en un medio. Incluso puede dificultar la escucha del profesional por estar excesivamente atento a la redacción de los mismos. Uno de los mayores aciertos está en delimitar cuándo, cuánto y cómo anotar la información. En unos casos habrá que consignar el proceso de trabajo, en otros el diagnóstico, la ejecución, los recursos. En los últimos años se han fomentado formas de registrar datos más estructuradas y sistematizadas como una manera de poner en orden la información, verificar su validez, relacionarla con la información con una base de conocimiento, y utilizar

ésta para informar una práctica futura. Verónica Coussé (1991) recomienda que en las historias sociales se consignen los hechos más significativos: sentimientos, decisiones, medidas planificadas, consideraciones, valoraciones e informaciones complementarias; dejando espacio para la libre expresión de los demandantes de ayuda.

Los mayores sin duda se beneficiarán y mucho de la información personal en los encuentros con los profesionales de tiempo del necesario en la elaboración de informes demandando escucha y atención personalizada. Se trata pues de “llenar de vida” los soportes documentales entendidos siempre como medios y no como fines en sí mismos, ya que una información bien estructurada no es en sí garantía de una buena práctica profesional que tiene implícitos componentes relacionales y de influencia mutua como hemos venido señalando.

El perfil del profesional tiene una importancia decisiva a la hora de elegir el modelo de intervención; hay profesionales más proclives a usar entrevistas desestructuradas dando cauce abierto a la libre expresión del usuario; otros adoptan modelos burocráticos poniendo el acento en la esmerada elaboración de registros. La elección de un modelo u otro viene determinada por el grado de veteranía en la profesión (en los comienzos del desarrollo profesional las herramientas de trabajo proporcionan una cierta seguridad, el profesional nos sabe o no puede separarse de un guión establecido). Y finalmente el tipo de personas para las que se trabaja también modifica el modelo a adoptar (niños, jóvenes, personas mayores, enfermos mentales etc.).

Hay una tendencia generalizada a aplicar de inmediato el recurso humano que es esencial y núcleo de la auténtica intervención social. Desde este modelo no se aprovechan los recursos internos de las personas, y no se propicia un cambio positivo de dentro a fuera, siempre que haya competencia para ello. Pero aún no habiendo competencia en el mayor por causa de una enfermedad progresiva, el cambio en la familia y en el entorno será viable desde un modelo de intervención de relaciones humanas y de potenciación de recursos personales. Este ha sido un paradigma válido en los comienzos de la profesión y hasta hace un par de décadas en nuestro país y hasta ahora en otros países donde se han obtenido buenos resultados. La gestión de los numerosos o escasos recursos externos puede llevar a una autocomplacencia de la Administración y de los profesionales pero se puede evitar de la laudable apuesta decidida por el auténtico bienestar y el crecimiento integral de las personas.

5.2.4. *Algunas herramientas: reminiscencia, relación de ayuda, intervención en crisis.*

Actualmente estas técnicas se están utilizando mucho en la intervención con personas mayores.

- *La reminiscencia.* Ya Aristóteles en la *Retórica* reconoce el valor de la reminiscencia, no sólo como fuente de placer, sino como ayuda a la madurez de la persona mayor para afrontar la cercanía del final de la vida. La reminiscencia ha tenido una consideración muy positiva al prolongar la historia y vivir de forma equilibrada el horizonte del presente y del futuro, lo que es un acto de recordar experiencias de la realidad, fuera de la vida. Puede entenderse como el acto de recordar experiencias del pasado, a través del cual la persona reflexiona sobre las mismas para reconstruir y encontrar significado a su vida actual. Los trabajos de Erikson desde 1950 hacen referencia al sentido de la etapa de la vejez. En gerontología, el concepto de reminiscencia, se le atribuye a Robert Butler desde 1963, según él los adultos, a medida que envejecen, se involucran en un proceso de revisión de vida y de reinterpretación del pasado guiados por la aceptación del final próximo, y la dificultad de mantenerse fuertes

ante la creciente vulnerabilidad. Pero en la remini-
 conflictos no resueltos, que pueden volver a mirars
 eventos pasados, se da un nuevo significado a la vi-
 preparada para afrontar la vejez y el final de la v
 ansiedades y temores. Mediante la reminiscencia la
 intentando ver que sus vidas han tenido un valor.
 hacer referencia a acontecimientos se establece un
 el presente. Puede ayudar a la persona mayor a man-
 disminuida por las situaciones que tiene que enfren-
 técnica han sido documentados en numerosos estudio
 Burnside en 1986 y ha sido utilizada en forma muy
 institucionalizadas. Se ha comprobado que es benefi-
 y la desmotivación. En el trabajo de grupo la rem-
 de potenciar las fortalezas de mayor. Se han identi-
 grupos de reminiscencia, éstos se pueden resumir en
 de pares, aumento de las oportunidades de socializ-
 ideas, desarrollo de la habilidad de relación, ente-
 aumento de la autorrealización y creatividad. Ent-
 algunos instrumentos útiles son confeccionar álbumes
 diarios, inventario de música preferida, de poemas,
 instrumentos etc.

scencia se da también el resurgimiento de
 e, si se logra la reintegración con los
 da actual, y la persona está más
 ida al haberse mitigado en gran manera
 s personas repasan sus años pasados
 Ayuda a reevaluar episodios vividos, y al
 sentido de continuidad entre el pasado y
 tener su autoestima, la cual puede estar
 ntar en esta etapa. Los beneficios de la
 s: Lewis en 1971, Lázarus en 1976,
 efectiva particularmente en personas
 cios a contral de depresión, el aislamiento
 iniscencia se ha visto como una manera
 ficado varias razones para promover
 : desarrollo de afiliaciones con grupos
 ación, la promoción de intercambio de
 ndimiento y relación entre generaciones, y
 re las actividades de reminiscencia
 s de fotos, recuerdos genealógicos,
 debailes, de películas, de periódicos, de

- *Larelación de ayuda*. Rogers (1986:46) entiende por relación de ayuda “ aquella que intenta hacer surgir una mejor apreciación y expresión del uso más funcional de los mismos”. Se trata pues de personas, de activarlos, de acompañar a las personas a usar las propias facultades. Se sustenta en el a-
 intensa, hecha de aceptación, respeto y empatía, ev-
 persona es ayudada a encontrar sus propios recursos
 paternalismos ni autoritarismos. La tarea del ayuda-
 reorganizar los contenidos de la experiencia del ay-
 remitirle alternativas y posibilidades de atendidas
 en otra persona, la ayuda consiste en inducirle a
 importantes para ella. En el caso del mayor, el camb-
 positiva ante la vejez, que ayude a integrarla en e
 aceptando los propios límites, aclarando aquellas s
 ancianidad, resolviendo los conflictos impuestos po
 ocasión de ésta, y consiguiendo fuerzas para luchar
 las manos del destino. La condición de aislamiento,
 veces en petición de ayuda, protesta, pregunta, en
 simbólica, es decir, que una lo que está separado:
 “diabolo” de unión. En este sentido la relación de
 para los profesionales que trabajan con grupos de m-
 se encuentra en una dinámica que se puede sintetiza-
 ren:
 1. Está viviendo una *situación* que le supone una dificultad concreta y de la que es el protagonista.
 2. La dificultad le genera *sufrimiento*, el ayudante es interpelado por ese sufrimiento.
 3. Dicho sufrimiento se expresa por medio de *sentimientos* de inseguridad, miedo, ansiedad, culpabilidad, confusión.

Lo que espera la persona que está viviendo una situación como la descrita, es un proceso de recorrido inverso es decir:

1. Espera que el ayudante comprenda, ante todo, los sentimientos que está viviendo, que acepte su confusión, su incertidumbre, su miedo, su inquietud.
2. Espera que el ayudante se ponga en su lugar, con una actitud empática y que vibre con él. El sufrimiento es menor si es compartido.
3. Espera que el ayudante examine con él las dificultades y que busque el sentido de sus problemas in juzgar.
4. Espera que el ayudante le facilite la búsqueda de estas vitales para salir de la situación, para tomar una decisión o para vivir de otra forma aquello que no tengavisosdesolución.

En síntesis para comprender a la persona con la que se trabaja se requiere un labor previo sobre si mismo, realizar un camino de integración de las propias emociones, aprender a darles nombre, aceptarlas; ser dueños de todo ello es un proceso necesario para comprender el mundo emotivo del otro, en el caso que nos ocupa el de la spersonas mayores. ⁶³

➤ *La intervención en crisis.* Los trabajos de Lindemann (1944 en Rubin, By Bloch, E. 2001: 21 yss) constituyen la piedra angular de la intervención en crisis y la base de conocimientos sobre lo que necesitan los profesionales de ayuda ante las personas que han sufrido una crisis. Las personas disponen de una gran cantidad de recursos internos con los que pueden enfrentar una situación de crisis evolutiva o súbita en su vida. A pesar de las potencialidades, la resistencia de cualquier individuo al estrés es finita y cualquier persona, ante circunstancias adversas, puede ser incapaz de afrontarla, sin que ello signifique patología. Algunas personas no necesitarán ninguna ayuda externa, mientras que para otras una intervención mínima apropiada puede ser muy valiosa. Lillibridge y Klukken (1978) entienden por crisis una alteración en el equilibrio cuando se fracasa en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico. Los trabajos de Caplan (1964) y otros seguidores, demostraron que las crisis no son patológicas, pueden sufrirlas cualquier persona en unas circunstancias especiales, por tanto no se trata de una dolencia, sino una respuesta natural a una situación de fuerte impacto, la persona en crisis es un individuo con un funcionamiento normal que se encuentra necesitada de una guía durante el periodo de aflicción. La intervención en crisis está orientada al problema y a cómo se vive éste, y persiguen el objetivo de producir un cambio positivo en la situación, se han descrito diversos tipos de crisis:

1. *Evolutiva:* Es una situación causada por convulsiones fisiológicas o psicológicas que pueden actuar internamente, la cual puede deberse a impactos psicológicos asociados con el desarrollo: envejecimiento, jubilación, cercanía de la muerte.
2. *Circunstancia:* Se refiere a situaciones súbitas inesperadas. Para Gilliland y James (1993) este tipo de crisis surge con la ocurrencia de eventos raros y extraordinarios que una persona no tiene ninguna manera de prevenir o controlar, son imprevistas, desestabilizadoras, intensas como accidentes de tráfico, enfermedad súbita, malos tratos, problemas familiares, viudedad, cambio de lugar habitual, muerte repentina de un allegado.
3. *Existencial:* Se refiere a conflictos internos y la ansiedad que acompaña a las importantes cuestiones humanas, cuando traen consigo o remordimiento e insatisfacción: la madurez, el envejecimiento.

⁶³Bermejo, J.C. (1998:9 yss)

4. *Interna*: Se denomina así a la crisis que aparece lentamente pero que no ha sido aún expresada, ni casi percibida por los más próximos, es el llamado período de incubación o latencia: conciencia del envejecimiento, y la jubilación aún no verbalizados.

5. *Externa*: La manifestación y exteriorización de la interna y con la deseable respuesta y apoyo de los más próximos, y se ha hecho patente: sufrimiento por el envejecimiento y la jubilación pero ya expresados.

En cuanto a la intervención en crisis se trata de un proceso de ayuda durante el tiempo necesario con el propósito de reactivar las capacidades latentes y los recursos del ayudado. El acompañamiento en las situaciones de crisis ha de prestarse el tiempo necesario, no hay plazos establecidos, pero la exteriorización de ciertos rasgos en las personas lleva a pensar que la crisis está alejando y habrá que distanciar los encuentros y dispensar menos cuidados, para no crear dependencias. La misma sabiduría en el saber empezar la intervención el cómo y el cuándo de un acompañamiento, como el saber ponerle fin. Precisamente en la intervención con personas mayores todo ello reviste especial importancia ya que el mero hecho de envejecer genera situaciones de crisis que no se pueden desconocer ni desatender si se trabaja profesionalmente con este grupo.

5.2.5. *Algún punto para la intervención familiar*

El profesional que trabaja con personas mayores debe tener muy presente que la familia sigue siendo un componente esencial, a pesar de sus formas y funciones cambiantes, sigue siendo un punto de referencia clave. Gran parte de los mayores están vinculados a una red de apoyo familiar lo que definirán Caplan (1974) como el apoyo principal con el que cuenta el anciano. Es el principal soporte de los mayores cuando la enfermedad y el paso de los años los va debilitando progresivamente. Numerosas investigaciones han corroborado el hecho de que la familia provee de prestaciones y cuidados al anciano y surge como el factor principal para reducir la posibilidad de institucionalización aun en el caso de los más incapacitados y dependientes. (Cantor 1975, Rosow 1967, Sánchez Ayende 1984 y Sánchez 1987 ver en Sánchez Salgado 1990: 103 y ss)

La visión de la familia como sistema ha sido utilizada por muchos profesionales de ayuda en su acercamiento a ésta; desde esta visión los miembros de una familia se influyen mutuamente en comportamientos, pensamientos y sentimientos, las conductas de todos los miembros de la familia no se pueden ver aisladas del resto del sistema. El profesional ha de saber manejar situaciones de conflicto entre el mayor y la familia, algunas de las cuales parten de vivir al mayor como el “chivo expiatorio” por lo que se le culpa de todos los problemas que suceden en el ámbito familiar. La “relación simbiótica” con los hijos lo que no permite la independencia y el desarrollo de las capacidades del mayor. La “inversión de roles” que puede darse entre padre e hijos, lo que lleva a una confusión y baja autoestima del mayor.

Para la intervención con familia es preciso entender y abordar la problemática en conjunto, hay que observar como el sistema interactúa para poder trabajar con rigor y eficacia. Uno de los métodos que más resultado ha dado es la intervención *grupal-familiar*, éste se sustenta en un modelo de intervención planificada dirigida a las áreas del funcionamiento familiar. Este tipo de aproximación está muy indicado cuando la capacidad de la familia para afrontar las funciones básicas es inadecuada. Se trata de intervenir para reestablecer el equilibrio y aliviar la tensión de manera que pueda haber un correcto desenvolvimiento de todos los integrantes de la familia, mediante esto se está facilitando que el mayor se sienta en su entorno familiar de manera adecuada, y se

le brinde el apoyo emocional necesario para enfrentarse a una realidad cambiante y no exenta de dificultades.

Como venimos señalando una gran mayoría de las personas mayores viven y son atendidos por la familia, esta tendencia se ve favorecida por motivos individuales y sociales entre las que se destaca: sentimientos de corresponder o agradecer las atenciones recibidas por los progenitores. Creencia de que el cuidado que se ofrece en la familia es el mejor. Sentimientos de tener que responder a las demandas sociales de cumplir con sus deberes. El grupo mayoritario de apoyo a los mayores lo constituyen las mujeres siendo éstas las principales proveedoras de apoyo afectivo e instrumental.

Pero se están percibiendo cambios debido al aumento de la esperanza de vida y descenso de las tasas de natalidad. La creciente incorporación de la mujer al mercado laboral. Tendencia a la reducción del tamaño de la familia, mayor distancia y aislamiento geográfico de los miembros e inestabilidad familiar por las separaciones y divorcios. Hay que fomentar y apoyar a la familia a través de programas, servicios de apoyo, formación, supervisión y colaboración con los servicios formales. Toda intervención familiar debe realizarse siguiendo una serie de pautas que se consideran fundamentales como:

- **Noculpar.** Uno de los aspectos de la intervención debe encaminarse a noculpar nunca a la familia y a establecer alianzas que faciliten el camino para conseguir uno de los objetivos establecidos de forma conjunta entre la familia y los profesionales.
- **Formación.** Para el correcto abordaje de la nueva situación y cuando los recursos más cercanos no han dado resultado es necesario recurrir a la información y formación ofrecidas por los profesionales de la gerontología sobre qué ocurre, por qué, cómo hacerle frente y conqué estrategias.
- **Capacitación.** La intervención va a encaminarse principalmente a la formación y capacitación tanto de la persona mayor como de la familia, para que sean ellos mismos los que puedan satisfacer, en la medida de lo posible, sus necesidades o sepan adónde acudir.
- **Motivación.** Dejando atrás posturas de autoridad profesional, se debe buscar la motivación de la persona mayor y su familia para su implicación en la realización de la tarea y ejecución de ésta de forma conjunta.

Con el fin de identificar las características de la familia, sus necesidades, sus problemas y los objetivos de la intervención enunciaremos algunos aspectos a considerar.

- El estilo de comunicación e interacción entre los miembros de la familia y la toma de decisiones.
- Situación actual de la familia: crisis, desestabilización, clima interno.
- Ideas, creencias, atribuciones, expectativas en relación a los temas más relevantes: la persona mayor, la enfermedad, los cuidados.
- Tamaño de la familia nuclear, extensa, personas disponibles. Adaptación a la nueva situación de envejecimiento de uno de sus componentes.
- Identificación del cuidador principal y sus características físicas, recursos disponibles, necesidades y demandas.

Los diferentes recursos existentes en la actualidad, deben ser ofrecidos y utilizados por la familia en función de las necesidades, para aportar el apoyo instrumental, emocional e informacional necesarios para que la persona mayor pueda mantenerse en su domicilio. Estos recursos son utilizados como medidas preventivas y terapéuticas para aliviar los síntomas físicos y psíquicos para optimizar las competencias, autonomía y autoestima de los familiares, e incrementar la calidad de vida del conjunto de la familia.

Algunos de estos recursos son los siguientes. Los *grupos de apoyo* cumplen con el objetivo de dar información y formación a los familiares sobre recursos, estrategias de afrontamiento, de acompañamiento, cuidados, fomento de la interacción, expresión emocional, adquisición de habilidades de manejo, afrontamiento de estrés y resolución de problemas, todos estos grupos están coordinados por profesionales. Para los *grupos de autoayuda* los objetivos son similares a los grupos de apoyo, pero sus componentes son fundamentalmente familiares que comparten experiencias comunes y estrategias de acompañamiento y cuidados. El objetivo de los *centros de día* es atender las necesidades de cuidado en un centro asistencial que acoge al mayor durante el día manteniéndolo en familia. La *atención domiciliaria* consiste en un servicio asistencial que acude al domicilio de la persona mayor para el apoyo y realización de algunas actividades de la vida diaria y compañía. En las *viviendas tuteladas y compartidas* las personas mayores viven en domicilio compartido con otras personas en el que mantiene su autonomía y está supervisado por un servicio asistencial. Las *estancias temporales, esto es el llamado programa respiro*, consisten en un programa que posibilita la estancia por un breve espacio de tiempo por parte de la persona mayor en un centro residencial, lo que favorece el descanso de la familia cuidadora. A todo esto hay que añadir una extensa lista de otros servicios y programas que se ponen en marcha según la política de cada país y de las políticas regionales como son la tele alarma, los centros de terapia, ayudas económicas etc.

Cuando el mayor está en el medio *residencial* la familia puede seguir colaborando en el acompañamiento al mayor y nunca renunciar a ello, y a que constituye el máximo soporte afectivo, emocional y relacional siendo un elemento imprescindible para la armonía y calidad de vida total del mayor aun no conviviendo en el mismo espacio. Ciertamente es que la familia y su entorno constituyen uno de los recursos principales en la prevención y/o retraso del ingreso en residencia para muchas personas mayores actualmente. Ciertamente es que el importante papel que desempeña la familia no se circunscribe al propio hogar, antes al contrario, constituye un recurso fundamental en el preingreso, ingreso, adaptación y satisfacción del familiar en la residencia, como en el aporte de cuidados y participación en el centro. Se pueden hacer las siguientes consideraciones.

- La familia debe participar e integrarse en la vida del centro juntamente con su familia.
- Debe mantener vínculos afectivos (escucha, cariño) y vínculos relacionales (compañía, frecuencia de visitas) y vínculos asistenciales (aportes de cuidados básicos en la medida del posible), de tal manera que el sistema familiar se mantenga.
- Debe coordinarse a través de reuniones con el equipo asistencial para clarificar y distribuir tareas de cuidados.
- Los centros residenciales deben estar atentos a las necesidades y demandas de las familias, y ofrecer una buena información y acogida, coordinación y oferta de grupos de apoyo y/o de autoayuda para estrechar la colaboración y confianza entre el centro y la familia.
- Como norma general debe favorecer la participación de la familia en la toma de decisiones.

La familia no sólo interviene en el centro residencial como fuente de recursos, sino que ella misma realiza un proceso de adaptación al centro, proceso que debe atenderse por los profesionales del mismo. Es bastante común que en el ingreso la familia presente sentimientos de depresión, culpa, rabia, tristeza, alivio e inseguridad, por ello favorecer la expresión de sentimientos, recordar momentos felices con el familiar y crear un clima de comunicación abierta y fluida entre el residente, la familia y el equipo del centro es una medida muy beneficiosa para todos. Una vez que ha ingresado el familiar es muy provechoso potenciar la participación en la planificación y realización de algunas actividades de cuidado.⁶⁴

⁶⁴Yanguas et al (1998:211 yss).

Hasta aquí un recorrido sobre intervención con personas mayores teniendo en cuenta algunas estrategias válidas y los recursos disponibles para ellos. El objetivo de nuestra entrega es tratar de ofrecer a las personas mayores una calidad integral de vida, sabedores de las dificultades que pueden derivarse del hecho de envejecer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACEBO, A. (1992). *Trabajos sociales en los servicios sociales comunitarios*. Siglo XXI, Madrid.
- AGULLÓ, M. S. (2001). *Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación: Una aproximación psicosociológica*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid.
- ANTTONEN, A. y SIPILA, J. (1996). "European social care services: Is it possible to identify models?". *Journal of European Social Policy*, núm. 6, págs. 87-100.
- ARANGUREN, L. *Educación en el compromiso. Valores para vivir en sociedad*. Editorial PPC, Madrid.
- ARIAS, F. (2000). "Las periferias sociales: los barrios desfavorecidos en las ciudades españolas", *Documentación Social*, núm. 119, págs. 275-296.
- AZNAR, M. (1998): "Los Servicios sociales públicos para mayores. Balance prospectivo", *Documentación Social*, núm. 112, monográfico dedicado a *Las personas mayores*, págs. 65-84.
- BARBERO, J. L. (1997). "Problemas éticos en la atención al anciano enfermo". *Labor Hospitalaria*, núm. 243, págs. 53-64.
- BARTLETT, H. y BLACKMAN, T. (2001). "Models of care", en Blackman, T., Brodhurst, S. y Convery, J. (eds). *Social care and social exclusion. A comparative study of older people's care in Europe*. Palgrave, Nueva York.
- BECK, U. (1992). *Risk society: towards a new modernity*. Sage, Londres.
- BERGHMAN, J. (1995). "Social exclusion in Europe: policy context and analytical framework", en Room, G. (ed.). *Beyond the threshold: the measurement and analysis of social exclusion*. Policy Press, Bristol.
- BERMEJO, J. C. (1998). *Apuntes de relación de ayuda*. Sal Terrae, Santander.
- CASADO, D. y LÓPEZ, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Colección Estudios Sociales Núm. 6, Fundación La Caixa, Barcelona.
- CASAS, F. et al. (2001). "Indicadores sociales y psicosociales de calidad de vida de las personas mayores en un municipio". *Intervención psicosocial*, núm. 3, págs. 355-378.
- COLECTIVO IOE/INSERSO (1995): *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. INSERSO, Madrid.
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (2000). *La protección social de las mujeres*. Colección Informes, Consejo Económico y Social, Madrid.
- CORTÉS, L. y LAÍNEZ, M. (1998): "La condición residencial de las personas mayores", *Documentación Social*, núm. 112, monográfico dedicado a *Las personas mayores*, págs. 193-212.
- CORTÉS, L. (2000). "La vivienda como factor de exclusión en la ciudad", *Documentación Social*, núm. 119, págs. 295-312.
- COULSHED, V. (1991). *Social work practice: An introduction*. Macmillan/BASW y Orme, J, Basingstoke.
- ESPING – ANDERSEN, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Editorial Ariel, Barcelona.
- EUROPEAN COMMISSION (2003). *The social situation in the European Union*. Oficina de Publicaciones de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.
- EUROSTAT (2002). *Statistiques sociales européennes*. Oficina de Publicaciones de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.

- EUROSTAT(2004). *Population statistics*. Oficina de Publicaciones de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1997). "Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales". *Intervención psicosocial*, núm.1, págs.21-35.
- FUNDACIÓN ENCUENTRO(1993). "Los problemas de la vejez", en *Informe España 1993. Una interpretación de la realidad social*. Fundación Encuentro, Madrid.
- FUNDACIÓN ENCUENTRO(1996). "El envejecimiento humano", en *Informe España 1996. Una interpretación de la realidad social*. Fundación Encuentro, Madrid.
- FUNDACIÓN ENCUENTRO (2001). "La dependencia entre los mayores", en *Informe España 2001. Una interpretación de la realidad social*. Fundación Encuentro, Madrid.
- GARCÍA, J. (2001). "Aspectos bioéticos de la enfermedad de Alzheimer". *Proyección*, núm. 202, págs.191-234.
- GARCÍA-CAMPERO, I. (2003). "Apuntes de buenas prácticas en la atención residencial a las personas mayores: una perspectiva normativa, deontológica y de calidad". *Miscelánea Comillas*, núm.61, págs.651-675.
- GARCÍA ROCA, J. (1992). en Bermejo, F.J. coord. *Ética y Trabajo social*. Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
- GARCÍA ROCA, J. (1998). *Exclusión social y contracultura de la solidaridad*. Ediciones HOAC, Madrid.
- GARRIDO, L. (2001). *Las dos biografías de la mujer en España*. Instituto de la Mujer, Madrid.
- GRAEBNER, W. (1980). *A history of retirement*. Yale University Press, New Haven.
- HERNÁN, M. J. y LEAL, J. (1998): "Los procesos de solidaridad ante el cambio familiar", *Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales*, núm.1.
- HEUMANN, L. y BOLDY, D. (1995). *Envejecer dignamente en la comunidad. Soluciones internacionales destinadas a la protección de ancianos dependientes*. SG Editores y Fundación Caja Madrid, Madrid.
- IGLESIAS DE USSEL, J. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2001.
- IMSERSO (1998). *Atención a personas mayores que viven en residencias. Protocolos de intervención psicosocial y sanitaria*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid.
- IMSERSO (2004). *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid.
- IMSERSO(2003a). *Plan de acción para las personas mayores 2003-2007*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid.
- IMSERSO(2003b). *II Plan de acción para las personas con discapacidad 2003-2008*. Instituto Nacional de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid.
- INE (1999). *Tablas de mortalidad de la población española 1996-1997*. Instituto Nacional de Estadística, Madrid.
- IMSERSO (1995): *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid.
- MARSHALL, T. H. (1950). *Citizenship and social class and other essays*. Cambridge University Press, Cambridge.
- MEDINA, E. (2000). *Evaluación de la calidad asistencial del servicio de ayuda a domicilio*. Servicio de Publicaciones, Universidad de Murcia.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2005). *Libro blanco de la dependencia*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- MOTA, R. (1999): "El sistema de pensiones", en Cortés, L. y López, O., *España y el Desarrollo social. Balance y Propuestas ante los compromisos de la Cumbre de Copenhague 95*, número monográfico de Documentación Social, núm. 115, págs. 119-133.

- MOTA, R., y VIDAL, F. (2003). *Solidaridad y morfología de los voluntariados madrileños*. Dirección General de Inmigración, Cooperación al Desarrollo y Voluntariado, Consejería de Servicios Sociales, Comunidad de Madrid.
- ONU (1991). *Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad*. En www.imsersomayores.csic.es.
- PÉREZ DÍAZ, V.; CHULIÁ, E. y VALIENTE, C. (2000). *La familia española en el año 2000. Innovación y respuesta de las familias a sus condiciones económicas, políticas y culturales*. Fundación Argentaria–Visor Distribuciones, Madrid.
- PÉREZ, G. (2004). “Estereotipos, vejez y bienestar social”, en Pérez, G. (coord.). *Calidad de vida en las personas mayores*. Editorial Dykinson, Madrid.
- PORTO, F. y RODRÍGUEZ, P. (1998). *Evolución y extensión del servicio de ayuda domiciliar en España*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid.
- RIBERA, J. M. et al. (1995). *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. Editores Médicos, Madrid.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (1999). *La protección social de la dependencia*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid.
- RODRÍGUEZ, P. (1998): “El problema de la dependencia en las personas mayores”, *Documentación Social*, núm. 112, monográfico dedicado a *Las personas mayores*, págs. 33-64.
- ROGER, C. (1986). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós, Barcelona.
- RUBIN, B Y BLOCH, E. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Desclée De Brouwer, Bilbao.
- SÁNCHEZ SALGADO, C.D. (1990). *Trabajo social y vejez. Teoría e intervención*. Humanitas, Buenos Aires.
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2001). *Garantía de calidad. Manual de aplicación en residencias para personas mayores*. Fundación Eguía-Careaga, San Sebastián.
- SUBIRATS, J. y GOMÁ, R. (2003). “Estado de bienestar y exclusión social: hacia una nueva agenda de políticas de inclusión”, en Garde, J. A. (ed.). *Informe 2003. Políticas sociales y Estado de bienestar en España*, Fundación Hogar del Empleado, Madrid.
- SUBIRATS, J. et. al. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Colección Estudios Sociales Núm. 16. Fundación La Caixa, Barcelona.
- TREVITHICK, P. (2002). *Habilidades de comunicación en intervención social. Manual práctico*. Ediciones Narcea, Madrid.
- VIDAL, F. (2004). “Exclusión social”, en Fundación Encuentro. *Informe España 2004. Una interpretación de la realidad social*. Fundación Encuentro, Madrid.
- WALKER, A. (1998). “La Europa de los mayores”, *Documentación Social*, núm. 112, monográfico dedicado a *Las personas mayores*, págs. 21-32.
- YANGUAS, J.J., y LETURIA, F.J. (1998). “Unidades de convivencia: una alternativa residencial para las personas dependientes”, *Documentación Social*, núm. 112, monográfico dedicado a *Las personas mayores*, págs. 285-295.
- YANGUAS, J.J., LETURIA, F.J., LETURIA, M. y URIARTE, A. (1998b). *Intervención psicosocial en Gerontología: Manual práctico*. Cáritas Española, Madrid.